



## Review Article

## Managing conflict of interests in Iran's family medicine program: A scoping review

Ali Mohammad Mosadeghrad <sup>1</sup>, Mohammad Hossein Ranjbar Hamghavandi <sup>2</sup>, Alireza Mohsenian <sup>3</sup>, Sepehr Metanat <sup>2</sup>, Sanaz Bordbar <sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Professor, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> MD. Student, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> DMD. Student, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

### ARTICLE INFO

Corresponding Author:

**Sanaz Bordbar**

e-mail addresses:

**s-Bordbar@student.tums.ac.ir**

Received: 12/Dec/2022

Modified: 14/Mar/2023

Accepted: 18/Mar/2023

Available online: 26/Jul/2023

### Keywords:

primary health care system

family medicine

conflict of interest

### ABSTRACT

**Introduction:** Family medicine is a program in which the family physician and his team members are responsible for providing comprehensive, coordinated, continuous, and individual and family-based health services to promote, restore, or maintain health in a community. Iran's urban family medicine program was initiated in 2011 and conflict of interest (COI) is a challenge to its effective implementation. This research aimed to identify the types and examples of COI in family medicine programs and to present solutions to control it.

**Methods:** This study was carried out using the scoping review method. All articles and documents published in six databases (i.e., Pubmed, Web of Science, Scopus, SID, Magiran, and Noormags) and Google Scholar search engine in the field of COI in family medicine program between January 1980 and July 2022 were searched. Finally, 31 related documents were selected and analyzed using the framework analysis method.

**Results:** Overall, 18 examples of COI were identified in the family medicine program, which were divided into two categories: direct and indirect COI. Receiving money, gifts, samples, and grants from pharmaceutical and medical equipment companies has been cited more in the literature. Furthermore, 28 solutions for managing conflict of interests were identified and categorized into four levels: Meta (government and the Ministry of Health), macro (medical universities, health insurance companies and pharmaceutical and medical equipment companies), meso (health organizations) and micro (health services provider and receiver). Developing rules and regulations, using performance-based payment methods, monitoring and controlling the performance of family doctors, clarifying the financial relations of family doctors with industries, using an evidence-based educational system, and enhancing family doctors' knowledge and skills were cited in the literature.

**Conclusion:** Conflict of interest is a serious challenge in primary health care and family medicine program which may lead to corruption. Conflict of interest strategies should be implemented at the individual, organizational, and national levels to be effective. A system must be created to increase the cost of COI to individuals.

## Extended Abstract

## Introduction

Primary Health Care (PHC) was recommended by the World Health Organization in September 1978 as a strategy to achieve the goal of health for all by 2000. It encompasses a wide range of preventive, promotive, and curative services and can address 80-90% of a population's health needs. The essential components of PHC are health education, nutritional promotion, supply of adequate safe water and sanitization, maternal and child health care, immunization against major infectious diseases, prevention and control of locally endemic diseases, appropriate treatment of common diseases and injuries and provision of essential drugs. These essential and affordable services should be provided in a comprehensive, coordinated and continuous manner using appropriate technology. [1] Various models have been introduced to implement PHC worldwide. The family medicine program is an appropriate method to implement the PHC strategy. Family medicine is a program in which the family physician and his team members are responsible for providing comprehensive, coordinated, continuous, and individual and family-based health services to promote, restore, or maintain health in a community. Comprehensiveness, continuity, coordination, and patient-centeredness are the main principles of the family medicine program. [2] In Iran, the rural family medicine program was implemented in 2004 and the urban family medicine program was initiated in Fars and Mazandaran provinces in 2012. This program has brought achievements such as improving patients' satisfaction [3], health care providers' satisfaction [4], and increasing people's access to health services [5]. However, it has shortcomings in the

referral system, financing, monitoring, and evaluation. [5-7] Conflict of interest has been one of the challenges of the family medicine program. Conflict of interest (COI) in the health sector occurs when the professional judgment of health service providers is compromised by the possibility of their individual or group interests. [8] A conflict of interest is "a set of circumstances that creates a risk that professional judgment or actions regarding a primary interest will be unduly influenced by a secondary interest". [9] For example, a doctor working in a public health center who refers a patient to his private clinic is in a COI position since the primary goal (providing necessary and effective health services to the patient) has been affected by the secondary goal (making more profit for the doctor). Such a COI harms patients who receive unnecessary services and imposes excess costs on society. Society expects policymakers, managers, and medical specialists to have no motivation other than the health of the patients. People expect to receive high-quality, safe, and effective healthcare services. [10,11] However, the possibility of COI is high in the health sector due to the multiplicity of healthcare providers, the complexity of health services processes, asymmetric information between providers and recipients of health services, and patients' vulnerability and dependence on service providers. [8] Medical specialists have privileges such as setting clinical, educational, and ethical standards. They meet with industry representatives, collaborate on medical science research, and invest in health-related industries. These collaborative activities are often opportunities to advance medical knowledge and patient care, but they also create opportunities for conflict of interests. Conflict of interest is a serious challenge in the PHC and family medical programs in Iran, which, if not properly

managed, leads to corruption. The purpose of this research is to identify the types and examples of COI in family medicine programs and strategies to control it. The findings of this research can provide valuable information to the policy-makers and managers of Iran's PHC system to strengthen the family medicine program.

## Methods

This study was carried out using the scoping review method. A scoping review is a secondary study to the synthesis of original research studies and is useful to explain a specific topic and identify its key concepts, determine the size and scope of the existing research literature, identify the research conducted and the research methods used in that field, and identify gaps. A scoping review like a systematic review uses a structured and systematic search method. However, it does not have some of the limitations of a systematic review such as evaluating the quality of original research articles and includes gray literature such as organizational reports, theses, and review articles. [12] Arksey and O'Malley's 5-step scoping review protocol was used. It includes (a) identifying the research questions, (b) identifying relevant studies, (c) selecting documents, (d) charting the data, and (e) collating, summarizing, and reporting the results. [13] The research questions were as follows: (a) what are the types of COI in the family medicine program? (b) what are the examples of COI in the family medicine program? and (c) what are the solutions to manage COI in the family medicine program? English and Farsi databases (e.g., Pubmed, Scopus, Web of Science, SID, Noormags, and Magiran) and Google Scholar search engine were searched using keywords such as family practice, family medicine, family doctor, family physician, primary health care, primary care, conflict of interest, conflict management, professional misconduct and physician self-referral and their Persian equivalents and

related MeSH terms. The inclusion criteria of the study included original articles (quantitative and qualitative) and review articles related to the conflict of interest in the family medicine program, in Farsi and English languages, from January 1980 to July 2022. The study exclusion criteria were documents in languages other than Farsi and English, outside the above time frame, and books, summaries of conference articles and theses. The articles and documents extracted from the databases were entered into the Endnote software. A total of 1120 documents were obtained from English and Farsi databases; after removing the duplicate ones, 836 documents remained. The title and abstract of the remaining documents were screened and 159 articles were selected. The full text of the documents was reviewed, and 31 documents were selected for data extraction. The data extraction form includes the title of the article (document), the name of the first author, the year of the study, the year of publication, the language of the article, the country under study, the type of COI, examples of COI, and COI management strategies. Data extraction was done by two researchers and controlled by the third researcher. Ritchie and Spencer's framework analysis method was used for data analysis. It includes 5 steps of familiarization, identifying a framework, indexing, charting, and mapping and interpretation. [14] All the ethical considerations of review studies were observed in this research.

## Results

Totally, 18 examples of COI were identified in the literature, which were divided into two categories: direct and indirect COI (Table 1). In the direct COI, a person obtains a benefit for himself from the consequences of his decision. It is divided into two categories: financial COI and non-financial COI. A financial conflict of interest is a situation where a person may get direct financial benefits (such as

**Management of conflict of interest in Iran's family medicine program**

receiving money, gifts, samples, grants, etc.) from the consequences of his decision. In the non-financial COI, the person does not receive financial benefits due to his decision; however, he may receive non-financial personal benefits (such as improving communication with the industry) and non-financial professional benefits (such as job promotion). Finally, in the indirect COI, the person creates benefits for other people such as relatives, friends, and colleagues from the consequences of his decision (such as the

appointment of relatives and friends). Receiving money, gifts, samples of goods and grants from pharmaceutical and medical equipment companies, treating complex cases in their own private offices, referring patients to other health service providers, treating more patients in order to earn more money, performing research treatment instead of the standard treatment, and having lectures in educational and promotional meetings of companies have been cited more in the literature.

Table 1. Types and examples of conflict of interest in the family medicine program

Types		Examples
Direct COI	Financial COI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Receiving money from pharmaceutical and medical equipment companies and other healthcare providers</li> <li>2. Receiving gifts from pharmaceutical companies and medical equipment companies and other healthcare providers</li> <li>3. Receiving drug or product samples from pharmaceutical and medical equipment companies</li> <li>4. Receiving grants from pharmaceutical, medical equipment, and research companies</li> <li>5. Participating in informational or advertising meetings of pharmaceutical and medical equipment companies</li> <li>6. Speeches at promotional meetings of pharmaceutical and medical equipment companies</li> <li>7. Treating more patients and reducing the quality of visits</li> <li>8. Treatment of complex disease cases in private clinics (self-referral)</li> <li>9. Prescribing unnecessary expensive treatment</li> <li>10. Patient referral to other health service providers</li> </ol>
	Non-financial COI	<p>Non-financial personal COI:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Improving the social status of doctors with other specialist doctors</li> <li>12. Improving personal relationships with pharmaceutical companies</li> </ol> <p>Non-financial professional COI:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Carrying out the research subject treatment instead of the standard treatment</li> <li>14. Professional advancement</li> <li>15. Increasing the reputation or professional status of doctors</li> <li>16. Recognition for personal achievement</li> </ol>
Indirect COI		<ol style="list-style-type: none"> <li>17. Appointment of relatives, friends, and colleagues</li> <li>18. Promotion of relatives, friends, and colleagues</li> </ol>

In this study, 28 strategies were identified for managing COI in the family medicine program, which are categorized into four levels: Meta (government and the Ministry of Health), macro (medical universities,

health insurance companies and pharmaceutical and medical equipment companies), meso (health organizations) and micro (health services provider and receiver).

Table 2. Conflict of interest management strategies in the family medicine program

Levels	Solutions
Meta	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establishment a national COI committee</li> <li>2. Establishing rules and regulations regarding the amount of gifts and payments allowed by pharmaceutical companies</li> <li>3. Amending the laws of medical crimes and punishments regarding the relationship between doctors and pharmaceutical companies</li> <li>4. Amending the laws of medical crimes and punishments in the field of unnecessary referrals</li> <li>5. developing policies and guidelines for dealing with conflict of interests</li> <li>6. Limiting advertising and marketing of drugs and medical equipment</li> <li>7. Clarifying the financial relations of family doctors with industries</li> <li>8. Increasing supervision and control over the prescriptions of family doctors</li> <li>9. Having More supervision and control over patient referrals by family doctors</li> <li>10. Implementing electronic health records</li> <li>11. Encouraging people to report cases of corruption and conflict of interest</li> </ol>
Macro	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establishment of the COI committee</li> <li>2. Use of evidence-based educational system</li> <li>3. Teaching ethical principles to medical students</li> <li>4. Creating a database of drugs and medicines</li> <li>5. Using the performance-based payment method</li> <li>6. Increasing supervision and control over the performance of family doctors</li> </ol>
Meso	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establishment of the COI committee</li> <li>2. Developing policies and guidelines for COI management</li> <li>3. Clarifying the conflict of interest management process in the organization</li> <li>4. Developing employees' job description and person specifications considering the COI principles</li> <li>5. Hiring competent family doctors committed to ethical professional values</li> <li>6. Hiring family doctors according to the needs of the organization</li> <li>7. Providing education on conflict of interest for family doctors</li> <li>8. Creating a database of drugs and medicines</li> <li>9. Encouraging the use of clinical guidelines in the treatment of patients</li> <li>10. Using the performance-based payment method</li> <li>11. Paying appropriate salaries and benefits</li> <li>12. Creating opportunities for professional development and career advancement</li> <li>13. Keeping pharmacists in the process of providing primary health care</li> <li>14. Receiving and investigating patients' complaints</li> <li>15. Applying restrictions to reduce or eliminate COI</li> <li>16. Clarifying financial relations of family doctors with industries</li> <li>17. Organizational transparency to get feedback from people involved in the family medicine plan</li> <li>18. Increasing supervision and control over the performance of family doctors</li> </ol>
Micro	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Developing knowledge and skills of family doctors</li> <li>2. Using clinical guidelines in the treatment of patients</li> <li>3. Clarifying financial relations with industries by family doctors</li> <li>4. Increasing patients' participation in clinical decisions</li> </ol>

Developing rules and regulations, using performance-based payment methods, monitoring and controlling the performance of family doctors, clarifying the financial relations of family doctors with industries, using an evidence-based educational system, and enhancing family doctors'

knowledge and skills were more mentioned in the literature.

