

بررسی اخلاقی خودارجاعی پزشکان : یک مطالعه مروری

مجتبی پارسا*

۱. استادیار گروه اخلاق پزشکی دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات آسیب دیدگان جنگ دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

اصطلاح خودارجاعی پزشک، بدان معناست که پزشک، بیمار را به تسهیلاتی که خود در آن‌ها نفع مالی دارد، ارجاع دهد و به دو شکل در محل طبابت و خارج از محل طبابت صورت می‌گیرد. نوشتار حاضر، مطالعه‌ای مروری غیرنظام‌مند است که جنبه‌های اخلاقی خودارجاعی را بررسی می‌کند. درباره‌ی خودارجاعی، نظرات موافق و مخالف وجود دارد. موافقان معتقدند، این امر با ایجاد فضای رقابتی، موجب کاهش هزینه‌ها و افزایش میل به سرمایه‌گذاری در خدمات سلامت، خصوصاً در مناطق محروم می‌شود؛ همچنین، هم برای پزشک و هم برای بیماران (از طریق کاهش هزینه‌ها) منافع مالی به دنبال دارد و موجب دسترسی راحت‌تر و باکیفیت‌تر بیماران به خدمات سلامت می‌شود؛ اما مخالفان خودارجاعی به استناد مطالعات متعدد انجام‌شده معتقدند، این پدیده به استفاده‌ی بیش‌ازحد و غیرضروری از خدمات مراقبت سلامت و در نتیجه افزایش هزینه‌ها، کاهش کیفیت خدمات ارائه‌شده و به‌مخاطره‌افتادن ایمنی و سلامتی بیمار منجر خواهد شد. در برخی کشورها، مثل ایالات متحده و جمهوری اسلامی ایران، راهنمای اخلاقی مبنی بر غیراخلاقی بودن خودارجاعی پزشکان یا لزوم آشکارسازی درباره‌ی آن و نیز مقررات برای مقابله با آن وجود دارد.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، تعارض منافع، خودارجاعی پزشک.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۱۶

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه:

مجتبی پارسا

آدرس: تهران بلوار کشاورز خیابان ۱۶ آذر

پلاک ۲۳ مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی

کد پستی: ۱۴۱۷۸۶۳۱۸۱

تلفن: ۰۲۱ - ۶۶۴۱۹۶۶۱

Email: mparsa@tums.ac.ir

مقدمه

به دنبال ظهور فناوری های جدید پزشکی، ارائه خدمات سلامت هم شکل جدیدی به خود گرفت. به عنوان مثال دیگر نیازی به بستری طولانی مدت در بیمارستان برای انجام جراحی های ساده سرپایی و تصویربرداری نیست و با کاهش تعداد روزهای بستری، طبعاً هزینه های بیمارستانی و به تبع آن درآمد پزشکان هم کاهش پیدا می کند. یک روش معمول برای جبران کاهش درآمد پزشکان، به کارگیری تجهیزات تشخیصی سیار از قبیل تجهیزات انجام رادیولوژی ساده و سیار^۱، سونوگرافی، اکوکاردیوگرافی، خدمات آزمایشگاهی و غیره در مطب است که اغلب اینها در مالکیت مستقیم پزشک بوده و یا اینکه توسط پزشک به کسانی اجاره داده شده است. پزشکان با این کار می توانند هزینه انجام و تفسیر آنها را از بیماران دریافت کنند. از دیگر روش های کسب درآمد برای پزشکان سرمایه گذاری در مراکز تشخیصی درمانی خارج از محل طبابت پزشکان است که پزشکان بیماران را به آن ارجاع می دهند و در واقع به دلیل بهره مندی مالی پزشکان از این ارجاعات به نحوی خودارجایی شکل می گیرد (۱، ۲). در کشور ما با جستجوی انجام شده مطالعات زیادی در زمینه خودارجایی یافت نشد ولی در مطالعه ای که توسط پارسا طی یک رساله دکترای تخصصی انجام شد معلوم شد ۵۱/۴ درصد از پزشکان عمومی و ۴۹/۲ درصد از پزشکان متخصص شرکت کننده در مطالعه به نحوی (مکرراً و یا ندرتاً) خودارجایی در محل طبابت انجام داده اند و این میزان در مورد خودارجایی خارج از محل طبابت در مورد

پیام های کلیدی

- اصطلاح خودارجایی پزشک به معنی ارجاع بیمار توسط پزشک به تسهیلاتی است که خود در آنها نفع مالی دارد.
- خودارجایی پزشک بیشتر در کشورهایایی که طبابت دوگانه دارند، یعنی پزشکان اجازه دارند همزمان در بخش دولتی و خصوصی طبابت کنند دیده می شود
- حجم خودارجایی پزشکان در دهه های اخیر به دلیل در دسترس قرار گرفتن فناوری های جدید مانند سونوگرافی، سی تی اسکن و ام آر آی و غیره افزایش یافته است
- خودارجایی موجب افزایش تعداد خدمات سلامت، کاهش کیفیت، بالا رفتن هزینه ها و به مخاطره افتادن ایمنی و سلامتی بیمار خواهد شد.

پزشکان عمومی ۳۲/۲ درصد و در مورد پزشکان متخصص ۳۹ درصد بود (۳). این مطالعه نشان داد که متأسفانه در کشور ما هم این پدیده رواج دارد. مطالعه حاضر در صدد است که جنبه های اخلاقی و بعضی مقررات و یا قوانینی که در برخی از کشورها از جمله کشور ما وجود دارد را برای خوانندگان از جمله پزشکان بازگو نماید.

1. Portable

Website: <http://ijme.tums.ac.ir>

روش کار

مقاله حاضر مطالعه ای مروری غیرنظام مند است و روش تحقیق و تدوین این مقاله با جستجو در منابع کتابخانه ای و اینترنتی با استفاده از واژه های خودارجاعی پزشک^۱، اخلاق پزشکی^۲ و تعارض منافع^۳ به صورت انفرادی و یا ترکیبی در پایگاه هایی مانند پاب مد^۴، اسکوپوس، آی اس آی^۵، گوگل و گوگل اسکالر^۶ بدون در نظر گرفتن بازه ی زمانی بود. همچنین از کتاب کدهای اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا نیز استفاده شد.

