

## تعارض منافع در دندان پزشکی

مجتبی پارسا<sup>۱</sup>، اعظم خورشیدیان<sup>۲\*</sup>

تاریخ دریافت: ۹۶/۶/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۲۴

تاریخ انتشار: ۹۶/۱۲/۲۶

### مقاله‌ی مروری

#### چکیده

بروز اشکال مختلف روابط اقتصادی و تمایل حرفه‌مندان به کسب درآمد بیشتر، باعث ایجاد چالش‌های جدید در حرفه‌ی دندان پزشکی شده است؛ تعارض منافع یکی از این چالش‌هاست. جامعه انتظار دارد دندان‌پزشک در اقدامات حرفه‌ای خود منفعت و سلامت بیماران را در اولویت خود قرار دهد. در تعارض منافع، بین وظایف دندان‌پزشک در قبال بیمار و منافع شخصی‌اش تعارض به وجود می‌آید. مهم‌ترین نگرانی موجود، در اولویت قرار گرفتن اهداف تجاری به جای ارائه‌ی خدمات مبتنی بر دانش تخصصی از سوی دندان‌پزشکان است که می‌تواند به تنزل اعتماد بیمار به آنان منجر شود. تعارض منافع ممکن است به اشکال مختلف رخ دهد که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به سهم‌خواری، خودارجاعی، دریافت هدیه از بیمار و صنعت اشاره کرد که در مقاله‌ی حاضر به صورت چهار نمونه‌ی بالینی بررسی خواهد شد.

**واژگان کلیدی:** اخلاق، تسهیم درآمد، تعارض منافع، خودارجاعی، دندان‌پزشکی، سهم‌خواری

<sup>۱</sup> استادیار، گروه اخلاق پزشکی دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری تخصصی اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی و عضو مرکز تحقیقات دندان‌پزشکی پژوهشکده‌ی علوم دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

\* نویسنده‌ی مسؤول: تهران، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۳، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن: ۶۶۹۵۳۸۳۲

Email: [Khorshidian\\_a@yahoo.com](mailto:Khorshidian_a@yahoo.com)

## مقدمه

تحولات ایجاد شده در پرداخت‌های مالی و نحوه دسترسی به خدمات سلامت، موجب بروز چالش‌هایی در این حوزه شده است که با عنوان «تعارض منافع»<sup>۱</sup> از آن نام برده می‌شود. این واژه اول‌بار در مباحث حقوق و تجارت و مدیریت کاربرد داشته؛ ولی بعد از آن وارد حرفه‌ی پزشکی نیز شده است (۱). در روابط حرفه‌ای، هر فردی دارای وظایف تعریف شده و مورد انتظار و همچنین منافی است. وقتی بین این وظایف و منافع رقابت شکل می‌گیرد و نتیجه‌ی آن، محقق‌نشدن وظایف قابل انتظار باشد، تعارض منافع به وجود می‌آید. همچنان که ادموند پلگرین و<sup>۲</sup> «اعتماد» را استحکام‌دهنده‌ی رابطه‌ی نامتعادل بین پزشک و بیمار می‌داند، می‌توان اعتماد را سنگ بنای رابطه‌ی پزشک و بیمار دانست. تعارض منافع به دلیل ماهیت وسوسه‌انگیز آن، موجب تیرگی در روابط حرفه‌ای و تهدیدکننده‌ی اعتماد در حرفه‌ی پزشکی می‌شود و به دلیل قدرت اثرگذار آن بر قضاوت حرفه‌ای، به نادیده‌گرفتن تعهد پزشک در اولویت‌دادن به منافع بیمار منجر می‌شود (۲).

تعاریف متعددی برای تعارض منافع ارائه شده که برخی از آن‌ها به شرح زیر است:

- وقوع ناسازگاری میان منافع شخصی و مسئولیت حرفه‌ای فردی که در موقعیت اعتماد قرار گرفته است (۳).
- وضعیتی است که در آن یک فرد معقول (مثلاً یک بیمار) نتیجه می‌گیرد که تخصص و قضاوت یک حرفه‌مند (مانند یک دندان‌پزشک) تحت تأثیر منافع شخصی‌اش قرار گرفته و منافع بیمار را در اولویت دوم قرار داده است. در بسیاری از موارد، تعارض منافع رخ نمی‌دهد بلکه احتمال وقوع آن وجود دارد و صرفاً فرد در موقعیت تعارض منافع

قرار می‌گیرد؛ به عبارت دیگر این تأثیر همیشه تأثیری واقعی نیست، بلکه تا همین حد که در ذهن فرد معقول «احتمال تأثیر منافع شخصی حرفه‌مند بر قضاوت حرفه‌ای او» خطور کند، به منزله‌ی قرارگرفتن در موقعیت تعارض منافع است و این موضوع از آن جهت اهمیت دارد که قرارگرفتن در این موقعیت احتمال بروز سوءرفتاری حرفه‌ای را افزایش می‌دهد (۴).