### Discussion

This study was conducted to identify the types and examples of conflicts of interest in the family medicine program and their

**Management of conflict of interest in Iran's family medicine program**

management strategies. Overall, 18 examples of COI in the family medicine program and 28 strategies to manage it were identified. Two types of direct and indirect COI may occur in the family medicine program. Managers and staff of the family medicine program in the direct COI gain benefits for themselves from the consequences of their decisions. On the other hand, in the indirect COI, they benefit their relatives, friends and colleagues from the consequences of their own decisions. Direct COI includes two categories of financial COI and non-financial COI. Managers and employees of the family medicine program get direct financial benefits from the consequences of their decisions in the conflict of financial interests and non-financial personal benefit in the conflict of non-financial interests. The conflict between duties and conflict of duties and income cause COI in the family medicine program. Managers and staff of the family medicine program may have several roles and duties at the same time, such as providing healthcare services, education, and research. For example, researcher physicians may choose between standard treatment and their research treatment, the latter of which has no proven efficacy for their patients. In the COI caused by the conflict of income and duties, managers and employees of the family medical program may not perform their main duties properly to obtain financial or non-financial benefits. Decreasing the quality of services to provide services to a larger number of patients, prescribing more expensive and unnecessary treatment and self-referral (referring patients for treatment to their private clinic) are examples of COI resulting from the conflict between performing duties and earning more money. Pharmaceutical and medical equipment companies may encourage family doctors to prescribe unnecessary and expensive drugs and medical supplies by paying money or gifts. These companies use different methods to communicate with

doctors and promote their products. In 2004, US pharmaceutical companies sponsored about 237,000 meetings or lectures attended by physicians. [15] For example, hundreds of doctors and nurses were trained by a pharmaceutical company to market a new human papillomavirus and cervical cancer vaccine and were paid \$4,500 for each 50-minute lecture. [16] Pharmaceutical and medical equipment companies use the gift-giving method to sell their products. It is estimated that between \$8,000 and \$13,000 is spent annually by the pharmaceutical industry per physician on marketing. [17] The gift changes the doctor's attitude and has consequences such as more expensive and ineffective prescriptions. [18] The relationship of health service providers with each other also causes COI. Healthcare providers pay a portion of their income in exchange for patient referrals to them, leading to more prescriptions and longer treatment times. A study in the USA reports that primary health care physicians as gatekeepers play an important role in the quality of service delivery and referral system. However, they have less independence than specialist doctors in terms of finances and medical decisions and are also under pressure from insurance companies. As a result, they make unnecessary referrals to specialists in order to receive part of their income. [19] Conflict of interest management is the process of identifying, evaluating, and eliminating or reducing conflict of interest. The purpose of conflict of interest management is to protect the integrity of professional judgment and maintain public trust. Conflict of interest management includes the stages of prevention, identification, and correction. [8] Formulating conflict management laws, regulations and policies, segregation of duties, applying restrictions, using clinical guidelines, teaching professional ethics codes, declaring conflicts of interest and supporting whistleblowers of fraud are

strategies to prevent conflicts of interest in the family medicine program. Healthcare organizations are large and complex contemporary organizations. [20] Furthermore, the healthcare organizations' environment is dynamic, complex, and challenging [21]. Conflict of interest may lead to corruption. The problem of conflict of interest is more complex than it is often thought. Therefore, conflict of interest management measures should be applied at the national, organizational, and individual levels in order to be effective. [8] The measures that should be used at the country level to manage conflict of interest include the approval of the law on the management of COI in the public sector, the establishment of a national committee to deal with COI, and the formulation of policies and guidelines for dealing with COI, and fighting corruption. Rules and regulations should be enacted to prevent self-referral by doctors. For example, US federal law prohibits physicians from referring Medicare or Medicaid patients to medical facilities that they or their close family members own. The US Centers for Medicare and Medicaid Services passed a law in 2008 that requires doctors to disclose their ownership or stake in hospitals to patients. [9] Healthcare managers should establish a committee to manage the conflict of interest in the organization, define the conflict of interest and their

examples in the organization, and highlight the process of COI management in the organization. Also, policies and guidelines for COI management and ethical codes should be developed. These policies should include the purpose of COI management in the organization, examples of COI, and its management and control measures. A COI policy should define acceptable or prohibited relationships and activities and provide clear guidelines about them. These policies are necessary to protect the primary interests of medical practices and to maintain public confidence in the integrity of those practices. Job description and person specification of healthcare managers and employees should be carefully formulated and the duties that can cause COI should be separated. [8] Managers and employees should be trained in COI, its causes, types, and consequences. Conflict of interest damages the reputation and efficiency of the health system. Everyone in the health system is responsible for maintaining professional integrity; therefore, the main responsibility of managing COI is with the individual. They should study the laws, regulations and organizational policies related to COI, avoid being in a COI situation, declare and disclose any COI, and act according to the laws and regulations in that situation. Education plays a significant role in reducing the COI.

## References

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Regional Office for Europe: Denmark, Copenhagen; 1978. p. 4.
2. Mosadeghrad A, Aarabi M, Abbasi M. Family practice: A conceptual review. *Hakim*. 2021;24(2):172-91. [In Persian]
3. Mobasheri F, Jafarzadeh S, Bahramali E. The level of satisfaction of family physician program in urban population of Fasa from 2014 to 2015. *J Fasa Univ Med Sci*. 2017;7(2):190-8. [In Persian]
4. Kabir MJ, Ashrafi Amiri H, Rabiee M, Keshavarzi A, Hoseini S, Nasrollahpour Shirvani D. Health care providers, satisfaction in the urban family physician program of Iran. *Nursing And Midwifery Journal*. 2018;16(2):92-100. [In Persian]
5. Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir MJ. Evaluation of the urban family physician and referral system program in Fars and Mazandran provinces: History, achievements, challenges and solutions. *J Sch Publ Health Inst Publ Health Res*. 2016;14(2):17-38. [In Persian]
6. Behzadifar M, Behzadifar M, Heidarvand S, Gorji HA, Aryankhesal A, Taheri Moghadam Sh, et al. The challenges of the family physician policy in Iran: A systematic review and meta-synthesis of qualitative researches. *Fam Pract*. 2018;35(6):652-60.

**Management of conflict of interest in Iran's family medicine program**

7. Fardid M, Jafari M, Vosoogh Moghaddam A, Ravaghi H. Challenges and strengths of implementing urban family physician program in Fars province. *J Educ Health Promot*. 2019;8:1-8.
8. Mosadeghrad AM. Managing conflict of interest in health sector: A letter to the editor. *Tehran University Medical Journal*. 2022;80(10):847-8. [In Persian]
9. Field MJ, Lo B, editors. *Conflict of interest in medical research, education and practice*. Washington, DC: The National Academies Press; 2009.
10. Mosadeghrad AM, Ferlie E. Total quality management in healthcare. In: Ortenblad A, Abrahamson Lofstrom C, Sheaff R, editors. *Management innovations for healthcare organizations: adopt, abandon or adapt?* New York: Routledge; 2016. p. 378-96.
11. Mosadeghrad AM. Comments on Iran hospital accreditation system. *Iran J Public Health*. 2016; 45(6):837-9.
12. Neyazi N, Mosadeghrad AM, Afshari M, Isfahani P, Safi N. Strategies to tackle non-communicable diseases in Afghanistan: A scoping review. *Front Public Health*. 2023;11:1-15.
13. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32.
14. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In: Bryman A, Burgess B, editors. *Analyzing qualitative data*. London: Routledge; 1994. p. 187-208.
15. Hensley S, Martinez B. To sell their drugs, companies increasingly rely on doctors. *Wall St J (East Ed)*. 2005.
16. Rosenthal E. Drug makers' push leads to vaccines' fast rise. *New York Times*. 2008:A1.
17. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: Is a gift ever just a gift? *JAMA*. 2000;283(3):373-80.
18. Sandberg WS, Carlos R, Sandberg EH, Roizen MF. The effect of educational gifts from pharmaceutical firms on medical students' recall of company names or products. *Acad Med*. 1997;72(10):916-8.
19. Alper PR. Primary care in transition. *JAMA*. 1994;272(19):1523-7.
20. Ghiasipour M, Mosadeghrad AM, Arab M, Jaafaripooyan E. Leadership challenges in health care organizations: The case of Iranian hospitals. *Med J Islam Repub Iran*. 2017;31:1-8.
21. Esfahani P, Mosadeghrad AM, Akbarisari A. The success of strategic planning in health care organizations of Iran. *Int J Health Care Qual Assur*. 2018;31(6):563-74.



## مدیریت تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده ایران: یک مطالعه حیطه ای

علی محمد مصدق راد<sup>۱</sup>، محمدحسین رنجبر همقاوندی<sup>۲</sup>، علیرضا محسنیان<sup>۳</sup>، سپهر متانت<sup>۲</sup>، ساناز بردبار<sup>۲\*</sup> 

<sup>۱</sup>استاد، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

<sup>۲</sup>دانشجوی دکتری حرفه‌ای پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

<sup>۳</sup>دانشجوی دکتری حرفه‌ای دندان پزشکی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

### اطلاعات مقاله

### چکیده

نویسنده مسئول:

ساناز بردبار

رایانامه:

[s-Bordbar@student.tums.ac.ir](mailto:s-Bordbar@student.tums.ac.ir)

وصول مقاله: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۱۲/۲۳

پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۱۲/۲۷

انتشار آنلاین: ۱۴۰۱/۰۵/۰۴

### واژه‌های کلیدی:

نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

پزشکی خانواده

تعارض منافع

**مقدمه:** پزشکی خانواده، برنامه‌ای مبتنی بر جامعه برای ارائه خدمات سلامت است که در آن گروه پزشکی آموزش دیده، خدمات اولیه بهداشتی و درمانی را به صورت جامع، هماهنگ، مستمر و فرد محور با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مردم ارائه می‌کند. برنامه پزشکی خانواده شهری در ایران از سال ۱۳۹۱ اجرا شد. تعارض منافع یکی از چالش‌های مهم در اجرای برنامه پزشکی خانواده در ایران است. هدف از این پژوهش، شناسایی انواع و مصادیق تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده و ارائه راهکارهای مدیریت و کنترل آن است.