نتایج و بحث

مفهوم خودارجاعی پزشک و انواع آن

اصطلاح خودارجاعی پزشک^۸ به معنی ارجاع بیمار توسط پزشک به تسهیلاتی است که خود در آنها نفع مالی دارد (۴) و به دو نوع می تواند باشد:

- ۱- خودارجاعی در محل طبابت: به این صورت که مثلاً پزشکی که تخصص او رادیولوژی نیست ولی تجهیزات آن را در محل طبابت خود (مطب و یا کلینیک) تهیه کرده و از بیماران تصویربرداری به عمل می آورد. مثال بارز آن انجام سونوگرافی توسط متخصصین زنان یا اکوکاردیوگرافی توسط متخصصین قلب و یا گرفتن گرافی توسط ارتوپدها می باشد (۵).
- ۲- خودارجاعی خارج از محل طبابت: به این صورت که پزشک بیمار را به تسهیلاتی خارج از محل طبابت خود

ارجاع می دهد ولی در آنجا نفع مالی دارد. این نوع دوم اغلب موسوم به خودارجاعی سرمایه گذاری مشترک^۹ است (۵). به بیان دیگر این نوع خودارجاعی، ارجاع بیمار به تسهیلات مراقبت سلامت است که خود پزشک مالک آن و یا به نحوی ذینفع است ولی در ارائه این خدمات دخیل نیست (۶).

شیوع خودارجاعی

اگرچه خودارجاعی از دهه ۱۹۲۰ شناخته شده بود ولی مشاهدات نشان می دهد که در دهه های اخیر حجم آن افزایش یافته است. دلایل این افزایش، ظهور فناوری های جدید مانند سونوگرافی، سی تی اسکن و ام آر آی در طول دهه ۱۹۷۰ است که فرصت های جدیدی را برای خودارجاعی فراهم نموده است (۵). به عنوان مثال در مطالعه ای در فلوریدا معلوم شد ۴۴ درصد از مراکز پرتودرمانی در سال ۱۹۸۹ سرمایه گذاری مشترک بودند (۶) در سال ۱۹۹۲ گزارشی در نشریه انجمن پزشکی آمریکا منتشر شد که در آن محققین طی مطالعه ای دریافتند که ۴۰ درصد پزشکان دارای سرمایه گذاری مالی در تسهیلاتی که بیماران خود را به آنجا ارجاع می دهند هستند و تقریباً نیمی از این پزشکان نفع شخصی در تسهیلات تصویربرداری داشتند. در همین گزارش محققان دیگری تخمین زدند که ۲۴ درصد از مراکز تصویر برداری ام آر آی خصوصی، حداقل بخش از آن، متعلق به پزشکان غیر متخصص رادیولوژی بود. همچنین گزارش نشان می داد ۱۶ درصد از پزشکانی که

6. Google
7. Google scholar
8. Physician self- referral
9. Joint venture

1. Physician self-referral
2. Medical ethics
3. Conflict of interest
4. PubMed
5. Web of Science (ISI)

آن و سطح متعادل هزینه‌ها مد نظر است (۶). برخی با خودارجاعی پزشک موافق هستند آنها معتقدند:

- ۱- با ایجاد فضای رقابتی به کاهش هزینه‌ها کمک می‌شود.
- ۲- میل به سرمایه‌گذاری در ارائه تسهیلات بیشتر می‌شود که این امر موجب می‌شود ارائه این خدمات در مناطقی که فاقد آن هستند به خصوص مناطق محروم بیشتر شود.
- ۳- منافع مالی هم برای پزشک و هم برای جامعه (از طریق کاهش هزینه‌ها) به دنبال دارد.
- ۴- موجب سهولت و راحتی پزشک و بیمار می‌شود. مثلاً ممکن است یک شکستگی در یک جا عکس گرفته شود و همان جا نیز درمان شود

- ۵- کیفیت ارائه خدمات افزایش می‌یابد. مثلاً در موردی که پزشک درمان‌گر دستگاه تصویربرداری در مطب دارد چون احاطه بیشتری به مشکلات بیمار دارد لذا بهتر می‌تواند گرافی‌های مربوط به تخصص خود را تفسیر کند. به علاوه، پزشک ممکن است در اثر اشتباهات متخصصین رادیولوژی مرتکب خطاهای تشخیصی و درمانی شوند.
- ۶- استقلال و اختیار^۷ پزشک و بیمار افزایش پیدا می‌کند (۲ و ۵ و ۱۰).

اما مخالفین خودارجاعی، عمده‌ترین نگرانی خود را تعارض منافع ذاتی می‌دانند که در این عمل وجود دارد. با نگاهی به مطالعات انجام شده که اکثراً در آمریکا انجام شده است در می‌یابیم که انجام خودارجاعی با برخی نتایج منفی همراه بوده است که به طور خلاصه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد :

بیماران خود را به مراکز رادیولوژی ارجاع داده بودند در آن مرکز سرمایه‌گذاری کرده بودند (۷). اداره پاسخگویی دولت^۱ در آمریکا گزارش کرد بین سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۰ استفاده از خدماتی مانند تصویربرداری‌های پیشرفته، خدمات آسیب‌شناسی^۲، خدمات پرتودرمانی^۳ و درمان‌های جسمی^۴ تحت پوشش بیمه سلامت فدرال مدیکیر^۵ رشد قابل توجهی به علت خودارجاعی داشته است (۸). اگرچه خودارجاعی می‌تواند توسط پزشکانی که صرفاً در بخش خصوصی طبابت می‌کنند رخ دهد ولی بیشتر در کشورهایی که طبابت دوگانه^۶ دارند، یعنی همزمان در بخش دولتی و خصوصی طبابت می‌کنند دیده می‌شود. به عنوان مثال در کشور نیجریه خودارجاعی در بین پزشکان شاغل در بخش دولتی شیوع دارد و مشخص شده که بیش از ۶۰ درصد پزشکان بخش دولتی، بخشی از درآمد خود را از کار تکمیلی خارج از شغل دولتی خود به دست می‌آورند (۹). همچنین در مطالعه‌ای که در قسمت انگلیسی زبان غرب آفریقا از جمله نیجریه انجام شد معلوم شد که پزشکان شاغل در بخش دولتی بیماران را به بخش‌های خصوصی خود علی‌رغم این که این درمان در بخش دولتی ارائه می‌شده است، ارجاع داده‌اند (۹).