- تعریف دیگری که دنیس تامسون<sup>۳</sup> ارائه کرده، این است که تعارض منافع مجموعه‌ی شرایطی است که در آن قضاوت حرفه‌ای راجع به یک منفعت اولیه (مانند رفاه بیمار یا اعتبار یک پژوهش) تمایل دارد که بی‌جهت و ناروا تحت تأثیر یک منفعت ثانویه (مانند بهره‌ی مالی) قرار گیرد (۵). این تعریف شامل سه جزء است:

۱. منفعت اولیه: شامل منافی که در تصمیم‌گیری‌های حرفه‌ای در درجه‌ی اول اهمیت قرار دارند؛ مثلاً در حوزه‌ی پژوهش، انجام یک پژوهش معتبر و در حوزه‌ی درمان، در نظر گرفتن مصالح و منافع بیمار و در حوزه‌ی آموزش، آموزش باکیفیت، به ترتیب منافع اولیه‌ی یک پژوهشگر، درمانگر یا استاد دانشگاه است.

۲. منفعت ثانویه: منافی هستند که نسبت به منافع اولیه کمتر اهمیت دارند. این منافع می‌توانند مالی یا غیرمالی (مانند پیشرفت شغلی یا ترجیح خانواده و دوستان و همکاران و...) باشد. منافع ثانویه هرچند در اکثریت موارد، منافع ارزشمندی هستند، ولی در مقام مقایسه با منافع اولیه از اهمیت کمتری برخوردار هستند؛ لذا نباید منافع اولیه را تحت تأثیر خود قرار دهند.

۳. تعارض: وجود تعارض به این معنی نیست که منفعت اولیه حتماً در معرض خطر است، بلکه به این معنی است که

1. Conflict of Interest
2. Edmund Plegrino

3. Deniss Thompson

استوار بوده که با بهره‌گیری از بیان موارد بالینی در حرفه‌ی دندانپزشکی در موضوعات پیش‌گفته به این مقوله‌ی مهم پرداخته است. لازم به ذکر است که استفاده از کلمه‌ی پزشک به معنای عام آن بوده و شامل دندانپزشک یا سایر حرفه‌مندان پزشکی نیز می‌شود.

#### روش کار

این مطالعه به‌صورت مروری در منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی انجام شده است. به این صورت که با استفاده از کلیدواژه‌های اخلاق پزشکی، تعارض منافع، خودارجاعی، سهم‌خواری، تسهیم درآمد، با اضافه‌کردن واژه‌ی Dentistry در سایت‌های Scopus, SID, Google, Pubmed, Irandoc, در دی‌ماه سال ۱۳۹۵ جست‌وجو شده است؛ همچنین جست‌وجوها مجدداً در آذرماه ۱۳۹۶ به‌روزرسانی شد. همچنین کتب اخلاق پزشکی و راهنماها و کدهای اخلاقی مختلف از جمله انجمن دندانپزشکی آمریکا، شورای دندانپزشکان عمومی انگلستان<sup>۷</sup>، فدراسیون جهانی دندانپزشکی<sup>۸</sup>، Code of Ethics Ontario و Code of Ethics Canada نیز بررسی شد.

#### یافته‌ها

##### بررسی نمونه‌های بالینی

نمونه‌ی بالینی ۱: دکتر الف به‌تازگی از دانشکده‌ی دندانپزشکی فارغ‌التحصیل شده و مطب خود را با استفاده از وام بانکی، در ساختمان دندانپزشکان افتتاح کرده است. او متوجه می‌شود که به ازای ارجاع هر بیمار، کلینیک رادیولوژی نزدیک ساختمان ۲۰٪ از مبلغ هر کلیشه را به دندانپزشک ارجاع‌دهنده پرداخت می‌کند. کلینیک مذکور نیز به همین منظور کارت‌هایی را تهیه کرده و با هدف ارجاع بیماران به دندانپزشک داده است تا از این طریق بتواند به آقای دکتر

احتمال آن وجود دارد که به منفعت ثانویه توجه بیشتری مبذول شود و منفعت اولیه تحت‌الشعاع آن قرار بگیرد (۶). به عبارت دیگر همان‌طور که سیگار احتمال ابتلا به سرطان ریه را افزایش می‌دهد، تعارض منافع نیز می‌تواند در موقعیت‌هایی، احتمال تصمیم‌گیری یا قضاوت‌های غیراخلاقی را افزایش دهد؛ بنابراین تمامی روابطی که در آن تعارض منافع وجود دارد، به تصمیم غیراخلاقی منجر نمی‌شود، اما محیطی را ایجاد می‌کند که تصمیم‌گیری یا قضاوت‌های غیراخلاقی در آن محتمل‌تر است (۷).

اصول حرفه‌ای حاکم بر دندانپزشکی، همانند سایر حرفه‌های حوزه‌ی سلامت بوده که در صورت بی‌توجهی شاغلان آن، ممکن است مورد خدشه قرار گیرد. در مواردی که منافع دندانپزشک و بیمار همسو نباشد و دندانپزشک از نابرابری‌های قدرت بین خود و بیمار و آسیب‌پذیری بیمار به سود خود بهره‌گیرد، تعارض منافع مصداق پیدا می‌کند (۸).