**روش‌ها:** این مطالعه با روش مرور حیطه‌ای انجام شد. مطالعات منتشر شده در پایگاه داده‌های انگلیسی پابمد، اسکاپوس، وب آو ساینس و پایگاه‌های فارسی نورمگز، مگ ایران، پایگاه استنادی جهان اسلام و موتور جستجوی گوگل اسکولار در زمینه تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده در بازه زمانی ژانویه ۱۹۸۰ تا جولای ۲۰۲۲ جستجو و بررسی شدند. در نهایت، ۳۱ مقاله مرتبط انتخاب و با روش تحلیل چارچوبی بررسی شدند.

**یافته‌ها:** تعداد ۱۸ مصداق تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده شناسایی شد که به دو دسته کلی تعارض منافع مستقیم و تعارض منافع غیر مستقیم تقسیم شدند. دریافت پول، هدیه، نمونه کالا و گرنت از شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی بیشترین تکرار را در مطالعات داشتند. تعداد ۲۸ راهکار برای مدیریت تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده شناسایی شد که در چهار سطح بنیادی (دولت و وزارت بهداشت)، کلان (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، سازمان بیمه سلامت و شرکت‌های تجهیزات دارویی)، میانی (سازمان‌های بهداشتی و درمانی) و خرد (ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمت سلامت) دسته‌بندی شدند. وضع قوانین و مقررات، استفاده از روش پرداخت مبتنی بر عملکرد، افزایش نظارت و کنترل بر عملکرد پزشکان خانواده، شفاف‌سازی روابط مالی پزشکان خانواده با صنایع، بکارگیری نظام آموزشی مبتنی بر شواهد و توسعه دانش و مهارت‌های پزشکان خانواده از جمله راهکارهای اشاره شده در مطالعات بود.

**نتیجه‌گیری:** تعارض منافع، چالشی جدی در حوزه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشکی خانواده است که می‌تواند به فساد منجر شود. اقدامات مدیریت تعارض منافع برنامه پزشکی خانواده برای تأثیرگذاری باید در سطوح فردی، سازمانی و کشوری اجرا شوند و باید نظامی ایجاد شود تا هزینه تعارض منافع برای افراد زیاد گردد.

خطر بیفتد. منفعت ممکن است از ایجاد سود یا اجتناب از ضرر ناشی شود. [۸] تعارض منافع در حقیقت، تعارض میان منافع شخص یا گروهی از اشخاص با منافع ملی و عمومی است. تعارض منافع در بخش سلامت «مجموعه شرایطی است که در آن قضاوت حرفه‌ای در مورد منفعتی اصلی (مثل سلامت بیمار) به طور نادرست و نابجا از منفعتی فرعی (مانند سود مالی) تأثیر می‌پذیرد». [۹] به عبارت دیگر، در موقعیت تعارض منافع، هدف اصلی نظام سلامت یعنی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت بیماران با هدف فرعی دیگری مثل منافع شخصی یا گروهی مدیران و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در تضاد قرار می‌گیرد. [۸] به عنوان مثال، پزشکی که بیمار را به بیمارستانی خصوصی ارجاع می‌دهد که خود سهامدار آن است، در موقعیت تعارض منافع قرار دارد؛ زیرا، هدف اصلی (ارائه خدمات سلامتی ضروری و موثر به بیمار) از هدفی فرعی (کسب سود بیشتر برای پزشک) تأثیر گرفته است. تعارض منافع به بیماران دریافت‌کننده خدمات غیرضروری آسیب می‌رساند و به جامعه هزینه مازاد تحمیل می‌کند. نقص مسئولیت امانتداری، مفهوم کلیدی در تعریف موقعیت تعارض منافع است. وقتی فردی کاری انجام دهد که با وظایف حرفه‌ای پذیرفته شده از او در تعارض باشد، در موقعیت تعارض منافع قرار گرفته است. جامعه از سیاستگذاران، مدیران و متخصصان علوم پزشکی انتظار دارد که هیچ انگیزه‌ای جز سلامت بیماران نداشته باشند. مردم انتظار دریافت خدمات بهداشتی با کیفیت، ایمن و موثر دارند. [۱۰، ۱۱] با وجود این، به دلیل تعدد و پراکندگی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، پیچیدگی فرایندهای ارائه خدمات سلامت، عدم توازن اطلاعات ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت، استقلال، آزادی و اختیار کم بیماران و آسیب‌پذیری و وابستگی آنها به ارائه‌کنندگان، امکان تعارض منافع در بخش سلامت زیاد است. [۸] بیمار، در رابطه پزشک و بیمار، موقعیت آسیب‌پذیری دارد و بسیار وابسته به خدمت پزشک است. چنانچه بیمار متوجه شود که در موقعیت تعارض منافع قرار گرفته و از اعتماد و بی‌اطلاعی او از فرایند خدمات پزشکی سوء استفاده شده است، اعتماد

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۸، مراقبت‌های بهداشتی اولیه (Primary Health Care) را به عنوان راهبردی مناسب برای دستیابی مردم جهان به سلامتی تا سال ۲۰۰۰ میلادی پیشنهاد کرد. برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل خدمات آموزش بهداشت، تغذیه کافی، تأمین آب سالم و کافی، مراقبت مادر و کودک، واکسیناسیون، پیشگیری از بیماری‌ها، درمان مناسب بیماری‌های شایع و تأمین داروهای اساسی است. مراقبت‌های ضروری بهداشتی اولیه باید همراه با فناوری مناسب و هزینه‌ای قابل قبول در اولین نقطه تماس مردم با نظام سلامت به صورت جامع، هماهنگ و مستمر ارائه شوند. [۱] الگوهای مختلفی برای اجرای مراقبت‌های بهداشتی اولیه معرفی و استفاده شده است. برنامه پزشکی خانواده (Family medicine) یکی از روش‌های مناسب برای اجرای راهبرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه است. پزشکی خانواده، برنامه‌ای مبتنی بر جامعه برای ارائه خدمات سلامت است که در آن گروه پزشکی آموزش دیده با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مردم، خدمات اولیه بهداشتی و درمانی را به صورت جامع، هماهنگ، مستمر و فرد محور به همه افراد با هر سن و جنس ارائه می‌کند. جامعیت، تداوم، هماهنگی و بیمار محوری از اصول مهم برنامه پزشکی خانواده است. [۲] در ایران، برنامه پزشکی خانواده روستایی از سال ۱۳۸۴ و برنامه پزشکی خانواده شهری از سال ۱۳۹۱ در دو استان فارس و مازندران اجرا شد. اجرای برنامه پزشکی خانواده اثرات مثبتی مثل بهبود رضایت مردم [۳] و مراقبین سلامت [۴] و افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت [۵] را به همراه داشت. با وجود این، این برنامه با چالش‌هایی در حوزه‌های تأمین مالی عادلانه، سطح‌بندی خدمات، ارجاع، پایش و ارزشیابی مواجه بوده است. [۵-۷] تعارض منافع یکی از چالش‌های اجرایی برنامه پزشکی خانواده است؛ موقعیتی که در آن شخص از تصمیمات خود در مقام رسمی، منافع شخصی کسب می‌کند. تعارض منافع در بخش سلامت زمانی اتفاق می‌افتد که قضاوت حرفه‌ای مدیران یا ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در اثر احتمال منافع فردی یا گروهی آنها به

خود را به پزشک و حرفه پزشکی از دست می‌دهد. متخصصان علوم پزشکی به دلیل داشتن صلاحیت و شایستگی، قابل اعتماد بودن و ارائه خدمت به مردم جامعه، از امتیازات مهمی مثل تعیین استانداردهای بالینی، آموزشی و اخلاقی برخوردار هستند. پزشکان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت با نمایندگان صنعت ملاقات می‌کنند، در پژوهش‌های علوم پزشکی همکاری دارند و در صنایع مرتبط با سلامت سرمایه‌گذاری می‌کنند. این فعالیت‌های مشترک، ضمن اینکه فرصت‌های مهمی برای پیشرفت دانش پزشکی و مراقبت از بیمار هستند، فضایی برای تعارض منافع نیز ایجاد می‌کنند. افزایش شدید هزینه‌های زندگی در سال‌های اخیر، افزایش تعداد سازمان‌ها و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی و تشدید رقابت بین آنها منجر به کاهش درآمد متخصصان علوم پزشکی شده است. در نتیجه، آنها ممکن است به دنبال راه‌های افزایش درآمد باشند. در مطالعه‌ای در آمریکا در سال ۲۰۰۴ میلادی بر ۳۱۶۷ پزشک در شش تخصص، ۹۴ درصد آنها گزارش کردند که در یک سال گذشته به نوعی با صنعت در ارتباط بودند. حدود ۸۳ درصد پزشکان هدیه، ۷۸ درصد نمونه دارو، ۳۵ درصد کمک هزینه شرکت در کنگره یا ادامه تحصیل و ۲۸ درصد بابت معرفی بیماران برای کارآزمایی‌های بالینی پول گرفته بودند. متخصصان قلب بیش از دو برابر پزشکان خانواده پول دریافت کردند. پزشکان خانواده نسبت به سایر متخصصان پزشکی بیشتر با نمایندگان صنعت ملاقات داشتند و پزشکان مطب‌های خصوصی یا گروهی نسبت به پزشکان شاغل در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها بیشتر با نمایندگان صنایع ملاقات کردند. [۱۲] نظرسنجی دیگری از پزشکان نشان داد که روابط پزشکان با صنعت رایج است؛ حدود ۹۲ درصد از پزشکان نمونه‌های رایگان دارو، ۶۱ درصد بلیت مسافرت‌های تفریحی یا سفر رایگان و ۱۲ درصد مشوق‌های مالی برای شرکت در آزمایش‌های دارویی دریافت کرده بودند. [۱۳] نتایج مطالعه‌ای بر متخصصان زنان و زایمان نشان داد که بیشتر پزشکان بر این باور هستند که دریافت نمونه دارو (۹۲ درصد)، ناهار در جلسه ارائه اطلاعات پزشکی (۷۷ درصد) یا مولاژ آناتومی بدن انسان

(۷۵ درصد) بدون اشکال است و براساس نظر بیش از نیمی (۵۳ درصد) از آنها، پذیرفتن دعوت شرکت در جلسه‌ی تحقیقات بازاریابی برای پزشکان به عنوان مشاور و با حقوق خوب مناسب است. [۱۴] قرار گرفتن فرد در موقعیت تعارض منافع به معنای ارتکاب فساد نیست ولی ممکن است بر فرایند تصمیم‌گیری حرفه‌ای او تأثیر بگذارد. فردی که در موقعیت تعارض منافع قرار می‌گیرد لزوماً بی‌اخلاق و غیرحرفه‌ای نیست؛ با وجود این، موقعیت تعارض منافع سخت و دشوار است. درگیری میان منافع شخصی و منافع حرفه‌ای فرد می‌تواند زمینه‌ساز بروز فساد شود. تعارض منافع، چالشی جدی در حوزه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشکی خانواده ایران است که در صورت عدم مدیریت صحیح، منجر به فساد و عدم اعتماد عموم به حاکمیت نظام سلامت می‌شود. با وجود این، اغلب تعارض منافع نادیده گرفته می‌شود و سیاستگذاران، مدیران و کارکنان نظام سلامت درک ضعیفی از آن دارند. هدف این پژوهش، شناسایی انواع و مصادیق تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده ایران و ارائه راهکارهایی مناسب برای مدیریت آن است. نتایج این پژوهش می‌تواند اطلاعات ارزشمندی در اختیار سیاستگذاران و مدیران نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران برای تقویت برنامه پزشکی خانواده قرار دهد.