مزایا و معایب خودارجاعی: نگاهی به مطالعات انجام

شده

هدف نظام سلامت هر کشوری ارائه خدمات به شهروندان آن کشور است و در طراحی این نظام سه هدف عمده‌ی دسترسی عموم مردم به این خدمات، کیفیت بالا و قابل قبول

5. Medicare
6. Dual Practice
7. Authonoy

1. Government Accountability Office
2. pathology
3. Radiotherapy
4. Physical therapy

درصد در مناطق مختلف آمریکا متفاوت بوده است. در گزارشی بیان شده است که در ایالات متحده، دستگاه سی تی اسکن و ام آر آی به ازای تقریباً هر یک میلیون نفر جمعیت به ترتیب ۵۴ و ۴۰ درصد بیشتر از سایر کشورهای توسعه یافته وجود دارد و فقط در ژاپن این میزان بیشتر از آمریکا است. به عنوان مثال در آمریکا تعداد دستگاه سی تی اسکن ۴ برابر بریتانیا است و ۴ برابر هم بیشتر اسکن انجام می‌شود. مطالعات نشان داده است وقتی پزشکان ارجاع دهنده حق مالکیت در این خدمات داشته‌اند، بیشتر از این خدمات استفاده کرده‌اند. گزارش شده است که در سال ۲۰۰۶ از هر ۴ شهروند آمریکایی یک نفر زیر بار انجام سی تی اسکن رفته است. همین گزارش ذکر می‌کند که پزشکان خودارجاع، ۲ تا ۸ برابر بیشتر از متوسط پزشکان درخواست اسکن می‌کنند که بسیاری از آن‌ها هم هیچ ضرورتی ندارند (۱۴). در مطالعه ای با استفاده از اطلاعات موجود در سیستم مدیکیر^۱ آمریکا بین سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۶، میزان استفاده از تصویربرداری پرفیوزن میوکارد^۲ بین متخصصین رادیولوژی و متخصصین قلب مقایسه شد. در این مطالعه معلوم شد که در این سال‌ها پرداخت‌ها برای این نوع تصویربرداری به متخصصین رادیولوژی ۱۶ درصد رشد داشته است در حالی که این پرداخت‌ها به متخصصین قلب ۳۰۱ درصد رشد داشته است که بیشترین این رشد در مطب‌های شخصی آنها و به علت خودارجاعی بوده است (۱۵). در مطالعه دیگری معلوم شد که پزشکانی که تصویربرداری در مطب انجام داده بودند ۴/۵-۴ برابر بیشتر از پزشکانی که بیماران را به متخصصین رادیولوژی ارجاع داده بودند تصویربرداری انجام داده‌اند. به علاوه این

۱- استفاده بیش از حد و غیر ضروری از خدمات مراقبت سلامت و در نتیجه بالا رفتن هزینه‌ها.
 ۲- کاهش کیفیت خدمات ارائه شده.
 ۳- به مخاطره افتادن ایمنی و سلامتی بیمار به علت منافع مالی.
 به عنوان مثال پزشکی که تخصص او رادیولوژی نیست و تصویربرداری در مطب انجام می‌دهد به علت نداشتن مهارت و تجربه کافی در مقایسه با متخصص این رشته ممکن است تصاویر با کیفیت نادرست و نیز تفسیر نادرست از گرافی‌ها ارائه دهد و یا اینکه گرافی‌های غیر ضروری صرفاً جهت منافع مالی آن انجام دهد. همین موضوع در مورد ارجاع به تسهیلات بیرون از مطب نیز وجود دارد (۵ و ۱۰ و ۱۱).
 در مطالعه ای که با هدف مقایسه میزان کاربرد پرتودرمانی بین ایالت فلوریدا و سایر مناطق ایالات متحده انجام گرفت معلوم شد که این میزان در فلوریدا ۶۰-۴۰ درصد بالاتر از سایر مناطق است. در حالی که هیچ گونه شواهدی مبنی بر شیوع بیشتر سرطان در فلوریدا که توجیه کننده این افزایش باشد وجود نداشت، بلکه دلیل آن وجود مراکز سرمایه گذاری مشترک بود (۱۲). مطالعات متعدد نشان داده وقتی پزشکان غیر متخصص رادیولوژی تجهیزات مربوطه را در مطب خود استفاده می‌کنند به میزان بیشتر و با هزینه‌های بالاتری برای بیماران به کار می‌برند که حجم عمده ای از این افزایش به دلیل خودارجاعی است (۱۳).