تعارض منافع ممکن است در حیطه‌های آموزش و پژوهش و درمان رخ دهد که دو موضوع اول هدف این مقاله نیستند. در حوزه‌ی درمان، تعارض منافع می‌تواند به صورت مختلف مالی و غیرمالی نمود یابد؛ ولی شایع‌ترین شکل آن تعارض منافع مالی<sup>۱</sup> است. از مصادیق تعارض منافع مالی می‌توان به نمونه‌های زیر اشاره نمود:

الف. سهم‌خواری<sup>۲</sup>

ب. خودارجاعی<sup>۳</sup>

ج. دریافت هدیه از بیمار و صنعت (۵).

درباره‌ی تعارض منافع کدها و دستورالعمل‌های اخلاقی متعددی وجود دارد که دندانپزشکان با عمل به آن‌ها می‌توانند از این سوءرفتار حرفه‌ای<sup>۴</sup> اجتناب کنند.

نوشتار حاضر بر اصول کلی تعارض منافع در درمان

5. Gain Sharing

6. American Dental Association (ADA)

7. General Dental Council (GDC)

8. World Dental Federation (FDI)

1. Financial

2. Fee Splitting

3. Self Referral

4. Misconduct

سهم‌خواری به‌عنوان «تجارت نادرست»<sup>۵</sup> نام برده شده است (۱۳). در ویرایش سال ۲۰۱۶ کد اخلاقی انجمن دندان‌پزشکی آمریکا نیز بیان شده است: «لابراتوار دندان‌پزشکی یا هر مؤسسه‌ی دیگر اجازه ندارد درصد مشخصی از درآمد حاصل از بیمار ارجاع‌داده‌شده را به‌عنوان کوپن<sup>۶</sup> به دندان‌پزشک ارجاع‌دهنده پرداخت کند؛ همچنین دندان‌پزشکی که به او ارجاع داده شده است در اعلام نظراتش نباید تعارض منافع داشته باشد» (۱۴).

کد اخلاقی شورای دندان‌پزشکان عمومی انگلستان هم بیان می‌کند: «دندان‌پزشکان از درخواست و پذیرش هرگونه پرداخت و هدیه و هاسپیتالیتی<sup>۷</sup> برای ارجاع خودداری کنند، به این دلیل که به شکل ظاهری یا واقعی قضاوت حرفه‌ای آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد» (۱۵).

برای مقابله با این سوءرفتار حرفه‌ای، قانون Anti-kickback در آمریکا وضع شد. این قانون «صنعت» را از پیشنهاد یا پرداخت حق‌الزحمه (اساساً هر چیز باارزشی) در ازای ارجاع، خریداری، تجویزکردن یا توصیه‌کردن منع می‌کند. تخلف از این قانون یک جرم کیفری است که به ازای هر تخلف تا ۲۵ هزار دلار جریمه‌ی نقدی و جریمه‌ی زندان تا حداکثر پنج سال و محرومیت از مشاغل خدمات مراقبتی دولتی برای آن در نظر گرفته شده است (۱۶).

در جمهوری اسلامی ایران نیز در ماده‌ی ۱۷ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته، مصوب سال ۱۳۷۳ آمده است: «شاغلان حرفه‌های پزشکی حق دریافت و پرداخت هرگونه وجهی را به هر عنوان بابت اعزام و معرفی بیماران به مطب و مؤسسات پزشکی ندارند» (۱۷)؛ اما در اصلاحیه‌ی این آیین‌نامه در سال ۱۳۸۳ متأسفانه ماده‌ی پیش‌گفته حذف شده

الف مبالغ لازم را پرداخت نماید.

### سهم‌خواری:

سهم‌خواری به معنی جبران مالی پزشک ارجاع‌دهنده‌ی بیمار، از سوی پزشک یا مؤسسه‌ای (آزمایشگاه، رادیولوژی، لابراتوار دندان‌سازی، داروخانه و...) است که بیمار به آن‌ها ارجاع داده شده است. به عبارت دیگر مؤسسه یا پزشکی که بیمار به آن‌ها ارجاع داده شده، بخشی از هزینه‌ی دریافتی از بیمار را به پزشک ارجاع‌دهنده می‌دهند. کیک‌بک<sup>۱</sup> یا دیکوتومی<sup>۲</sup> یا کمسیون<sup>۳</sup> اسامی دیگری است که به سهم‌خواری اشاره دارند (۹ و ۱۰).

لازم به ذکر است که در همه‌ی مواقع، جبران مالی به‌صورت نقدی نیست؛ بلکه می‌تواند شامل اعطای تخفیف یا دادن اعتبار، تأمین مالی برای خرید تجهیزات مطب، ارجاع متقابل بیمار و به عهده‌گرفتن اجاره‌ی مطب نیز باشد (۱۱). نمونه‌ی بالینی پیش‌گفته مصداق بارز سهم‌خواری است و خطای رخ داده این است که کسب درآمد مالی پزشک بر منفعت بیمار مقدم شده است.