#### روش‌ها

پژوهش حاضر به صورت مرور حیطه‌ای در تیر و مرداد ۱۴۰۱ انجام شد. مرور حیطه‌ای، مطالعه‌ای ثانویه برای ترکیب یافته‌های مطالعات اصیل است که به پرسش‌هایی از نوع «چه چیزی» و «چرا» در یک حیطه موضوعی خاص پاسخ می‌دهد. از دلایل استفاده از این مطالعه می‌توان به تبیین موضوع و شناسایی مفاهیم کلیدی آن، تعیین اندازه و وسعت ادبیات تحقیق موجود در یک حوزه، شناسایی پژوهش‌های انجام شده و روش‌های پژوهشی مورد استفاده در آن حوزه، شناسایی شکاف‌های پژوهشی در ادبیات موضوعی مربوط به آن و تعیین ضرورت انجام مرور نظام‌مند اشاره داشت. مرور حیطه‌ای مانند مرور نظام‌مند، فرایندی ساختاریافته و روش جستجوی نظام‌مند دارد اما برخی محدودیت‌های مرور

تعارض منافع کدام هستند؟ پایگاه داده‌های انگلیسی پابمد (PubMed)، اسکاپوس (Scopus)، وب آو ساینس (Web of Science) و پایگاه‌های فارسی نورمگز (Noor Mags)، مگ ایران (Magiran) و پایگاه استنادی جهان اسلام (SID) و موتور جستجوی گوگل اسکولار (Google Scholar) با کلیدواژه‌های Family medicine, Family practice, Family doctor, Primary health, Family physician, Conflict of interest, Primary care, Conflict of interest management, Professional misconduct و Physician self-referral و معادل فارسی آن‌ها و سرعنوان‌های موضوعی پزشکی (MeSH) برای یافتن منابع علمی این مطالعه جستجو شدند. جزئیات راهبرد جستجو در پایگاه داده پابمد در جدول یک ذکر شده است. معیارهای ورود مطالعه شامل مقالات اصیل (کمی و کیفی) و مروری مرتبط با تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده به زبان فارسی و انگلیسی از ژانویه ۱۹۸۰ تا جولای ۲۰۲۲ میلادی (۲۲ تیر ۱۴۰۱ خورشیدی) بود. معیارهای خروج مطالعه عبارت بودند از: عدم دسترسی به متن کامل مقالات و کتاب‌ها، خلاصه مقالات کنفرانس‌ها و پایان‌نامه‌ها.

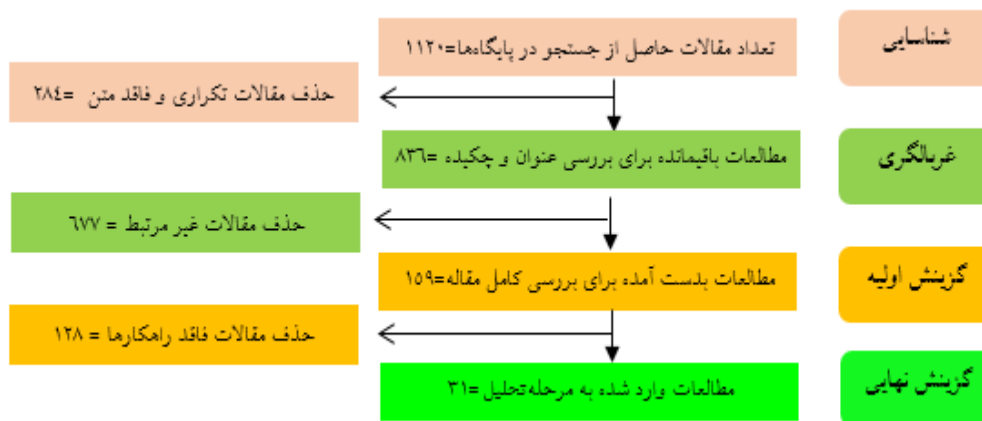
نظام‌مند مانند ارزشیابی کیفیت مقالات پژوهشی اصیل را ندارد و ادبیات خاکستری نظیر گزارش‌های سازمانی، پایان‌نامه‌ها و مقالات مروری را هم شامل می‌شود. [۱۵] مطالعات مروری نظام‌مند قطعیت شواهد را ارزشیابی می‌کنند، به پرسشی مشخص پاسخ می‌دهند و فرضیه‌ای را تأیید یا رد می‌کنند. نتایج آنها گاهی برای اطلاع‌رسانی و شکل‌دهی به سیاست‌ها استفاده می‌شود. در مقابل، مطالعات مروری حیطه‌ای شامل ارزشیابی انتقادی شواهد پژوهشی نیستند. آنها اغلب به جای ترکیب به توصیف اطلاعات بدست آمده می‌پردازند و نتایج آنها به تحقیقات بیشتر کمک می‌کند. برای انجام این مروری حیطه‌ای، از پروتکل پنج مرحله‌ای آرکسی و اُمالی (Arksey, O'Malley) استفاده شد که شامل پنج مرحله است: (الف) مشخص کردن پرسش مطالعه مروری حیطه‌ای، (ب) شناسایی مقاله‌های مرتبط، (ج) انتخاب مقاله‌ها، (د) گزارش داده‌ها با روندنا (فلوچارت) و (ه) تطبیق، خلاصه‌سازی و گزارش نتایج. [۱۶] پرسش‌های این پژوهش عبارت بودند از: (الف) انواع تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده کدام هستند؟ (ب) مصادیق تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده کدام هستند؟ و (ج) راهکارهای مقابله با این موقعیت‌های

جدول ۱: راهبرد جستجو در پایگاه PubMed

پایگاه	راهبرد جستجو
PubMed	("family medicine"[Title/Abstract] OR "family physician"[Title/Abstract] OR "Family Practice"[Mesh] OR "Practice, Family"[Title/Abstract] OR "Practices, Family"[Title/Abstract] OR "Primary Health Care"[Mesh] OR "primary care"[Title/Abstract] OR "family doctor"[Title/Abstract]) AND ("conflict management"[Title/Abstract] OR "Conflict of Interest"[Mesh] OR "Interest Conflict"[Title/Abstract] OR "Professional Misconduct"[Mesh] OR "Physician Self-Referral"[Mesh])

شد. تعداد ۱۱۲۰ مقاله از پایگاه‌های داده انگلیسی و فارسی به دست آمد که بعد از حذف موارد تکراری، ۸۳۶ مقاله باقی ماند. این مقالات براساس عنوان و چکیده غربالگری و ۱۵۹ مطالعه انتخاب شدند. متن کامل این مطالعات بررسی و ۳۱ مقاله برای استخراج داده انتخاب شدند (شکل یک)

مقالات استخراج‌شده از پایگاه‌ها وارد نرم‌افزار اندنوت (EndNote) شدند. ابتدا هر مقاله را دو نفر به صورت مستقل براساس عنوان و چکیده بررسی و غربالگری کردند. موارد اختلاف نظر براساس نظر پژوهشگر سوم بررسی شد. در ادامه، متن کامل مقالات بررسی و داده‌های مرتبط استخراج



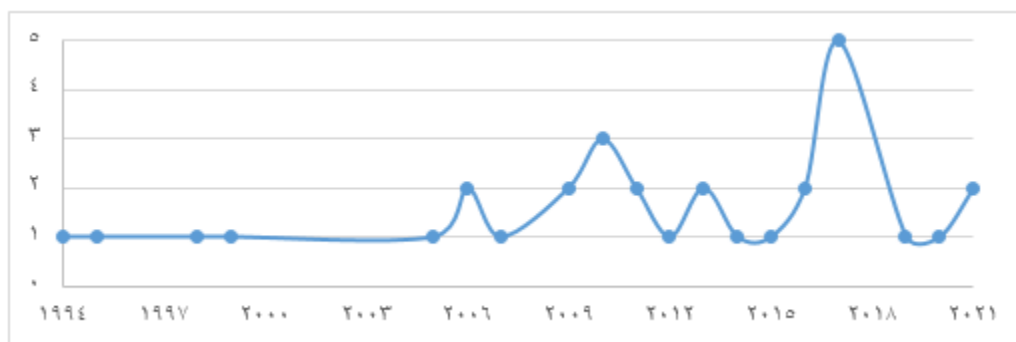
شکل ۱: روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات

شخصی پژوهشگران در مراحل مختلف این پژوهش لحاظ شد.

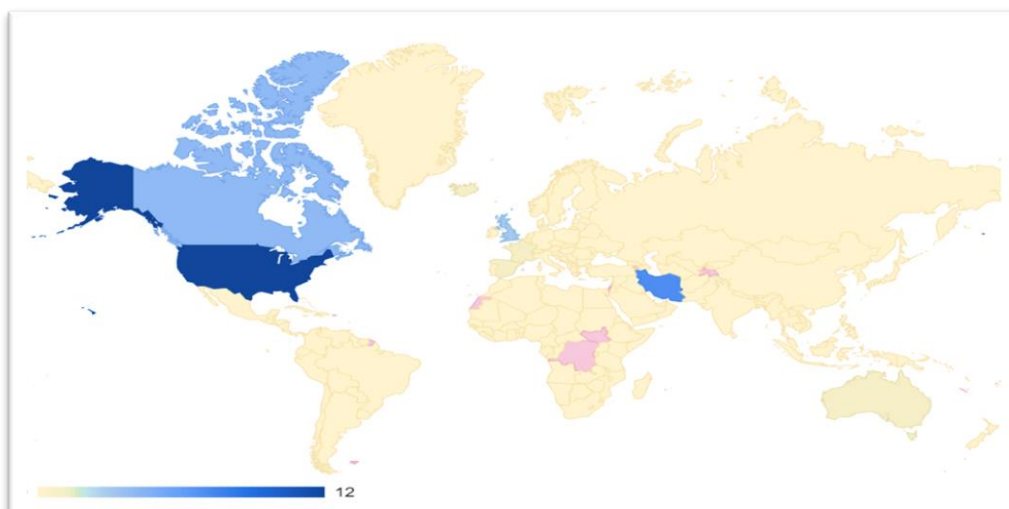
#### پایه آنتن‌ها

مقالات وارد شده از نوامبر سال ۱۹۹۴ تا آگوست سال ۲۰۲۱ میلادی بودند (نمودار ۱). تعداد ۱۲ مقاله مربوطه به کشور آمریکا و هفت مقاله مربوط به کشور ایران و باقی مقالات مربوط به کشورهای کانادا (چهار مورد)، انگلیس (سه مورد)، فرانسه (یک مورد)، ایسلند (یک مورد)، اسپانیا (یک مورد)، عربستان سعودی (یک مورد) و استرالیا (یک مورد) بود (شکل دو).

از فرم استخراج داده شامل عنوان مقاله، نام نویسنده اول، سال انجام مطالعه، سال چاپ مقاله، زبان مقاله، کشور مورد مطالعه، نوع تعارض منافع، مصادیق تعارض منافع و راهکارهای مدیریت تعارض منافع برای جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات استفاده شد. دو پژوهشگر استخراج داده‌ها را انجام دادند که پژوهشگر سوم آن را کنترل می‌کرد. از روش تحلیل چارچوبی ریچی و اسپنسر (Spencer & Ritchie) شامل پنج مرحله (الف) آشنایی با داده‌ها، (ب) شناسایی چارچوب موضوعی، (ج) نمایه‌سازی، (د) نمایش با نمودار و (ه) تفسیر نتایج برای تحلیل داده‌های این پژوهش استفاده شد. [۱۷] ملاحظات اخلاقی مطالعات مروری و عدم دخالت نظرات



نمودار ۱: توزیع فراوانی مطالعات تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده بر حسب سال انجام



شکل ۲: توزیع فراوانی مطالعات تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده به تفکیک کشور محل انجام مطالعه

پول، هدیه، نمونه دارو و گرنت) کسب کند. تعارض منافع غیر مالی برای فرد سود مالی به همراه ندارد ولی ممکن است فرد منفعت شخصی غیر مالی (مثل بهبود ارتباط با صنایع) و منفعت حرفه‌ای غیر مالی (مثل شهرت و ارتقای حرفه‌ای) به دست آورد. در نهایت، در تعارض منافع غیر مستقیم فرد برای سایر افراد نظیر خویشاوندان، دوستان و همکاران از پیامدهای تصمیم خود منفعتی ایجاد می‌کند (مثل انتصاب و ارتقای اقوام و دوستان).