بر طبق گزارشات در آمریکا، انجام تصویر برداری در سال ۲۰۰۷ رشد زیادی داشته است که میزان آن از ۲۴ تا ۱۰۰۰

2. Myocardial perfusion imaging

1. Medicare

پزشکانی که اقدام به خودارجاعی نمی‌کردند ۲۸ درصد بوده است (۱۷). در مطالعه دیگری که بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۱۹۹۱ در کالیفرنیا انجام شد، استفاده از سه خدمت درمان طبی، ارزیابی روان پزشکی و انجام ام آر آی در بین پزشکانی که خودارجاعی انجام داده بودند و کسانی که به تسهیلات مستقل ارجاع داده بودند مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که خودارجاعی در هر سه نوع خدمت، هم میزان استفاده از این خدمات و هم هزینه‌های این خدمات را افزایش داده است (۱۸). در مطالعه دیگری در خصوص ده تظاهر بالینی شایع، میزان استفاده و نیز هزینه تصویربرداری تشخیصی توسط پزشکانی که آن را در مطب خود انجام می‌دادند (پزشکان خودارجاع) و کسانی که بیماران را به متخصصین رادیولوژی ارجاع می‌دادند مورد مقایسه قرار گرفت که معلوم شد پزشکان خودارجاع بسته به نوع تظاهر بالینی، تصویربرداری را به میزان ۷/۷-۱/۷ بار بیشتر انجام داده بودند و میزان هزینه متوسط تصویربرداری هم توسط پزشکان خودارجاع از ۶/۲-۱/۶ بار نسبت به گروه دوم بیشتر بود (۱۹).

در مطالعه‌ای که بر روی صورتحساب‌های مدیکر از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۵ انجام شد معلوم شد که ارتوپدها و پزشکان عمومی که به جای ارجاع بیمار به متخصصین رادیولوژی خودشان صورتحساب ام آر آی را صادر کرده‌اند و خودارجاعی انجام داده‌اند، ام آر آی بیشتری برای بیماران مبتلا به کمردرد انجام داده‌اند. در مورد ارتوپدها، این افزایش منجر به انجام عمل جراحی بیشتر بیماران مبتلا به کمردرد هم شده بود (۲۰). در مطالعه‌ی دیگری که در داده‌های سیستم مدیکیراز سال ۲۰۰۴

پزشکان هزینه بیشتری هم دریافت کرده بودند که این موضوع با احتساب انجام تصویربرداری بیشتر به معنی این است که متوسط هزینه هر یک مراقبت ۴/۴ تا ۷/۵ بار بیشتر از حالتی است که بیمار به بیرون از مطب و به متخصص رادیولوژی ارجاع شده است (۲).

اطلاعات دیگری از آمریکا نشان می‌دهد که مراکز پزشکی خصوصی موجب افزایش حجم ارجاعات و افزایش قیمت‌ها شده‌اند. پزشکانی که مالک تجهیزات تصویربرداری بودند تا ۷ برابر بیشتر از پزشکانی که بیماران را به متخصصین رادیولوژی ارجاع داده بودند تصویربرداری درخواست کرده‌اند؛ و به علاوه هزینه انجام آن‌ها هم به طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر و کیفیت پایین‌تری نیز داشته است (۱۶).

این ادعا که چنانچه پزشکان بیماران را به مراکز خود در آن سرمایه کرده‌اند ارجاع دهند موجب بالا رفتن کیفیت این مراکز می‌شود استدلال درستی نیست. این موضوع برای متخصصین آسیب شناسی^۱ که آزمایشگاه دارند و یا متخصصین رادیولوژی که مراکز تصویربرداری دارند ممکن است صادق باشد ولی مثلاً در مورد پزشکان متخصص داخلی و یا پزشکان عمومی که تخصص ویژه‌ای در این زمینه ندارند صادق نیست (۲). در مطالعه‌ای که در کالیفرنیا انجام شد معلوم شد که میزان ارجاعات بیماران به مراکز خود پزشکان مالک آن بودند ۲/۳ برابر بیشتر از ارجاعاتی بود که به مراکز غیروابسته به پزشکان صورت می‌گرفت. همچنین، میزان ام آر آی‌های درخواستی بدون ضرورت در مورد پزشکانی که خودارجاعی انجام می‌دادند ۳۸ درصد بود در حالی که این میزان در مورد

1. Pathologist

Website: <http://ijme.tums.ac.ir>

نمود و تنها استثنایی که برای خودارجاعی قائل شد این بود که نیاز اثبات شده جامعه وجود داشته باشد و سرمایه گذاری جایگزین نیز وجود نداشته باشد. با این وجود چند ماه بعد یعنی در ژوئن سال ۱۹۹۲ مجمع نمایندگان نظر خود را تغییر داد و تصمیم جدیدی اتخاذ کرد که از جانب مجمع نیوجرسی پیشنهاد شده بود و اعلام شد چنانچه پزشک بیمار را از منافع خود کاملاً آگاه کند خودارجاعی اخلاقی خواهد بود (۱۸، ۲۶). در کدهای اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا (Opinion 3.04) در مورد ارجاع بیمار ذکر شده که هرگاه پزشک نفع بیمار را در ارجاع به پزشک دیگر و یا به مراکز تشخیصی درمانی می داند، اساس چنین ارجاعی باید بر اساس صلاحیت و توانایی این پزشکان و مراکز، همچنین نیاز بیمار به دریافت این خدمات باشد. در بخش تعارض منافع این کدها (Opinion 8.03) هم آمده است: «تحت هیچ شرایطی پزشکان نباید منافع مالی خود را مقدم بر رفاه بیماران خود قرار دهند... برای پزشک بستری کردن بی مورد بیمار در بیمارستان و یا نوشتن آزمایشات بی مورد و یا تجویز داروهای غیرضروری به دلیل بهره‌مندی‌های مالی، عملی غیر اخلاقی است. اگر تعارضی بین منافع مالی پزشک و مسئولیت‌های او در قبال بیمار رخ دهد تعارض موجود باید به نفع بیمار حل گردد». انجام خودارجاعی، چنانچه تسهیلات ارائه شده ارتقای جزئی در کیفیت خدمات ارائه شده به جامعه ایجاد می کند به سادگی قابل توجیه نیست و باید مزایای بالقوه این تسهیلات قابل توجه باشد. چنانچه نیاز اثبات شده ای به تسهیلات در جامعه وجود داشته باشد، پزشک باید منافع و سرمایه گذاری خود را برای