در کدهای اخلاقی اولیه‌ی انجمن پزشکی آمریکا<sup>۴</sup> (سال ۱۸۴۷) به سهم‌خواری اشاره نشده (۱۲)؛ زیرا شروع پدیده‌ی سهم‌خواری در آمریکا بعد از دهه‌ی ۱۸۹۰ بوده است. در آن زمان پزشکان در ازای تجویز دارو و وسایل پزشکی برای بیماران، از داروفروش‌ها یا شرکت‌های تولیدکننده‌ی محصولات دارویی و تجهیزات پزشکی پول دریافت می‌کردند. بعد از سال ۱۹۹۰ این موضوع به گونه‌ی دیگر بین پزشکان عمومی رواج پیدا کرد و آن‌ها در ازای ارجاع بیمار به جراحان متخصص از آنان کمسیون دریافت می‌کردند؛ لذا در کدهای اخلاقی سال ۱۹۰۳ انجمن پزشکی آمریکا از

1. Kickback
2. Dichotomy
3. Commission
4. American Medical Association (AMA)

5. Improper commercial practice
6. Coupon
7. Hospitality

می‌شود (۲۱). در جریان این مداخلات تشخیصی و درمانی اضافی، از نظر بالینی سودی به بیمار نمی‌رسد و ارائه‌ی این خدمات غیرضروری نه‌تنها بیماران را در معرض آسیب‌های ایاتروژنیک<sup>۴</sup> و هزینه‌ی اضافی قرار می‌دهد، بلکه باعث هدررفتن منابع قابل دسترس برای دیگران می‌شود (۲۲).

یکی از نسخه‌های جدید و محبوب سوگندنامه‌های سبک بقراطی که در سال ۱۹۶۴ توسط Louis Lasagna بیان شده، حاوی این پیام است که «من به نفع بیمارم، از تحمیل تمامی اقدامات مانند درمان اضافه<sup>۵</sup> و درمان بیهوده<sup>۶</sup> اجتناب خواهم کرد» (۲).

انجمن پزشکی کانادا<sup>۷</sup> نیز پزشکان را از سرمایه‌گذاری در شرکت‌های دارویی و تعهدات مشابه در صورتی که در روش کار پزشک یا نسخه‌نویسی او تأثیر بگذارد، به‌طور جدی نهی کرده است (۲۳). برای مقابله با این سوءرفتار حرفه‌ای، قانون Stark در آمریکا در سال ۱۹۸۸ وضع شد که پزشکان را از ارجاع بیمار به جایی که برای آن‌ها یا اعضای خانواده‌شان منفعت دارد منع می‌کند. اصلاحیه‌ی سال ۲۰۰۸ این قانون، پزشکان را مجبور می‌کند در خصوص سهامشان در بیمارستان، برای بیمار شفاف‌سازی کنند؛ همچنین برای نقض‌کنندگان این قانون ۱۵ هزار دلار جریمه‌ی نقدی در نظر می‌گیرد (۲۴). قانون سلامت کانادا نیز پزشکان را از خودارجاعی منع کرده و موارد آن را در صورتی مجاز می‌داند که آشکارسازی انجام گرفته باشد (۲۵).

در کدهای اخلاقی Ontario کسب ۴۶ توانایی اصلی<sup>۸</sup> برای فارغ‌التحصیلی دانشجویان دندانپزشکی لازم دانسته شده که بسیاری از آن‌ها به‌کاربردن اصول اخلاقی در حرفه است

۳. انواع ترمیم‌های زیبایی: بلیچینگ، Recountoring، ونیر، لامینیت...

4. Iatrogenic
5. Over Treatment
6. Therapeutic Nihilism
7. Canadian Medical Association
8. Core Competemc

است و فقط در ماده‌ی ۱۴ آن به‌طور کلی ذکر شده که «جذب بیمار در صورتی که مخالف شئون پزشکی باشد... ممنوع است» (۱۸).

نمونه‌ی بالینی<sup>۲</sup>: دکتر ب یک جراح فک و صورت است و علاوه بر مطب شخصی، در یکی از بیمارستان‌های خصوصی نیز دارای سهام است. او بیماران مراجعه‌کننده به مطب خود را که به جراحی نیاز پیدا می‌کنند، برای بستری و عمل جراحی به بیمارستانی که خود در آن سهام دارد، ارجاع می‌دهد.

#### خودارجاعی:

اصطلاح خودارجاعی به معنی ارجاع بیمار به مؤسسه‌ای است که پزشک یا بستگان درجه اول او با آن مؤسسه ارتباط مالی دارند و به اصطلاح سرمایه‌گذاری<sup>۱</sup> انجام داده‌اند (۱)؛ البته خودارجاعی می‌تواند اشکال دیگری هم داشته باشد؛ مثلاً تهیه‌ی تجهیزات پزشکی و استفاده از آن‌ها در داخل مطب، مانند رادیولوژی پرتابل، دستگاه سونوگرافی یا اکوکاردیوگرافی و غیره. همچنین برنامه‌ریزی برای انجام ویزیت‌های مکرر غیرضروری بیماران نیز خودارجاعی محسوب می‌شود (۱۹۶).