در مجموع، ۱۸ مصداق برای تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده از مقالات و مستندات شناسایی شد که به دو دسته کلی تعارض منافع مستقیم و تعارض منافع غیر مستقیم تقسیم شدند (جدول ۲). در تعارض منافع مستقیم، فرد از پیامدهای تصمیم خود سود می‌برد. تعارض منافع مستقیم به دو دسته تعارض منافع مالی و تعارض منافع غیر مالی تقسیم می‌شود. تعارض منافع مالی موقعیتی است که فرد از پیامدهای تصمیم خود سود مالی مستقیم (مانند

جدول ۲: انواع و مصادیق تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده

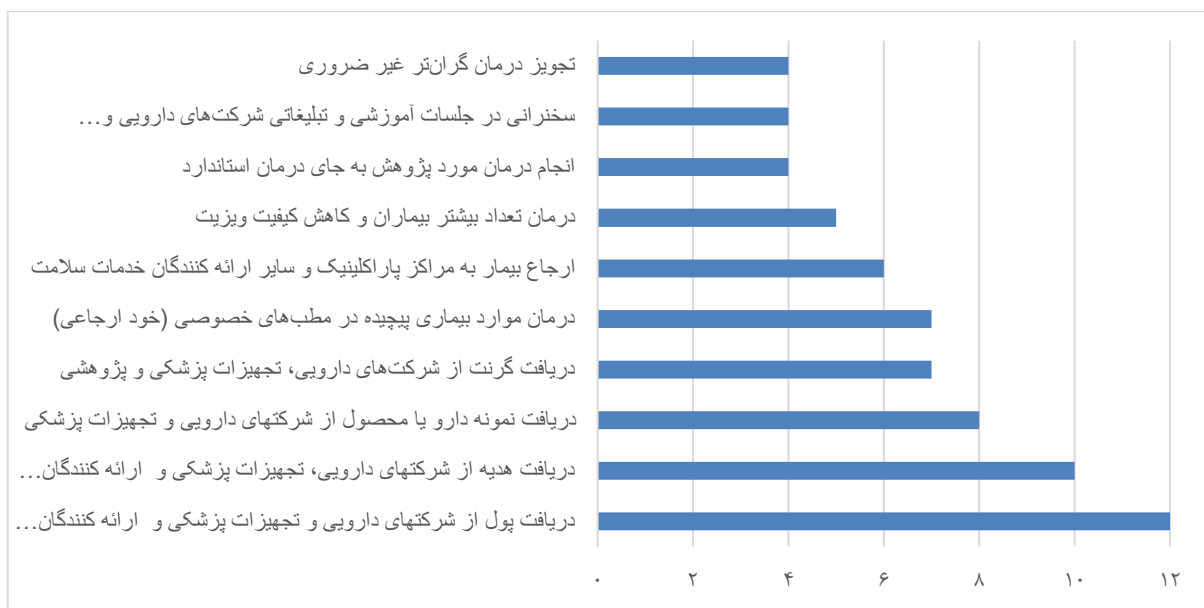
مصادیق تعارض منافع	انواع تعارض منافع	
۱. دریافت پول از شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی و سایر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت ۲. دریافت هدیه از شرکت‌های دارویی، تجهیزات پزشکی و سایر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت ۳. دریافت نمونه دارو یا محصول از شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی ۴. دریافت گرنت از شرکت‌های دارویی، تجهیزات پزشکی و پژوهشی ۵. شرکت در جلسات مهمانی اطلاع‌رسانی یا تبلیغاتی شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی ۶. سخنرانی در جلسات اطلاع‌رسانی یا تبلیغاتی شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی ۷. درمان تعداد بیشتر بیماران و کاهش کیفیت معاینه حضوری ۸. درمان موارد پیچیده بیماری در مطب‌های خصوصی (خود ارجاعی) ۹. تجویز درمان گران‌تر غیر ضروری ۱۰. ارجاع بیمار به مراکز پیرا بالینی و سایر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت	تعارض منافع مالی	
تعارض منافع شخصی غیر مالی:		تعارض منافع مستقیم
۱. ارتقای جایگاه اجتماعی پزشکان نزد سایر پزشکان متخصص ۲. بهبود روابط شخصی پزشکان با نمایندگان شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی	تعارض منافع غیر مالی	تعارض منافع غیر مستقیم

جدول ۲: ادامه

انواع تعارض منافع	مصادیق تعارض منافع
تعارض منافع غیر مالی	تعارض منافع حرفه‌ای غیر مالی: ۱. انجام درمان مورد پژوهش به جای درمان استاندارد ۲. ارتقای شغلی پزشکان ۳. به رسمیت شناختن دستاوردهای شخصی پزشکان ۴. افزایش شهرت یا موقعیت حرفه‌ای پزشکان
تعارض منافع غیر مستقیم	۱. انتصاب اقوام، دوستان و همکاران ۲. ارتقای اقوام، دوستان و همکاران

درآمد بیشتر، انجام درمان مورد پژوهش به جای درمان استاندارد و سخنرانی در جلسات آموزشی و تبلیغاتی شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی بیشترین تکرار را در مقالات و مستندات مورد بررسی داشته است (نمودار دو).

دریافت پول، هدیه، نمونه کالا و گزنت از شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی، درمان موارد پیچیده در مطب‌های خصوصی، ارجاع بیماران به سایر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، درمان تعداد بیشتر بیماران به منظور کسب



نمودار ۲: مصادیق تکرار تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده

خدمات سلامت، درآمد بالای بیمار یا بیمه بودن او، پزشکی تدافعی، نبود قوانین کافی در زمینه مدیریت تعارض منافع، عدم آموزش پزشکان خانواده در خصوص تعارض منافع و عدم مشارکت بیماران در تصمیمات بالینی. نتایج تعارض منافع عبارتند از: تجویز درمان غیر ضروری، تجویز درمان

به طور کلی، دو عامل تعارض بین وظایف و تعارض وظایف با درآمد موجب ایجاد تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده می‌شود. عواملی که موجب ایجاد تعارض منافع می‌شوند عبارتند از: داشتن چند شغل و وظیفه، درآمد ناکافی پزشکان خانواده از طرح، ارتباط مالی بین ارائه‌کنندگان

سطح کلان (Macro) شامل دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، سازمان بیمه سلامت و شرکت‌های تجهیزاتی و دارویی، سطح میانی (Meso) شامل سازمان‌های بهداشتی و درمانی و سطح خرد (Micro) شامل ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمت دسته‌بندی شدند (جدول سه). برخی از راهکارها در سطوح مختلف تکرار شدند.

گران‌تر غیر ضروری، تحمیل هزینه‌های غیرضروری به بیماران، کاهش کیفیت ارائه خدمات سلامت، طولانی‌تر شدن روند درمان، شواهد محور نبودن درمان و تحقق نیافتن نظام ارجاع بیمار. در این مطالعه ۲۸ راهکار برای مدیریت تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده شناسایی شد که در چهار سطح بنیادی (Meta) شامل دولت و وزارت بهداشت،

جدول ۳: راهکارهای مدیریت تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده

سطح	راهکار
بنیادی (دولت و وزارت بهداشت)	<ol style="list-style-type: none"> <li>تشکیل کمیته کشوری تعارض منافع در وزارت بهداشت</li> <li>تصویب قوانین در خصوص میزان دریافت هدیه و پرداخت مجاز از سوی شرکت‌های دارویی</li> <li>اصلاح قوانین جرائم و مجازات پزشکی در خصوص روابط پزشکان با نمایندگان شرکت‌های دارویی</li> <li>اصلاح قوانین جرائم و مجازات پزشکی در زمینه ارجاعات غیرضروری</li> <li>تدوین سیاست‌ها و دستورالعمل‌های رسیدگی به تعارض منافع و ارتقای سلامت نظام اداری</li> <li>محدودسازی تبلیغات و بازاریابی داروها و تجهیزات پزشکی</li> <li>شفاف‌سازی روابط مالی پزشکان خانواده با صنایع دارویی و تجهیزاتی</li> <li>افزایش نظارت و کنترل بر عملکرد و تجویزهای پزشکان خانواده</li> <li>نظارت و کنترل بیشتر بر ارجاع بیماران توسط پزشکان خانواده به‌ویژه ارجاع‌های اورژانسی</li> <li>اجرای پرونده الکترونیک سلامت</li> <li>تشویق مردم به گزارش دهی موارد فساد و تعارض منافع</li> </ol>
کلان (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، سازمان بیمه سلامت و شرکت‌های تجهیزات پزشکی و دارویی)	<ol style="list-style-type: none"> <li>تشکیل کمیته تعارض منافع در دانشگاه علوم پزشکی، سازمان نظام پزشکی و سازمان بیمه سلامت</li> <li>بکارگیری نظام آموزشی مبتنی بر شواهد</li> <li>آموزش اصول اخلاقی به پزشکان و دانشجویان علوم پزشکی</li> <li>ایجاد بانک اطلاعاتی معرفی داروها</li> <li>استفاده از روش پرداخت مبتنی بر عملکرد به جای کارانه</li> <li>افزایش نظارت و کنترل بر عملکرد پزشکان خانواده</li> </ol>
میانی (سازمان‌های بهداشتی و درمانی)	<ol style="list-style-type: none"> <li>تشکیل کمیته تعارض منافع در سازمان بهداشتی درمانی</li> <li>تدوین سیاست‌ها و دستورالعمل‌های مدیریت تعارض منافع</li> <li>تبیین فرایند مدیریت تعارض منافع در سازمان</li> <li>تدوین صحیح شرح وظایف و شرایط احراز کارکنان با توجه به تعارض منافع</li> <li>استخدام پزشکان خانواده شایسته و متعهد به ارزش‌های حرفه‌ای اخلاقی</li> <li>استخدام پزشکان خانواده متناسب با نیاز سازمان ارائه‌کننده خدمات سلامت</li> <li>آموزش اصول اخلاقی به پزشکان خانواده</li> <li>ایجاد بانک اطلاعاتی معرفی داروها</li> <li>تشویق استفاده از راهنماهای بالینی در درمان بیماران</li> <li>پرداخت مبتنی بر عملکرد به جای کارانه</li> <li>پرداخت حقوق و مزایای مناسب</li> <li>ایجاد فرصت‌های توسعه حرفه‌ای و ارتقای شغلی</li> <li>حضور داروسازان در فرایند ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه</li> </ol>