تا ۲۰۰۷ انجام شد معلوم شد که خودارجاعی برای انجام تصویربرداری ارتباط معنی داری با هزینه های مراقبت از بیماری های مزمن دارد و موجب بالا رفتن این هزینه ها شده است (۲۱). در مطالعه دیگری ۵۰۰ نمونه ام آر آی تجویز شده ناحیه ستون فقرات کمری در دو گروه ۲۵۰ تایی پزشکانی که در ارجاع به تصویر برداری نفع مالی داشتند (۲۵۰ مورد) و پزشکانی که در این ارجاعات نفع مالی نداشتند (۲۵۰ مورد) مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج حاصله نشان داد که تصاویری که یافته مثبتی نداشتند در گروهی که نفع مالی داشتند ۸۶ درصد بالاتر بود یعنی بسیاری از آنها بدون نیاز درخواست شده بودند (۲۲). مطالعات متعدد دیگر که اکثراً در ایالات متحده انجام شده است نشان داده است که خودارجاعی موجب ویزیت بیش از حد بیماران و افزایش هزینه ها (۱۲)، کیفیت پایین تر خدمات (۲۳، ۲۴) و استفاده بیش از حد از خدمات جراحی سرپایی (۲۵) شده است.

برخی از کدهای اخلاقی در زمینه خودارجاعی

اگر چه در کدهای اخلاقی انجمن‌های حرفه ای برخی از کشورها به موضوع خودارجاعی اشاره شده است اما این موضوع بیشتر در ایالات متحده مطرح بوده است. در دسامبر ۱۹۹۱ شورای امور قضایی و اخلاقی^۱ انجمن پزشکی آمریکا در گزارشی بیان می کند: «به طور کلی پزشکان نباید بیماران را به تسهیلاتی خارج از مطب خود که در آنجا سرمایه گذاری کرده‌اند و مراقبت و یا خدمات مستقیمی توسط خود آن‌ها ارائه نمی‌شود ارجاع دهند». متعاقب این گزارش، مجمع نمایندگان انجمن پزشکی آمریکا نیز گزارش این شورا را بدون اختلاف نظر تصویب

1. Council on ethical and judicial affairs

وابسته است قرار گیرد، لذا باید موقعیت تعارض منافع را شناسایی و از آن اجتناب کند. پزشک نباید اجازه تعارض منافع مالی، تجاری و غیره را که بر قضاوت حرفه ای او تاثیر گذار است، بدهد (۳۰).

در کدهای اخلاق پزشکی انجمن پزشکی استرالیا^۴ سال ۲۰۱۶ در بخش مدیریت تعارض منافع اشاره شده که اگر بیمار را برای بهره مندی از خدمات مراقبت به تسهیلاتی که در آن نفع مالی دارید ارجاع می دهید، بیمار را از منافع خود آگاه کنید و در صورت امکان انتخاب های دیگر را نیز در اختیار او قرار دهید (۳۱).

در کدهای اخلاقی انجمن پزشکی مالزی در بخش شرکت های تجاری^۵ نیز ذکر شده در مواردی که پزشک منافع مالی در تسهیلاتی که بیمار را به آنجا ارجاع می دهد دارد، به لحاظ اخلاقی ضروری است که منافع خود را برای بیمار آشکار کند (۳۲).

در کشور ما نیز راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی در ماده ۳۰ ذکر می کند که در ارجاع بیماران به دیگر شاغلان حرف پزشکی و مراکز تشخیصی درمانی، باید منافع و مصالح پزشکی بیمار، در اولویت قرار داده شود. ماده ۳۲ این راهنما به خود ارجاعی در محل طبابت اشاره می کند: « شاغلان حرف پزشکی و وابسته، نباید در مطب و یا کلینیک، در به کارگیری و استفاده از تجهیزات تشخیصی و درمانی (مانند اکوکاردیوگرافی، آندوسکوپی، نوار مغز، نوار قلب و مانند آن که استقرار آنها در

بیمار آشکار کند و جایگزین های دیگری هم در اختیار بیمار قرار دهد و تاکید کند که بیمار هر کدام را می خواهد انتخاب کند و چنانچه موردی که منافع پزشک در آن است هم انتخاب نکند تاثیری در درمان او نخواهد داشت (۲۷).

در بریتانیا چنانچه برای بیمار آشکارسازی صورت بگیرد منعی در خودارجاعی نیست در این خصوص انجمن پزشکی عمومی^۱ بیان می کند: «وقتی پزشکی بیمار را برای بستری و درمان به مرکزی که در آنجا سرمایه گذاری کرده است و یا به طریقی جبران مالی می شود ارجاع می دهد باید همیشه قبل از ارجاع این موضوع را برای بیمار آشکار کند» (۱۷).

در کانادا انجمن پزشکان و جراحان انتاریو^۲ در سال ۱۹۹۳ می گوید: « برای هر یک از اعضای انجمن این نوع تعارض منافع است که انجام خدمات تشخیصی و یا درمانی را به جایی ارجاع دهد که خودش و یا یکی از اعضا خانواده او مالک آن هستند مگر اینکه این مالکیت برای بیمار و انجمن قبل از اینکه خدمات درخواستی انجام شود آشکار شود» (۲۸). در کد اخلاق پزشکی انجمن پزشکی کانادا هم در سال ۲۰۰۴ ذکر شده که در مواقعی که در انجام وظایف حرفه ای نسبت به بیماران تعارض منافع وجود دارد، مورد را برای بیمار آشکار کنید و آن را در راستای منفعت بیمار حل کنید (۲۹).