وقتی درآمدهای دندانپزشک کاهش می‌یابد، در مواردی وی با تحمیل درمان اضافی به بیمار سعی دارد که این کاهش را جبران کند؛ مثلاً در یک جامعه که آب آن حاوی فلوراید است، دندانپزشکان برای جبران کاهش درمان‌های ترمیمی، درمان‌های دیگری را نیز به بیماران تحمیل می‌کنند (۲۰). به‌خصوص وقتی معیارهای تشخیص و درمان مؤثر واضح نباشد، در تصمیم‌های درمانی مانند تعویض بدون اندیکاسیون ترمیم آمالگام<sup>۲</sup> و انجام درمان‌های متعدد زیبایی<sup>۳</sup> تنوع ایجاد

#### 1. Investment

۲. اندیکاسیون تعویض ترمیم آمالگام: شرایط خاص سیستمیک، آلرژی، زیبایی

دهد» (۲۷). در کد اخلاقی انجمن پزشکان عمومی انگلستان<sup>۱</sup> نیز، پزشکان از قبول هر گونه وسیله‌ی تأثیرگذار و القاء‌کننده<sup>۲</sup> و هدیه که بر تجویز آنان اثرگذار باشد یا احتمال تأثیر آن وجود داشته باشد، منع شده‌اند (۲۸).

در مقالات نیز بر این نکته تأکید شده که انگیزه‌ی بیماران از دادن هدیه به پزشک نامشخص است. برخی اوقات بیماران با هدف تأثیرگذاری بر پزشک، اقدام به دادن هدیه می‌کنند که به دلیل خدشه وارد شدن بر تمامیت رابطه‌ی امانی پزشک و بیمار و استانداردهای مراقبت از بیمار، پذیرفتن آن توسط پزشک نادرست است (۲۹ و ۳۰). یک معیار در تعیین مناسب بودن پذیرش هدیه این است که پزشک مطمئن باشد که قضاوت حرفه‌ای او تحت تأثیر آن قرار نمی‌گیرد و چنانچه همکاران یا عموم جامعه از این امر اطلاع پیدا کنند، پزشک احساس ناراحتی نداشته باشد (۳۱).

نمونه‌ی بالینی ۴: دکتر د به میهمانی شام یک شرکت ایمپلنت دعوت می‌شود. علاوه بر صرف شام و استماع یک سخنرانی درباره‌ی ایمپلنت‌های دندان، پانصد هزار تومان هم برای حضور در سمینار به‌عنوان هدیه به او داده شده است.

#### دادن هدیه از طرف صنعت یا مؤسسه یا همکار:

بازاریابی و معرفی محصولات، بیشترین هزینه را برای شرکت‌های تولیدکننده‌ی تجهیزات پزشکی و دارو در بردارد؛ از این رو، شرکت‌ها روش‌های مختلفی را برای تبلیغات خود استفاده می‌کنند که یکی از آن‌ها دادن هدیه برای برقراری ارتباط با پزشک است (۶) که یکی از پرچالش‌ترین انواع تعارض منافع است و می‌تواند به شکل‌های مختلفی مانند هدایای نقدی یا غیرنقدی، اهدای نمونه محصولات دارویی یا تجهیزات پزشکی محصول شرکت و تقبل هزینه‌ی شرکت در سمینارهای علمی یا تفریحی به شرط تبلیغ محصول و کالا باشد. این هدایا ممکن است دندانپزشک را برای تجویز آن

(۲۶)؛ ولی در کدهای اخلاقی دندانپزشکی به صورت مجزا به موضوع خودارجاعی پرداخته نشده است.

در ایران ماده‌ی ۱۳ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی مصوب سال ۱۳۸۳ بیان می‌کند که «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 استفاده‌ی مادی توسط شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است» (۱۸).

نمونه‌ی بالینی ۳: بیماری که در دهان خود پوسیدگی‌های متعدد دارد، برای درمان‌های ترمیمی و پروتز به دندانپزشک ج مراجعه کرده است. بیمار از نحوه‌ی برخورد و درمان دندانپزشک بسیار راضی بوده؛ به همین دلیل در جلسات بعدی مراجعه‌ی خود، یک عدد شال‌گردن و خوراکی‌هایی را که در منزل تهیه کرده، به‌عنوان هدیه برای او می‌آورد.

#### هدیه‌دادن بیمار به پزشک:

بعضی از بیماران ممکن است به دلایل مختلف، مانند نیازهای سایکولوژیک، جلب توجه خاص از پزشک یا تضمین برخورداری از درمان ترجیحی بخواهند از طریق دادن هدایا یا پول نقد به خواسته‌ی خود برسند (۱). علی‌رغم رواج فراوان هدیه‌دادن در طبابت بالینی، در متون و کدهای اخلاقی موجود، به این موضوع بسیار کم پرداخته شده است و راهنمایی دقیق در خصوص تنظیم ملاک یا بهای ثابت در پذیرفتنی بودن یا نبودن هدیه‌ی بیمار وجود ندارد.