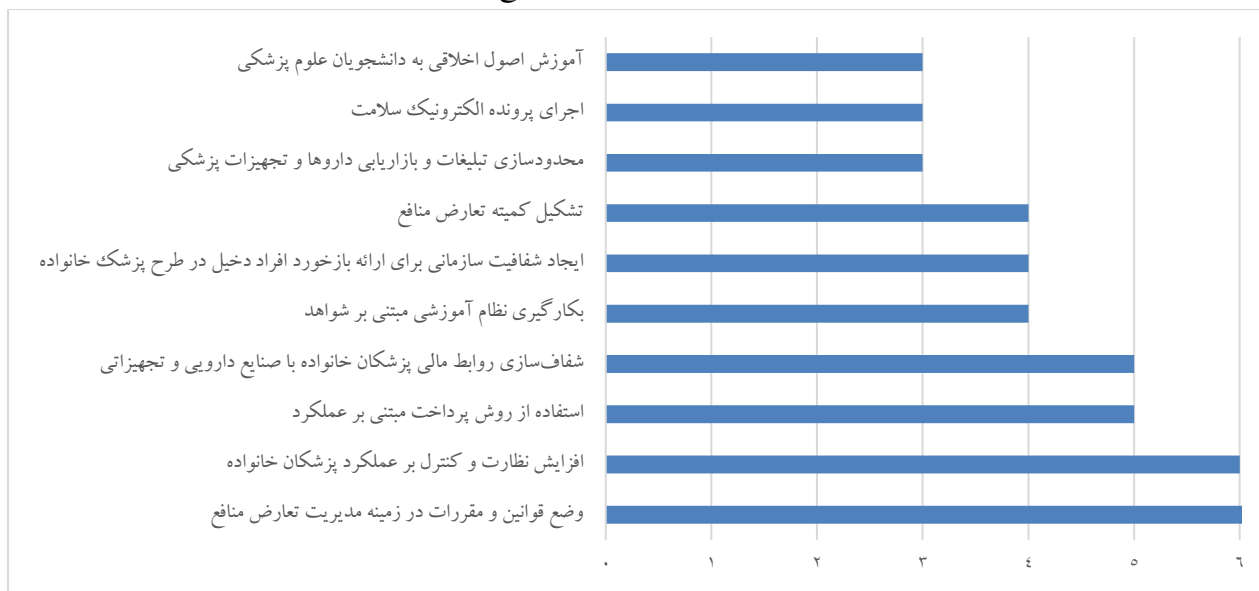
جدول ۳: ادامه

سطح	راهکار
میانی (سازمان‌های بهداشتی و درمانی)	۱۴. مدیریت ارتباط با بیماران به منظور دریافت و بررسی شکایات آنها ۱۵. اعمال محدودیت‌ها برای کاهش یا حذف تعارض منافع ۱۶. شفاف‌سازی روابط مالی پزشکان خانواده با صنایع دارویی و تجهیزاتی ۱۷. ایجاد شفافیت سازمانی برای ارائه بازخورد افراد دخیل در طرح پزشکی خانواده (افشاء) ۱۸. افزایش نظارت و کنترل بر عملکرد پزشکان خانواده
خرد (ارائه‌دهنده خدمت و دریافت‌کننده خدمت)	۱. توسعه دانش و مهارت‌های پزشکان خانواده ۲. استفاده از راهنماهای بالینی در درمان بیماران ۳. شفاف‌سازی روابط مالی با صنایع توسط پزشکان خانواده ۴. افزایش مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های بالینی

مهارت‌های پزشکان خانواده و استخدام پزشکان خانواده متناسب با نیاز سازمان ارائه‌کننده خدمات سلامت در مقالات و مستندات پر تکرار بود (نمودار سه).

وضع قوانین و مقررات، استفاده از روش پرداخت مبتنی بر عملکرد، افزایش نظارت کنترل بر عملکرد پزشکان خانواده، شفاف‌سازی روابط مالی پزشکان خانواده با صنایع، بکارگیری نظام آموزشی مبتنی بر شواهد، توسعه دانش و

نمودار ۳: راهکارهای پر تکرار مدیریت تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده



پزشکی خانواده و ۲۸ راهکار مدیریت آن شناسایی شد. افزایش تعداد مطالعه‌های منتشر شده در زمینه تعارض منافع در بخش سلامت در سال‌های اخیر حاکی از افزایش اهمیت این موضوع و نیاز به بررسی بیشتر آن است. تعارض منافع در

مطالعه حاضر با هدف شناسایی انواع و مصادیق تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده و راهکارهای مدیریت و کنترل آنها انجام شد. در این پژوهش، ۱۸ مصداق تعارض منافع در برنامه

برنامه پزشکی خانواده می‌تواند به صورت مستقیم و غیر مستقیم باشد. در تعارض منافع مستقیم، مدیران و کارکنان برنامه پزشکی خانواده از پیامد تصمیم‌های خود، منفعتی برای خودشان کسب می‌کنند. در مقابل، در تعارض منافع غیر مستقیم، برای خویشاوندان، دوستان و همکاران خود از پیامد تصمیم‌های خودشان منفعتی ایجاد می‌کنند. تعارض منافع مستقیم شامل دو دسته مالی و غیر مالی است. در تعارض منافع مالی، مدیران و کارکنان برنامه پزشکی خانواده از پیامد تصمیم‌های خود، سود مالی مستقیم و در تعارض منافع غیر مالی، منفعت شخصی غیرمالی به دست می‌آورند. تعارض منافع در دو سطح فردی و سازمانی اتفاق می‌افتد. در تعارض منافع فردی، منافع شخص در تعارض با منافع عمومی قرار می‌گیرد. به عنوان مثال، انتخاب درمان گران‌تر از میان دو درمان با اثربخشی یکسان، نوعی تعارض منافع فردی برای پزشک محسوب می‌شود. در تعارض منافع سازمانی، منافع سازمان در تعارض با منافع عمومی قرار می‌گیرد. ارائه خدمات غیر ضروری در یک مرکز بهداشتی برای افزایش درآمد مرکز نوعی تعارض منافع سازمانی است. تعارض منافع، موقعیتی است که فرد مجبور به تصمیم‌گیری در خصوص انتخاب منافع عمومی یا منافع شخصی خود شود. دو عامل تعارض بین وظایف و تعارض با درآمد موجب ایجاد تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده می‌شود. تعارض بین دو وظیفه قانونی فرد یا سازمان ممکن است منجر به بروز تعارض منافع شود. مدیران و کارکنان برنامه پزشکی خانواده ممکن است به‌طور همزمان چند نقش و وظیفه مانند ارائه خدمات بهداشتی درمانی، آموزشی و پژوهشی بر عهده داشته باشند و ممکن است در تعارض منافع ناشی از تعدد وظایف، مأموریت و وظیفه اصلی خود را به دلیل انجام وظیفه فرعی درست انجام ندهند. به عنوان مثال، ممکن است پزشکان پژوهشگر بین انجام درمان استاندارد و درمان مورد پژوهش خود، دومی را انتخاب کنند که اثربخشی آن بر بیماران تأیید نشده است. تعارض درآمد فرد یا سازمان با اهداف تعیین شده سازمانی نیز منجر به تعارض منافع می‌شود. در این تعارض درآمد با وظایف، مدیران و کارکنان برنامه

پزشکی خانواده به منظور کسب منافع مالی یا غیر مالی ممکن است وظیفه اصلی خود را به درستی انجام ندهند. کاهش کیفیت خدمات به منظور ارائه خدمات به تعداد بیشتری از بیماران، تجویز درمان گران‌تر و غیر ضروری و خود ارجاعی (ارجاع بیماران برای درمان به درمانگاه، بیمارستان یا آزمایشگاه تشخیص طبی خصوصی خود) از جمله مصادیق تعارض منافع حاصل از تضاد وظیفه با کسب درآمد بیشتر است. داشتن مالکیت سهام شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی، اشتغال همزمان در بخش دولتی و خصوصی (Dual practice)، مشارکت در تدوین راهنماهای بالینی و ارائه مشاوره به شرکت‌های بهداشتی و درمانی می‌تواند منجر به تعارض منافع در بخش سلامت شود. [۱۸] ممکن است پزشکانی که مراکز تشخیصی و درمانی دارند بیماران خود را به این مراکز ارجاع دهند و سود ببرند. گزینش بیماران (Cherry picking)، خود ارجاعی (Self-referral) و ارجاع بیماران دارای بیماری پیچیده و پولدار به مراکز خصوصی که پزشک در آن شاغل یا سهامدار است، مثال‌هایی از تعارض منافع درآمد با وظایف پزشک است. تعارض درآمد و وظایف پزشکان به دو صورت فردی و سازمانی است. در بعد فردی، ممکن است پزشک برای بیمار تجویز غیر ضروری بیشتری انجام دهد تا کارانه بیشتری دریافت کند و یا تجویز گران‌تری انتخاب کند تا درآمد بیشتری کسب کند. اگر بعد فردی با منافع سازمانی هم راستا شود و مرکز درمانی نیز منتفع گردد، آنگاه پزشک نقش عاملی را خواهد داشت و بعد سازمانی این تعارض مطرح می‌شود. [۹] به عنوان مثال، مدیران مراکز بهداشتی ممکن است برای کسب درآمد، پزشکان را با پرداخت کارانه یا کمیسیون تشویق به تجویز آزمایش یا تصویربرداری‌های غیر ضروری کنند. شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی ممکن است با پرداخت پول یا هدیه، پزشکان خانواده را ترغیب به تجویز داروها و ملزومات پزشکی غیر ضروری و گران کنند. این شرکت‌ها از روش‌های مختلفی برای برقراری ارتباط با پزشکان و تبلیغ محصولات خود استفاده می‌کنند. آنها ممکن است از پزشکان به عنوان بازاریاب استفاده کنند. به عنوان مثال،

درآمد پزشک متخصص به پزشک عمومی شود. به عبارت دیگر، ارائه دهندگان خدمات سلامت بخشی از درآمد خود را در ازای ارجاع بیمار به ارائه دهنده دیگر می دهند که منجر به تجویزهای بیشتر و طولانی تر شدن روند درمان می شود. براساس مطالعه‌ای در آمریکا، پزشکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه به عنوان دروازه بان، نقش مهمی در کیفیت ارائه خدمات و نظام ارجاع دارند. با وجود این، آنها از نظر مالی و تصمیمات پزشکی استقلال کمتری نسبت به پزشکان متخصص دارند و از طرف بیمه‌ها نیز در فشار هستند. در نتیجه، به منظور دریافت بخشی از درآمد متخصصان، به شکل غیر ضروری بیماران را به آن‌ها ارجاع می دهند. [۲۳]

هر رابطه‌ای که فرد در حوزه کاری خود با خویشاوندان و دوستان داشته باشد، موقعیت تعارض منافع ایجاد می کند. خویشاوندگماری، فامیل پروری یا پارتی بازی (Nepotism) یکی از مصادیق تعارض منافع است که به تبعیض و جایگزینی رابطه به جای ضابطه دلالت دارد. در این فرایند، مدیران و کارکنان سازمان بهداشتی درمانی به نفع اقوام و دوستان خود برای تصدی یک سمت، ارتقا، دریافت تسهیلات و یا برنده شدن در مناقصه یا مزایده اعمال نفوذ می کنند. مدیریت تعارض منافع شامل فرایند شناسایی، ارزیابی و حذف یا کاهش تعارض منافع است. هدف مدیریت تعارض منافع، محافظت از انسجام قضاوت حرفه‌ای و حفظ اعتماد عمومی مردم است. مدیریت تعارض منافع شامل سه مرحله پیشگیری، شناسایی و اصلاح است. [۸]