کدهای بین المللی انجمن پزشکی جهانی^۳ هم در بخش اصول کلی خود اشاره ای دارد که به موضوع خودارجاعی قابل تسری است و ذکر شده که پزشک نباید اجازه دهد قضاوت حرفه ای او تحت تاثیر منافع شخصی و یا منافع موسسه ای که به آن

4. Australian Medical Association
5. Commercial Enterprises

1. General Medical Council
2. College of Physicians and Surgeons of Ontario
3. World Medical Association

آن پرداخت می‌شود، بیمار را به آزمایشگاه‌هایی که خود پزشک و یا بستگان درجه اول او در آن مالکیت دارند و یا به نحوی سرمایه‌گذاری کرده‌اند، ارجاع دهد و آزمایشگاه هم نباید برای چنین خدماتی صورت حساب صادر کند(۶). در سال ۱۹۹۳، ممنوعیت خودارجاعی توسط پزشکان در قانون استارک، به ده نوع خدمات مراقبت سلامت دیگر هم تحت عنوان خدمات سلامت خاص^۳ تعمیم داده شد. کنگره معتقد بود که چنانچه پزشکان در این خدمات منافع مالی داشته باشند منجر به استفاده بیش از حد از این خدمات خواهد شد. این الحاقیه و تعمیمی که به استارک داده شد تحت عنوان استارک ۲ نامیده شد و از اول ژانویه سال ۱۹۹۵ به مرحله اجرا درآمد. امروزه لیست خدمات سلامت خاص شامل دوازده نوع خدمت است که از جمله آنها می‌توان به خدمات آزمایشگاهی بالینی، خدمات رادیولوژی و رادیوتراپی و خدمات بیمارستانی سرپایی و بستری اشاره نمود (۶).

بر طبق مقررات جدید دپارتمان سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده که از ۴ ژوئن ۲۰۰۲ قابلیت اجرا پیدا کرده است، پزشکان از ارجاع بیماران مدیکیر به مراکز ارائه خدمات سلامت که خود و یا خانواده آن‌ها در آن دارای نفع مالی هستند منع شده‌اند. این قانون در واقع تسری دادن قانون ۱۹۸۹ است که پزشکان را از ارجاع بیماران به آزمایشگاه‌های بالینی که خود و یا اعضا خانواده آن‌ها در آن منافع مالی دارند منع می‌کند (۳۴). قانون قدیمی استارک پزشکان را از ارجاع بیمار به مراکزی که خودشان در آن یک منفعت مالی مستقیم دارند منع کرده بود. ولی به پزشکان ارجاع دهنده به طور غیر مستقیم این اجازه داده

مطب به موجب مقررات و ضوابط حرفه‌ای مجاز شمرده می‌شود) منافع خود را بر منافع و مصالح بیماران ترجیح دهند...» و در ماده ۴۲ به موضوع خودارجاعی خارج از محل طبابت اشاره دارد: «جذب و هدایت بیمار از مؤسسات بهداشتی درمانی دولتی، وابسته به دولت و خیریه به مطب شخصی یا بخش خصوصی (اعم از بیمارستان و درمانگاه و مانند آن و بالعکس)، به منظور استفاده‌ی مادی توسط شاغلان حرف پزشکی و وابسته، ممنوع است»(۳۳).

برخی از قوانین و مقررات در زمینه خودارجاعی

رشد سریع هزینه‌های مراقبت سلامت در ایالات متحده طی دهه ۱۹۸۰ از دید قانون‌گذاران فدرال مخفی نماند و در پاسخ به تحقیقاتی که نشان می‌داد پزشکی که مالک تسهیلات ارائه دهنده خدمات تشخیصی درمانی بودند نسبت به سایر پزشکان، بیماران را به میزان بیشتری برای استفاده از این خدمات ارجاع می‌دهند، آن‌ها را متقاعد کرد که مالکیت پزشکان بر روی این نوع تسهیلات روی جامعه اثر مخرب دارد؛ لذا کنگره آمریکا در سال ۱۹۸۹ اولین قانون ضد رشوه^۱ (کیک بک) را وضع نمود که به خاطر پیشنهاد دهنده اولیه آن آقای استارک^۲ که از نمایندگان کنگره بود به همین نام هم نامیده شد (۱، ۷). این قانون که از اول ژانویه ۱۹۹۲ قابل اجرا بود ممنوعیتی را بر قراردادهای مالی خاص بین پزشکان و آزمایشگاه‌های بالینی اعمال می‌کرد. در این قانون ذکر شده بود که پزشک نباید برای خدمات آزمایشگاهی که از طریق سیستم مدیکیر هزینه‌های

3. Designated health services

1. Kickback
2. Stark

نمی‌کند و این تست‌ها حقیقتاً توسط مراکز مستقل از پزشکان انجام می‌شود که موجب شده است پزشکان انگیزه‌ی مالی به تجویز آن‌ها نداشته باشند (۳۸).

در جمهوری اسلامی ایران نیز در مواد ۷ و ۱۳ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی اشاره به ممنوعیت خودارجایی و یا تبعات آن دارد که بیان می‌کند: «ماده ۷: تحمیل مخارج غیرضروری به بیماران ممنوع است. تعیین مصادیق مخارج غیرضروری بر اساس نظر کمیته کارشناسی تخصصی دادرها و هیئت‌های انتظامی می‌باشد». همچنین در ماده ۱۳ آمده است: «جذب بیمار از مؤسسات بهداشتی درمانی دولتی و وابسته به دولت و خیریه به مطب شخصی یا بخش خصوصی اعم از بیمارستان و درمانگاه و... و بالعکس، به منظور استفاده مادی توسط شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است» (۳۹).

نتیجه‌گیری

از دیرباز، انتظار از پزشکان در موارد تعارض بین منافع آنان و بیماران این بوده است که منافع بیماران را بر منافع خودشان ترجیح دهند. در مورد پدیده خودارجایی، به دلیل ماهیت آن که احتمال قابل اعتنایی وجود دارد که منافع و مصالح بیمار نادیده گرفته شود، در کدها و راهنماهای اخلاقی موجود در برخی از کشورها، به آن به عنوان عملی غیراخلاقی نگریسته شده است و در برخی از آنها برای مقابله با آن قوانین و مقررات هم وضع شده است. این تعارض باید به شیوه‌ای درست و اخلاقی مدیریت شود به گونه‌ای که تامین منافع و مصالح بیمار تضمین گردد؛ با این حال، در برخی از موارد ممکن است این

شده بود که جبران‌هایی را از بیمارستان‌هایی که بیماران مدیکر را به آن‌ها برای تصویربرداری ارجاع داده‌اند دریافت نمایند؛ لذا چنانچه سهمی در تسهیلات رادیولوژی که طرف قرارداد بیمارستان هستند می‌داشتند از منافع آن برخوردار می‌شدند. ولی در قانون جدید امکان اینکه پزشکان در چنین قراردادهایی وارد شوند غیر ممکن شده است (۳۵).