اگرچه در کدهای اخلاقی دندانپزشکی به موضوع هدیه‌دادن بیمار پرداخته نشده است، انجمن پزشکی آمریکا ذکر می‌کند: «هدایایی که بیماران به پزشکان اهدا می‌کنند اغلب نوعی ابراز قدردانی و نمک‌شناسی یا بازتابی از پیشینه‌ی فرهنگی است که می‌تواند رابطه‌ی پزشک و بیمار را ارتقاء

1. GMC
2. Inducement

محصول به بیماران، حتی در صورت عدم نیاز واقعی به آن مجبور کند (۳۲)؛ به عنوان مثال پزشک به جای استفاده از مواد استاندارد، از مواد تبلیغاتی کمپانی‌های مواد دندانپزشکی استفاده می‌کند و با این کار به بیمار ضرر وارد می‌کند. کدها و دستورالعمل‌های اخلاقی، در این خصوص حرفه‌مندان را راهنمایی کرده‌اند:

در راهنمای اخلاقی فدراسیون جهانی دندانپزشکی<sup>۱</sup> ذکر شده: «در صورتی که دریافت هدیه از صنایع توسط دندان‌پزشکان، آن‌ها را مجبور به استفاده از محصولات آن نماید، این اقدام برای حرفه مناسب نیست و نباید به ادعاهای صنعت در خصوص ایمنی و کارایی یک محصول اعتماد شود؛ مگر اینکه آن محصول استانداردهای لازم را در طی یک تحقیق علمی دریافت کرده باشد» (۳۳).

سایر راهنماهای اخلاقی توصیه می‌کنند پزشکان در محل کار بالینی خود با فروشندگان و ویزیتورهای دارو و وسایل پزشکی ملاقات نکنند؛ مگر اینکه آن ملاقات‌ها ثبت شود و خود پزشک دعوت را انجام داده باشد. همچنین از قبول مواد دارویی و وسایل پزشکی و بیوتکنولوژی خودداری کنند؛ مگر اینکه این پذیرش در موقعیت خاص و برای بیماری که دسترسی مالی خرید دارو را ندارد صورت گیرد (۶).

در نسخه‌ی جدید کدهای انجمن پزشکی آمریکا نیز این چنین بیان شده که اگر قبول هدایا و پرداخت‌های اضافی، احتمال اثرگذاری در قضاوت بالینی پزشک را افزایش دهد یا برای دیگران این‌طور به نظر برسد، نباید پذیرفته شود. پزشکان، تنها می‌توانند هدایایی را بپذیرند که برای بیمار منفعت داشته باشد و دارای ارزش مادی فراوانی نباشد (۲۷). انجمن پزشکی کانادا نیز تصریح می‌کند که پزشکان نباید هدایای شخصی را از صنایع دارویی قبول کنند (۲۶).

بحث

سهم‌خواری

اگر پزشک بیمار را برای انجام اقدامی به همکار یا مؤسسه‌ای ارجاع دهد، درحالی‌که این ارجاع براساس اعتقاد به مهارت آن همکار یا مؤسسه و به نفع بیمار نباشد، بلکه به دلیل کسب منافع شخصی صورت گرفته باشد، سهم‌خواری به وجود می‌آید. این منافع می‌تواند به صورت مالی و دریافت کمیسیون یا غیرمالی مانند اعطای امتیازی خاص باشد. در مواقع ارجاع بیمار توسط پزشک، بیمار با این تصور که پزشک مصلحت او را در نظر داشته است، انجام‌دادن آن را بر خود فرض می‌داند؛ ولی چنانچه پزشک در ازای ارجاعات خود به همکاران و یا مؤسسات ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت، از آنان وجوه مالی یا امتیازات غیرمالی دریافت کند، حتی اگر اصل ارجاع بیمار بر مبنای اصول و معیارهای پزشکی صورت گرفته باشد، بیمار احساس خواهد کرد که پزشک، او را وجه‌المصالحه‌ی رسیدن به منافع شخصی خود قرار داده و مصالح او در درجه‌ی بعدی اهمیت قرار گرفته است. این امر به عنصر اعتماد که سنگ بنای رابطه‌ی پزشک و بیمار است، آسیب می‌زند و از میزان اعتماد عموم مردم به جامعه‌ی پزشکی نیز می‌کاهد.

از طرف دیگر، سهم‌خواری ممکن است بر قضاوت حرفه‌ای پزشک تأثیر بگذارد و تبعاتی سوء مانند افزایش حجم ارجاعات بی‌مورد و تحمیل هزینه به بیمار و نظام سلامت را موجب شود؛ همچنین احتمال دارد بیمار را به تقبل هزینه‌های هنگفت و غیرضروری درمان وادار کند. افزون‌براین، سهم‌خواری ممکن است موجب کاهش کیفیت مراقبت و به خطر افتادن ایمنی و سلامتی بیمار نیز شود و در نتیجه حرفه‌ی پزشکی به جای اینکه مبنای علمی و قداست حرفه‌ای خود را حفظ کند، مسیر تجاری‌شدن و دادوستد را در پیش گیرد (۳۴ و ۳۵).