قوانین، مقررات و سیاست‌های مدیریت تعارض، تفکیک وظایف، اعمال محدودیت، اصلاح نظام پرداخت، استفاده از راهنماهای بالینی، آموزش کدهای اخلاق حرفه‌ای، اعلام تعارض منافع (شفافیت) و حمایت از افشاگران تخلف و تقلب راهکارهای مناسبی برای پیشگیری از تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده است. تعارض منافع ممکن است به فساد منجر شود. مشکل تعارض منافع، مشکل ساده‌ای نیست. سازمان‌های بهداشتی درمانی، بزرگ و پیچیده هستند [۲۴] و محیط‌هایی پویا و بسیار چالشی دارند [۲۵]. بنابراین، اقدامات مدیریت تعارض منافع برنامه پزشکی خانواده باید در سطوح

پزشکی که سهامدار یک شرکت داروسازی یا عضو یک مرکز تحقیقاتی است، محصولی را تبلیغ یا تجویز کند که می داند در مقایسه با سایر محصولات موجود تفاوتی ندارد و یا حتی عوارض جانبی بیشتری دارد. همچنین، ممکن است به کارآموزان پزشکی در مورد تجویز داروهای خاصی آموزش دهد. به علاوه، ممکن است پزشکان در شرکت‌های تولید دارو و تجهیزات پزشکی یا مراکز تحقیقاتی سهام داشته و یا در مطالعات تحقیقاتی و برنامه‌های آموزشی مختلف برای تسریع اختراع داروها و کشف درمان‌های جدید مشارکت داشته باشند. آنها می توانند به عنوان سخنران یا نویسنده تبلیغاتی به نفع شرکت‌های تولید کننده دارو و تجهیزات پزشکی عمل کنند. شرکت‌های داروسازی آمریکا در سال ۲۰۰۴ میلادی از حدود ۲۳۷ هزار جلسه یا سخنرانی با حضور پزشکان حمایت کردند. [۱۹] به عنوان مثال، یک شرکت داروسازی صدها پزشک و پرستار را برای بازاریابی واکسن جدید ویروس پاپیلومای انسانی و سرطان دهانه رحم آموزش داد که بابت هر سخنرانی ۵۰ دقیقه‌ای مبلغ ۴۵۰۰ دلار دریافت می کردند. [۲۰]

شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی از روش اعطای هدیه برای فروش کالاهای خود استفاده می کنند. هدیه دادن به اشکال مختلفی از جمله هدایای تبلیغاتی مثل خودکار و تقویم، نمونه‌های رایگان دارو و ملزومات پزشکی، حمایت مالی از آموزش و پژوهش پزشکی، وام خرید تجهیزات، برگزاری تورهای تفریحی، پرداخت هزینه شرکت در سمینارهای علمی، اعطای بورس تحصیلی و حق مشاوره انجام می شود. تخمین زده می شود که صنعت داروسازی سالانه بین ۸۰۰۰ تا ۱۳۰۰۰ دلار برای هر پزشک در بازاریابی هزینه می کند. [۲۱]

هدیه باعث تغییر نگرش پزشک و تأثیر در ناخودآگاه او می شود و تبعاتی چون تجویز اضافی، گران تر و فاقد اثربخشی به دنبال دارد. [۲۲]

پزشکان اگر این نمونه دارو یا کالای پزشکی را نداشتند، احتمالاً آنها را به بیماران تجویز نمی کردند. روابط ارائه کنندگان خدمات سلامت با یکدیگر نیز موجب تعارض منافع می شود. تبانی ارائه دهندگان خدمت سلامت می تواند منجر به تسهیم عواید (Fee Splitting) و پرداخت سهمی از

است که می‌تواند منجر به افزایش احتمال درمان بیمار-محور، هزینه-اثربخشی و اعتماد بیماران شود. [۲۶] استفاده از روش‌های پرداخت متغیر مانند کارانه، باعث ترغیب پزشکان به ارائه خدمات غیر ضروری (تقاضای القایی) و کسب درآمد بیشتر [۲۷] و یا ارائه خدمات سلامت پیچیده با تعرفه بیشتر شود در حالیکه منفعت زیادی برای بیمار ندارد. بکارگیری روش‌های ثابت پرداخت مانند سرانه یا موردی و مبتنی بر عملکرد می‌تواند موجب کاهش ارائه خدمات غیر ضروری به بیماران شود. [۲۸] خدمات پزشکی باید بر اساس راهنماهای بالینی ارائه شود تا شانس تقاضای القایی کاهش یابد. بنابراین، لازم است بر رعایت راهنماهای بالینی نظارت شود. [۸] پرونده الکترونیک سلامت نیز باعث کاهش خدمات غیر ضروری می‌شود. نظارت مستمر بر عملکرد پزشکان خانواده، نقش بسزایی در شناسایی به موقع تعارض منافع و بکارگیری اقدامات لازم برای کنترل آن دارد. لازم است سامانه‌ها و فرایندهای لازم برای گزارش دهی عملکرد پزشکان خانواده بکار گرفته شود. همچنین، باید از توان نظارتی مردم برای کشف و کاهش تخلفات استفاده کرد و گزارش دهندگان فساد باید مورد حمایت و حفاظت قانون باشند. [۸] وجود تعارض منافع در سازمان‌های بهداشتی درمانی به این معنا نیست که مدیران و کارکنان به دلیل انگیزه نادرست دچار فساد می‌شوند. تعارض منافع، رخداد یک فساد نیست بلکه مجموعه شرایطی است که باعث به مخاطره افتادن منافع اولیه در اثر منافع فرعی می‌شود. بنابراین، باید سامانه‌ای در سازمان‌های بهداشتی و درمانی برای مدیریت تعارض منافع ایجاد و منابع لازم بکار گرفته شود. مدیران بهداشتی درمانی باید کمیته‌ای برای مدیریت تعارض منافع در سازمان تشکیل دهند، تعارض منافع و مصادیق آنها در سازمان را تعریف کنند و فرایند مدیریت تعارض منافع سازمان را تبیین کنند. همچنین، سیاست‌ها و دستور کارهای مدیریت تعارض منافع و کدهای اخلاق در این زمینه تدوین شوند تا جامعه اطمینان یابد که تصمیم‌های حرفه‌ای بر اساس منافع اصلی و نه منافع فرعی اتخاذ می‌شوند. این سیاست‌ها باید شامل هدف مدیریت تعارض منافع در سازمان، مصادیق تعارض منافع و

کشوری، سازمانی و فردی بکار گرفته شوند تا موثر واقع شوند. اگر حکومت اجازه دهد که افرادی منافع شخصی بسیاری به زیان دیگران به دست آورند، مشروعیت سیاسی آن تضعیف می‌شود. اقدامات لازم برای مدیریت تعارض منافع در سطح کشور عبارتند از: تصویب قانون مدیریت تعارض منافع در خدمات عمومی، ایجاد کمیته کشوری برای رسیدگی به تعارض منافع، تدوین دستور کار رسیدگی به تعارض منافع و ارتقای سلامت نظام اداری و مبارزه با فساد. قوانین و مقررات نیز باید برای جلوگیری از خودارجایی پزشکان وضع شوند. به عنوان مثال، در سال ۲۰۰۸ میلادی مراکز خدمات مدیکر و مدیکید آمریکا (Centers for Medicare and Medicaid Services) قانونی را تصویب کرد که پزشکان را ملزم به افشای مالکیت یا سهامداری خود در بیمارستان‌ها برای بیماران می‌کرد. همچنین، بر اساس قانون فدرال آمریکا، پزشکان اجازه ندارند بیماران مدیکر یا مدیکید را به موسسه‌هایی ارجاع دهند که خود یا اعضای نزدیک خانواده مالک یا سهامدار آن هستند. [۹] صنعت داروسازی و تولیدکنندگان تجهیزات پزشکی نقش بسزایی در تحقیقات علوم پزشکی و مراقبت از بیماران دارند. با وجود این، افزایش سود سهامداران یکی از اهداف این صنایع است. در مقابل، حرفه پزشکی باید بدون توجه به ملاحظات مالی، منافع بیماران را در اولویت قرار دهد. بنابراین، ظرفیت تعارض منافع در روابط صنعت و پزشکی ذاتی است. همکاری‌های بین صنعت و متخصصان علوم پزشکی برای حفاظت از رفاه بیماران، ارتقای یکپارچگی علمی و اطمینان از اعتماد عمومی باید به دقت تنظیم و در برخی موارد ممنوع اعلام شود. شفافیت روابط، راهکار دیگری برای کنترل روابط پزشکان و شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی است. لازم است پایگاه داده‌ای ایجاد شود تا شرکت‌ها، پرداخت‌های خود به پزشکان را اعلام کنند و بیماران و سایر پزشکان بتوانند میزان دریافتی هر پزشک از شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی را مشاهده کنند. همچنین، اطلاعات مربوط به تحقیقات دارویی با حمایت مالی صنعت باید به طور واضح و شفاف منتشر شود. در این زمینه، ثبت کدهای اخلاق نیز مؤثر

اقدامات مدیریت و کنترل آن باشد. سیاست تعارض منافع باید روابط و فعالیت‌های قابل قبول یا ممنوع را مشخص کند و دستورکارهای روشنی در مورد آنها ارائه دهد. این سیاست‌ها برای حفاظت از منافع اصلی فعالیت‌های پزشکی و حفظ اعتماد عمومی به یکپارچگی آن ضروری است. با تدوین سیاست‌های تعارض منافع مناسب، مدیران و کارکنان بهداشتی درمانی می‌توانند فعالیت‌های خود را در همکاری سودمند با صنایع مرتبط ادامه دهند. شرح وظایف و شرایط احراز مدیران و کارکنان سازمان‌های بهداشتی باید با دقت تدوین شوند و وظایف با احتمال ایجاد تعارض منافع از هم تفکیک گردند. [۸] مدیران مراکز بهداشتی باید در مصاحبه‌های استخدامی کارکنان دقت داشته باشند و علاوه بر استعداد (هوش، دانش، مهارت و تجربه)، به شخصیت آنها (اعتقادات، ارزش‌ها، نگرش‌ها و رفتارها) نیز توجه کنند. شخصیت نسبت به استعداد مهم‌تر است. با آموزش می‌توان استعداد کارمندی که شخصیت متعالی دارد اما دانش و تجربه او کم است را تقویت کرد. اما تغییر شخصیت افراد به راحتی و به سرعت امکان‌پذیر نیست. همچنین، پرداخت حقوق و مزایای مناسب و ایجاد فرصت‌های توسعه حرفه‌ای و ارتقای شغلی، خطر تعارض منافع را در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه کاهش می‌دهد. مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید محدودیت‌هایی را برای کاهش یا حذف تعارض منافع اعمال کنند. برخی از این محدودیت‌ها عبارتند از: محدودیت مشاغل همزمان، محدودیت درآمدها و هدایا، محدودیت رأی دادن در مسائل متعارض با منافع شخصی و محدودیت پسا شغلی. [۸] کارکنان باید هر گونه تعارض منافع را به مدیران سازمان اعلام کنند تا اقدامات مدیریتی لازم بکار گرفته شود. برخی از این اقدامات عبارتند از: محدود کردن مشارکت فرد در بحث‌ها و حذف آنها از تصمیم‌گیری، حذف فرد از کل فرایند تصمیم‌گیری، حذف مسئولیت فرد در یک حوزه کاری و حذف کامل فرد از نقش خود اگر تعارض آنقدر مهم باشد که نتواند به طور موثر در آن نقش عمل کند. لازم است سامانه‌ها و ابزارهای مناسب برای شناسایی تعارض منافع در سازمان بکار گرفته شوند، علائم