در سپتامبر ۲۰۰۷، قانون استارک ۳ توسط دولت فدرال منتشر شد که در مورد بیماران تحت پوشش مدیکر و مدیکید کاربرد داشت. این قوانین طوری است که دولت باید فقط نشان بدهد که قانون نقض شده است و ملزم به این نیست که نشان بدهد که قصد و نیت نقض هم وجود داشته است؛ به عبارت دیگر، جهل به قانون قابل دفاع نمی‌باشد. برای نقض کنندگان قانون جرایم متنوعی مانند جرایم مالی هزاران دلاری و کنار گذاشته شدن از ارائه مراقبت‌های برنامه‌های مدیکر در نظر گرفته شده است (۳۶). در آمریکا ۲۳ ایالت قوانین خاصی در باره خودارجایی پزشکان دارند. محدوده این قوانین از الزام به آشکارسازی در مورد منفعت مالی در یک تسهیلات تا ممنوعیت ارجاعات برای خدمات رادیولوژی تشخیصی و درمانی متفاوت است. اغلب ایالت‌هایی که خودارجایی را ممنوع کرده‌اند استثنائاتی را برای خدمات کمکی در مطب قائل شده‌اند (۳۷).

در فرانسه نیز دولت نقش بارزتری در کنترل فعالیت‌های درآمدزای پزشکان اتخاذ کرده است. از سال ۱۹۷۵، بیمه سلامت ملی^۱ هزینه‌های تست‌های تشخیصی، بالینی و آزمایشگاهی را که توسط پزشکان انجام می‌شود و یا در تسهیلاتی انجام می‌شود که مالک آن پزشکان هستند، جبران

در هر حال، آن چیزی که باید به آن توجه داشت و اصل ضروری است این است که منافع و مصالح بیماران لحاظ شود و اجازه داده نشود ضرری از جنبه های مختلف مثل تحمیل هزینه بی مورد، ارائه خدمات با کیفیت پایین، و یا ضررهای جسمی و غیره متوجه بیماران شود.

امر اجتناب ناپذیر باشد. به عنوان مثال پزشکی در یک منطقه محروم طبابت می کند و همزمان در تسهیلاتی مانند تنها بیمارستان و یا مرکز تصویربرداری موجود در آن منطقه هم منفعی دارد مثلا مالک و یا سهامدار آن است، و مرکز دیگری برای مراجعه بیمار وجود نداشته باشد، و یا خود بیماران اصرار داشته باشند که ارجاع آنان به تسهیلات مراقبت سلامت با راهنمایی پزشک باشد، و یا این که بیمار بخواهد درمان او را خود آن پزشک انجام دهد؛ مثلا بخواهند خود پزشک که جراح است در همان بیمارستان او را جراحی کند، لذا در کدهای اخلاقی برخی کشورها، با آشکارکردن منافع پزشک برای بیماران این امر مجاز شمرده شده است.

منابع

1. Casalino LP. Physician self-referral and physician-owned specialty facility. *Res Synth Rep*, 2008;15. [cited 2023 september]. Available from: <https://folio.iupui.edu/bitstream/handle/10244/614/062408.policysynthesis.physreferral.rpt.pdf>
2. Zientek D. Physician entrepreneurs, self-referral, and conflict of interest: an overview. *H E C Forum*, 2003; 15(2):111-133
3. Parsa M. Financial conflict of interest in physicians with focus on fee- splitting, self referral and informal payments: an ethical survey and defining a draft of Iranian code of conduct [Ph. D thesis]. Tehran University of Medical Science Faculty of Medicine, 2014. [Persian]. available from: <https://lib.tums.ac.ir/site/catalogue/112463>
4. Merriam-Webster Dictionary. [cited 2023 september]. Available from: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/self-referral>.
5. Kouri BE, Parsons RG, Alpert HR. Physician self-referral for diagnostic imaging: review of the empiric literature. *Am J Roentgenol*, 2002; 179: 843- 850
6. Manchikanti L, McMahon B. Physician Refer Thyself: Is Stark II, Phase III the Final Voyage? *Pain Physician*, 2007; 10:725-741
7. Berlin L, Berlin J W. Leasing imaging facilities to referring phisician: fee shifting or fee splitting? *Radiology*, 2005; 234:44-48
8. Adashi E Y, Kocher R P. Physician self referral regulation by exceptions. *JAMA*, 2015, 313(5): 457-58
9. Ese B S, Jones M. Investigating physician self-referral in public hospitals in south east Nigeria: Insights from stakeholders. *Afr J Prm Health Care Fam Med*, 2022; 14(1): 1-12
10. Baer N. Fraud worries insurance companies but should concern physicians too, industry says. *CMAJ*, 1997; 156(2): 251-256
11. Bernat JL, Goldstein ML, Ringel SP. Conflict of interest in neurology. *Neurology* ,1998;50(2): 327-331
12. Mitchell JM, Sunshine JH. Consequences of physicians' ownership of health care facilities-joint ventures in radiation therapy. *N Engl J Med*, 1992; 327(21):1497-501
13. DeMaria AN. Self-referral in cardiology. *J Am Coll Cardiol*, 2004; 43(8):1500-1501
14. Romano Esq DH. Self-referral of imaging and increased utilization: some practical perspectives on tackling on dilemma. *J Am Coll Radiol*,2009 Nov; 6(11): 773- 779
15. Levin DC, Rao VM, Parker L, Frangos AJ, Intenzo CM. Recent payment and utilization trends in Radionuclide Myocardial Perfusion Imaging: comparison between self –referral and referral to radiologists. *J Am Coll Radiol*, 2009; 6(6): 437-441
16. Choudhry S, Choudhry NK, Brown AD. Unregulated private markets for health care in Canada? Rules of professional misconduct, physician kickbacks and physician self-referral. *CMAJ*, 2004; 170(7):1115-1118
17. Wilkinson P. "Self referral": a potential conflict of interest. *Br Med J*, 1993; 306(6885): 1083-1084
18. Shedlow A, Johnson G, Smithline N, Milstein A. Increased costs and rates of use in the California workers' compensation system as a result of self-referral by physicians. *New Engl J Med*, 1992; 327(19): 1502-6
19. Hilman BJ, Olson GT, Griffith PE, et al. Physicians' utilization and charges for out patient diagnostic imaging in a Medicare population. *JAMA*, 1992; 208(15): 2050-4
20. Shreibati J B, Baker L C. The relationship between low back magnetic resonance imaging, surgery, and spending: impact of physician self referral status. *Health Service Research*,2011;46(5):1362-1381
21. Hughes D R, Sunshine J H, Bhargavan M, Forman H. Physician self-referral for imaging and the cost of chronic care for medicare beneficiaries. *Med Care* 2011; 49(9): 857-864
22. Paxton B E, Lungren M P, Srinivasan R C, and et al. Physicians self-referral of lumbar spine MRI with comparative analysis of negative study rates