در نمونه‌ی بالینی اول دریافت پاداش مادی در ازای ارجاع بیمار، ممکن است بر قضاوت بالینی دندان‌پزشک تأثیر بگذارد و کسب منافع مادی، او را به انجام عملی که مغایر با منافع

## 1. FDI

بیمار است سوق دهد. مثلاً دندانپزشک ارجاع بی‌موردی را انجام دهد یا بیمار را به مرکزی که کیفیت لازم را ندارد معرفی نماید که در هر صورت عملی غیراخلاقی است؛ به همین دلیل در کدهای اخلاقی موجود، این عمل منع و خلاف شئونات پزشکی قلمداد شده است؛ برای نمونه می‌توان به کدهای اخلاقی شورای دندان‌پزشکان عمومی انگلستان و انجمن دندان‌پزشکی آمریکا که در بخش بررسی نمونه‌های بالینی ذکر شده، اشاره نمود (۱۵ و ۱۴). باید توجه داشت در صورتی که پزشک از مهارت و سطح بالای تکنیکی و مهارتی آن مرکز اطمینان داشته باشد، صرفاً برای راحتی و منفعت بیشتر بیمار، می‌تواند آن مؤسسه را برای انجام اقدامات مورد نظر به بیمار معرفی کند بدون اینکه از این ارجاع کمترین بهره‌ی مادی نصیب او شود.

#### خودارجاعی

خودارجاعی، ارجاع بیمار به مؤسسه‌ای است که خود پزشک یا نزدیکان او در آنجا منافع مادی دارند؛ مثلاً مالک یا سهامدار آنجا هستند. موافقان خودارجاعی مزایایی از جمله: سهولت و راحتی پزشک و بیمار، سرمایه‌گذاری پزشک در مناطق محروم و ارائه‌ی خدمت در این مناطق، ایجاد فضای رقابتی و در نهایت کاهش هزینه‌ها و افزایش کیفیت ارائه‌ی خدمات را از اثرات مثبت خودارجاعی برمی‌شمارند (۳۶ و ۳۷)؛ اما مطالعات نشان داده است که خودارجاعی با تأثیر بر قضاوت حرفه‌ای پزشک می‌تواند عوارض زیان‌باری را نیز به همراه داشته باشد. کسب منافع شخصی برای پزشک یا نزدیکان او، ممکن است موجب تحمیل اقدامات تشخیصی و درمانی غیرضروری و به تبع آن تحمیل هزینه‌های بی‌مورد به بیمار و نظام سلامت شود؛ خصوصاً در مواردی که بیمار از این ارجاعات غیرضروری آگاه شود، به بی‌اعتمادی او به پزشک می‌انجامد. در صورت بهره‌مندی مادی پزشک از ارجاع بیمار، حتی اگر انجام آن اقدامات برای بیمار ضرورت داشته باشد، تصور بیمار بر این است که پزشک منفعت خود را بر

منافع بیمار ترجیح داده است؛ از این رو ممکن است بیمار از پذیرش توصیه‌های پزشک سرباز زند. به‌طور کلی همه‌ی موارد پیش‌گفته، منجر به تضييع حقوق مادی و معنوی بیمار می‌شود (۳۴ و ۳۸).

در نمونه‌ی بالینی دوم سهامدار بودن جراح در بیمارستان خصوصی و انگیزه‌ی کسب منافع مادی بیشتر، ممکن است در قضاوت بالینی او تأثیر بگذارد و به انجام جراحی بی‌مورد یا ارجاع بیمار به مرکز درمانی بی‌کیفیت و فاقد امکانات و تجهیزات مناسب منجر شود؛ به همین دلیل در کدهای اخلاقی پزشکی موجود، این عمل غیراخلاقی و خلاف شئونات پزشکی قلمداد شده است. کدهای اخلاقی انجمن پزشکی کانادا و قانون سلامت کانادا نیز که در بخش بررسی نمونه‌های بالینی به آن‌ها اشاره شد، مؤید غیراخلاقی بودن خودارجاعی هستند (۲۳ و ۲۵).

البته گاهی در مواقع خاص می‌توان به این امر اقدام نمود؛ برای مثال چنانچه مصالح بیمار در ارجاع لحاظ شود، مؤسسه از کیفیت لازم برخوردار باشد، نفع پزشک برای بیمار آشکارسازی شود و بیمار بداند که مثلاً جراح در فلان مؤسسه منفععی دارد، جراح می‌تواند مؤسسه‌ی خود را نیز به‌عنوان یک گزینه در بین گزینه‌های موجود در معرض انتخاب بیمار قرار دهد.

#### هدیه‌دادن بیمار به پزشک

در اکثر موارد، هدف بیمار از اهدای هدیه قدردانی از پزشک و تقویت رابطه‌ی اعتمادآمیز با اوست. این کار در فرهنگ‌های مختلف شایع است (۳۹ و ۴۰). به‌طور کلی هدیه‌دادن باعث تحکیم رابطه‌ی صادقانه و دوستانه می‌شود؛ ولی گاهی بیمار برای درخواست انجام‌دادن کاری خارج از ضوابط، اقدام به هدیه‌دادن می‌کند (۳۰).