تعارض منافع به طور مستمر پایش شوند و هرگونه تعارض منافع سریع گزارش و بررسی شود. گزارش‌دهندگان فساد باید مورد حمایت و حفاظت قانون باشند و بابت گزارش‌دهی تشویق و پاداش داده شوند. با داده‌کاوی اطلاعات پرونده الکترونیک سلامت مردم می‌توان روابط اقتصادی بین ارائه‌کنندگان مختلف خدمات سلامت را تشخیص داد و در صورت وجود تبانی و ارتباط فسادآمیز با آنها مقابله کرد. تعارض منافع باید بر اساس احتمال (Likelihood) و جدیت (Seriousness) آنها ارزشیابی و به درستی مدیریت شوند. احتمال تعارض منافع به ارزش منفعت فرعی و میزان اختیار پزشکان خانواده بستگی دارد. جدیت تعارض منافع، به ارزش منافع اصلی، دامنه پیامدهای حاصل از آن و میزان مسئولیت‌پذیری پزشکان بستگی دارد. [۹] هدیه، هر کالا یا خدمتی است که رایگان یا کمتر از ارزش تجاری آن در جهت منافع شخصی ارائه می‌شود. هدیه و به ویژه اقلام با ارزش بالا ممکن است قضاوت حرفه‌ای افراد را به خطر بیندازند. بنابراین، هدیه‌هایی با ارزش بیشتر از یک قیمت توافق شده باید به مقامات اعلام شوند. کارکنان پزشکی خانواده نباید هدایایی را بپذیرند که احتمال دارد یا به نظر می‌رسد بر قضاوت حرفه‌ای آنها تأثیرگذار باشد. دریافت هرگونه هدیه نقدی و بهابریک باید از سوی کارکنان رد شود. آنها نباید هیچ هدیه‌ای بخواهند. هدیه‌های تأمین‌کنندگان یا پیمانکارانی که با سازمان بهداشتی درمانی همکاری می‌کنند (یا احتمالاً همکاری خواهند کرد) باید صرف نظر از ارزششان رد شود. هدایای تبلیغاتی کم ارزش در مواردی پذیرفته شوند که ارزش پولی آنها کمتر از میزان تعیین شده باشد و نیازی به اعلام آن نباشد. در نظام سلامت انگلستان، لازم است از دریافت هدایایی با ارزش بیش از ۵۰ پوند اجتناب شده و به مقامات هم گزارش شوند. نام کارکنان و نقش آنها در سازمان، شرح ماهیت و ارزش هدیه، مشخصات فرد هدیه‌دهنده، تاریخ ارائه هدیه و اقدامات انجام شده برای کاهش تعارض منافع از جمله مواردی است که در گزارش آورده می‌شود. ارزش تجمعی هدایای دریافتی از یک منبع در طول یک سال هم نباید بیش از ۵۰ پوند باشد. پذیرفتن

به شهرت و بهره‌وری نظام سلامت آسیب می‌زند. افراد در نظام سلامت نسبت به حفظ انسجام حرفه‌ای آن مسئول هستند. بنابراین، مسئولیت اصلی مدیریت تعارض منافع با فرد است. او باید قوانین، مقررات و سیاست‌های سازمانی مرتبط با تعارض منافع را مطالعه کند، از قرار گرفتن در موقعیت تعارض منافع پرهیز کند، هرگونه تعارض منافع را اعلام و افشا کند و طبق قوانین و مقررات در آن موقعیت عمل کند. آموزش، نقش بسزایی در کاهش تعارض منافع دارد. در این پژوهش، به روش مرور حیطه‌ای، انواع و مصادیق تعارض منافع و راهکارهای مدیریت آن در برنامه پزشکی خانواده شناسایی شد. مطالعات بعدی با رویکرد کمی می‌توانند به تبیین هرچه بیشتر مصادیق تعارض منافع بیانجامند. همچنین، سایر پژوهشگران می‌توانند با بهره‌گیری از رویکرد کمی، شواهدی از میزان تعارض منافع در برنامه پزشکی خانواده ایران ارائه دهند.

### ملاحظات اخلاقی

**رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی:** ملاحظات اخلاقی در پژوهش‌های مروری مثل جمع‌آوری و تحلیل دقیق و صحیح داده‌ها و تعبیر و تفسیر اطلاعات بدون تورش در این پژوهش رعایت شد.

**حمایت مالی:** این پژوهش بدون دریافت حمایت مالی انجام شده است.

**تضاد منافع:** تمامی نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منفعی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** نویسندگان مقاله از داوران محترم که با ارائه نظرات سازنده موجب ارتقای کیفیت مقاله شدند کمال تشکر را دارند.

هدایای با ارزش کمتر از ۵۰ پوند اشکالی ندارد و نیازی به اظهار هم نیست. وعده‌های غذایی و نوشیدنی‌ها با ارزش کمتر از ۲۵ پوند ممکن است پذیرفته شود و نیازی به اعلام هم نیست. در صورتی که ارزش آنها بین ۲۵ تا ۷۵ پوند باشد، ممکن است پذیرفته شوند و باید اعلام شوند. خوراکی‌ها و آشامیدنی‌هایی با ارزش بیش از ۷۵ پوند باید رد شوند، مگر در شرایط استثنایی و با تأیید مدیر ارشد و توضیح علت معجز بودن که پذیرش قابل قبول است. [۲۹] مدیران و کارکنان سازمان باید در زمینه تعارض منافع، علل، انواع و پیامدهای آن آموزش ببینند. ارتباطات شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی با پزشکان را نمی‌توان حذف کرد اما می‌توان آموزش‌های لازم از جمله دانش و مهارت‌های ارتباطی برای کاهش اثرات منفی این رابطه را به پزشکان ارائه کرد. این آموزش‌ها بهتر است از مقاطع پایین‌تر به دانشجویان علوم پزشکی ارائه شود و جزئی از برنامه آموزشی آنها باشد. همچنین، یکی از دلایل ارتباط صنعت دارو با پزشکان در جهت معرفی محصولات دارویی است. بنابراین، وجود منبعی بی‌طرف برای پاسخگویی مبتنی بر شواهد به پرسش‌های پزشکان درباره داروها می‌تواند مفید باشد. همچنین، دسترسی به این منابع باید به صورت آموزشی و قابل دریافت برای بیماران باشد. مدیران بهداشتی درمانی باید این منابع آموزشی و مشاورتی را در سطح بیماران و پزشکان فراهم کنند. [۳۰] بهتر است نظام و فرهنگی در سازمان‌های بهداشتی درمانی ایجاد شود تا هزینه تعارض منافع برای افراد زیاد شود. فرهنگ عدم تحمل تعارض منافع (Zero tolerance) در سازمان نیز لازم است. تعارض منافع در حوزه سلامت سابقه طولانی دارد و در آینده هم پابرجا خواهد بود. تعارض منافع

### References

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Regional Office for Europe: Denmark, Copenhagen; 1978. p. 4.
2. Mosadeghrad A, Aarabi M, Abbasi M. Family practice: A conceptual review. Hakim. 2021;24(2):172-91. [In Persian]
3. Mobasheri F, Jafarzadeh S, Bahramali E. The level of satisfaction of family physician program in urban population of Fasa from 2014 to 2015. J Fasa Univ Med Sci. 2017;7(2):190-8. [In Persian]
4. Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Rabiee M, Keshavarzi A, Hoseini S, Nasrollahpour Shirvani D. Health care providers, satisfaction in the urban family physician program of Iran. Nursing And Midwifery Journal. 2018;16(2):92-100. [In Persian]

5. Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir MJ. Evaluation of the urban family physician and referral system program in Fars and Mazandran provinces: History, achievements, challenges and solutions. *J Sch Publ Health Inst Publ Health Res.* 2016;14(2):17-38. [In Persian]
6. Behzadifar M, Behzadifar M, Heidarvand S, Gorji HA, Aryankhesal A, Taheri Moghadam Sh, et al. The challenges of the family physician policy in Iran: A systematic review and meta-synthesis of qualitative researches. *Fam Pract.* 2018 ;35(6): 652-60.
7. Fardid M, Jafari M, Vosoogh Moghaddam A, Ravaghi H. Challenges and strengths of implementing urban family physician program in Fars province. *J Educ Health Promot.* 2019;8:1-8.
8. Mosadeghrad AM. Managing conflict of interest in health sector: A letter to the editor. *Tehran University Medical Journal.* 2022;80(10):847-8. [In Persian]
9. Field MJ, Lo B, editors. Conflict of interest in medical research, education and practice. Washington, DC: The National Academies Press; 2009.
10. Mosadeghrad AM, Ferlie E. Total quality management in healthcare. In: Ortenblad A, Abrahamson Lofstrom C, Sheaff R, editors. Management innovations for healthcare organizations: adopt, abandon or adapt? New York: Routledge; 2016. p. 378-96.
11. Mosadeghrad AM. Comments on Iran hospital accreditation system. *Iran J Public Health.* 2016; 45(6):837-9.
12. Campbell EG, Gruen RL, Mountford J, Miller LG, Cleary PD, Blumenthal D. A national survey of physician-industry relationships. *N Engl J Med.* 2007;356(17):1742-50.
13. Kaiser Family Foundation. National survey of physicians part II: Doctors and prescription drugs. Menlo Park, CA: KFF; 2002. 9 p.
14. Morgan MA, Dana J, Loewenstein G, Zinberg S, Schulkin J. Interactions of doctors with the pharmaceutical industry. *J Med Ethics.* 2006;32(10):559-63.
15. Neyazi N, Mosadeghrad AM, Afshari M, Isfahani P, Safi N. Strategies to tackle non-communicable diseases in Afghanistan: A scoping review. *Front Public Health.* 2023;11:1-15.
16. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005;8(1):19-32.
17. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In: Bryman A, Burgess B, editors. Analyzing qualitative data. London: Routledge; 1994. p. 187-208.
18. Guyatt G, Akl EA, Hirsh J, Kearon C, Crowther M, Gutterman D, et al. The vexing problem of guidelines and conflict of interest: A potential solution. *Ann Intern Med.* 2010;152(11):738-41.
19. Hensley S, Martinez B. To sell their drugs, companies increasingly rely on doctors. *Wall St J (East Ed).* 2005.
20. Rosenthal E. Drug makers' push leads to vaccines' fast rise. *New York Times.* 2008:A1.
21. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: Is a gift ever just a gift? *JAMA.* 2000;283(3):373-80.
22. Sandberg WS, Carlos R, Sandberg EH, Roizen MF. The effect of educational gifts from pharmaceutical firms on medical students' recall of company names or products. *Acad Med.* 1997;72(10):916-8.
23. Alper PR. Primary care in transition. *JAMA.* 1994;272(19):1523-7.
24. Ghiasipour M, Mosadeghrad AM, Arab M, Jaafaripooyan E. Leadership challenges in health care organizations: The case of Iranian hospitals. *Med J Islam Repub Iran.* 2017;31:1-8.
25. Esfahani P, Mosadeghrad AM, Akbarisari A. The success of strategic planning in health care organizations of Iran. *Int J Health Care Qual Assur.* 2018;31(6):563-74.
26. Chimonas S, Rothman DJ. New federal guidelines for physician-pharmaceutical industry relations: The politics of policy formation. *Health Aff (Millwood).* 2005;24(4):949-60.
27. Bodenheimer T, Berenson RA, Rudolf P. The primary care-specialty income gap: Why it matters. *Ann Intern Med.* 2007;146(4):301-6.
28. Mosadeghrad AM, Isfahani P. Strategies for reducing induced demand in the health system: A scoping review. *Journal of Health Administration.* 2023;25(4):45-68.
29. National Health Service England. Managing conflicts of interest in the NHS. 2017.
30. Fischer MA, Keough ME, Baril JL, Saccoccio L, Mazor KM, Ladd E, et al. Prescribers and pharmaceutical representatives: Why are we still meeting? *J Gen Intern Med.* 2009;24(7):795-801.