as a marker of utilization appropriateness. *Am J Roentgenol*, 2012; 198(6): 1375-1379

23. Dhalla I. Kickbacks and self referral. *CMAJ*, 2004; 171(1):12-13

24. Umbdenstock R, Khan C. Banning physician self-referral is an important step toward health reform. *AHA News*, 2009 Jul 20; 45: 5

25. Hollingsworth J M, Ye Z, Strobe SA, Krelin SA, Hollenbeck AT, Hollenbeck BK. Physician-ownership of ambulatory surgery centers linked to higher volume of surgeries. *Health Aff*, 2010; 29(4): 683-89

26. Relman AS. Self-referral --- What's at stake? *N Engl J Med*, 1992;327:1522-1524

27. American Medical Association. Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of Medical Ethics. United States of America: American Medical Association; 2006.p:116-117,181, 189

28. Cohen L. Issue of fraud raised as MD self-referral comes under spotlight in Ontario. *CMAJ*, 1996 June 1; 154(11): 1744- 1746

29. CMA Code of ethics (Update 2004). [cited 2023 November]. Available from: <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Education/CMA-Code-of-Ethics.pdf>

30. Parsa-Parsi R W. The international code of medical ethics of the world medical association, 2022. *JAMA*, 2022; 328(20):2018-21

31. Australian Medical Association. Code of Ethics 2004. Editorially Revised 2006. Revised 2016. [cited 2023 November]

Available at: <https://www.ama.com.au/articles/code-ethics-2004-editorially-revised-2006-revised-2016>.

32. Malaysian medical association. Code of medical ethics. 2001.[cited 2023 November]. Available from:

<http://www.bhanot.net/MMA/EthicsCode.pdf>

33. Medical council of the Islamic Republic of Iran. Code of ethics for medical Professionals. [Cited 2023 November]. Available from:

<https://irimc.org/%D8%B3%D8%A7%D8%B2%D9%85%D8%A7%D9%86-%D9%86%D8%B8%D8%A7%D9%85-%D9%BE%D8%B2%D8%B4%DA%A9%DB%8C-%D8%A7%D9%86%D8%AA%D8%B4%D8%A7%D8%B1%D8%A7%D8%AA/agenttype/view/propertyid/147>. [In persian]

34. Josefson D. US doctors face curbs on referrals. *BMJ*, 2001; 322(7278):72

35. Abella HA. Medicare rules close loopholes for self-referral. *Diagn Imaging*, 2008; 30:15-16

36. Watts C. Stark: a legal prohibition of physician referrals. *Surg Neurol*, 2008; 69:206-7

37. Sherry C, Bowkley C, Ibbott G, Kaye AD, Short B. In through the out door: AMCLC 2009 council perceptions of self-referral. *J Am Coll Radiol*, 2009; 6(12): 832-836

38. Licurse A, Kesselhein A S. Conflict of interest and the future of medicine: the United States, France, and Japan. *J Bioeth Inq*, 2011; 8:383-386

39. Disciplinary regulations for dealing with violation of medical professionals. [cited 2023 November]. Available from:

<https://rc.majlis.ir/fa/law/show/119395>. [In persian]

Ethical Review of Physicians' Self Referral

Mojtaba Parsa*¹

1. Assistant Professor, Department of Medical Ethics, School of Medicine, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Research Center for War-Affected People, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 25 November 2024

Accepted: 05 March 2024

Published: 06 March 2024

***Corresponding Author**

Mojtaba Parsa

Address: #23, 16 Azar Street, Keshavarz Boulevard, Tehran, Iran.

Postal Code : 1417863181

Tel: 98 21 66 46 96 61

Email: mparsa@tums.ac.ir

Citation to this article:

Parsa M. Ethical review of physicians' self referral. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2024; 16:Article number: 12.

Abstract

Physician self-referral is the referral of a patient to a medical facility in which the referring physician has a financial interest. This can take two forms: internal referrals within the same office and external referrals, often involving joint ventures. Many claims, positive or negative, have been made regarding self-referral. Proponents claim that self referral causes, reduction of costs by fostering a competitive environment, encourage investment in health facilities particularly in underserved areas, financial benefits for both the doctor and the patient via cost reduction, and enhance the quality and accessibility of health services. Conversely, opponents, citing multiple studies, argue that self-referral may result in excessive and unnecessary utilization of healthcare services, leading to increased healthcare costs, low quality of services provided, and jeopardise patient safety. In certain countries, such as the United States and the Islamic Republic of Iran, ethical codes address self-referral. These guidelines either deem it unethical or require disclosure, accompanied by regulations to govern this practice.

Keywords: Physician self-referral, Medical ethics, Conflict of interests.