از آنجایی‌که در کدهای اخلاقی، قاعده‌ی مشخصی درباره‌ی پذیرش هدیه‌ی بیمار و حد بهای مادی آن وجود ندارد، پذیرفتن یا نپذیرفتن هدیه به صلاح‌دید شخص

چندانی ندارد و بیمار صرفاً با انگیزه‌ی قدردانی از پزشک قصد اهدای هدیه را دارد قبول آن منعی ندارد (۲۷). ذکر این نکته ضروری است که اگر پزشک به دلایلی مانند ارزش بالای هدیه یا احتمال وجود انگیزه‌ای غیر از قدردانی و تشکر نتواند هدیه را قبول کند، رد کردن هدیه‌ی بیمار باید به صورت محترمانه صورت گیرد؛ به این معنی که علت نپذیرفتن هدیه برای بیمار توضیح داده شود و از حسن نیت او و اینکه ارزش خدمات پزشک را می‌داند تشکر شود (۲۹).

همان‌طور که پیش از این گفته شد، در خصوص ارزش مادی هدیه معیار مشخصی وجود ندارد؛ اما یک راهکار مناسب برای ارزیابی و پذیرش یا رد هدیه آن است که دندانپزشک از خود سؤال کند که اگر افراد دیگر (بیماران دیگر یا همکاران) از پذیرش این هدیه مطلع شوند آیا برای او شرمندگی ایجاد نمی‌شود یا در مظان اتهام قرار نمی‌گیرد؛ مثلاً این شبهه پیش نمی‌آید که دندانپزشک به بیماری که هدیه داده است توجه بیشتری مبذول می‌دارد یا خدمات خاصی به او ارائه می‌کند؟ (۳۰).

در نمونه‌ی بالینی سوم، با توجه به اینکه هدیه‌های پیش‌گفته (شال‌گردن و خوراکی‌های خانگی) ارزش مادی چشمگیری ندارد و دادن هدیه بعد از ارائه‌ی خدمت بوده است، این احتمال که بیمار از دادن هدیه هدفی غیر از قدردانی و تشکر داشته باشد، خیلی ضعیف است و دندانپزشک را نیز در مظان اتهام قرار نمی‌دهد؛ لذا پذیرفتن هدیه توسط دندانپزشک بلا مانع است.

#### دادن هدیه از طرف صنعت یا مؤسسه یا همکار

همکاری حرفه‌مندان حوزه‌ی سلامت و صنعت منافع خوبی برای جامعه به همراه دارد. در واقع، پیشرفت علم پزشکی، هدف مشترک پزشکی و صنعت است؛ ولی این همکاری ممکن است باعث ورود انحطاط‌های اخلاقی در حرفه‌ی پزشکی شود. در موضوع اهدای هدایا از جانب صنایع به پزشکان، خود پزشکان معتقدند هدیه‌ی صنعت بر قضاوت

دندانپزشک بستگی دارد؛ البته باید شرط اثرناپذیری قضاوت بالینی از هدیه و رعایت شأن و قداست حرفه همواره مدنظر قرار گیرد. پذیرش هدیه از بیماری که هدف خاصی را از این اقدام خود دنبال می‌کند، ممکن است موجب انحراف پزشک از مسیر طبابت صحیح و روند ارائه‌ی خدمت به بیمار و عمل نکردن به تعهدات حرفه‌ای شود؛ به بیان دیگر، دریافت هدیه می‌تواند موجب شکل‌گیری رابطه‌ی شخصی یا خودمانی بین پزشک و بیمار شود و پزشک خود را ملزم به تبعیت از خواست غیرمتعارف و خارج از موازین بیمار بداند (۳۹-۴۱)؛ البته نپذیرفتن هدیه نیز خصوصاً اگر ارزش مادی آن ناچیز باشد، ممکن است بر روح و جسم بیمار صدمه وارد کند و موجب تضعیف رابطه‌ی پزشک و بیمار گردد (۴۲).

در هر صورت باید انگیزه و انتظارات احتمالی بیمار را مدنظر داشت؛ البته پیش از رفتار بعدی بیمار، پیش‌بینی پزشک در خصوص انگیزه‌ی بیمار مشکل است و احتمال اینکه برداشت پزشک از انگیزه‌ی بیمار با هدف واقعی بیمار متفاوت باشد، بسیار زیاد است (۴۳). در خصوص نحوه‌ی واکنش پزشک به هدیه‌ی بیمار، سه دیدگاه مطرح می‌شود:

الف. پزشک هرگز نباید هدیه‌ی بیمار را قبول کند؛ چون روی معیارهای مراقبت و رابطه‌ی امانی بین پزشک و بیمار تأثیر می‌گذارد و باعث ایجاد احساس وظیفه و انگیزه برای جبران در پزشک می‌شود؛

ب. پزشک همواره هدیه‌ی بیمار را قبول کند تا بیمار با استفاده از حق اتونومی خود بتواند حس قدردانی خود را ابراز کند؛ در این دیدگاه، علاوه بر تقویت‌شدن رابطه‌ی پزشک و بیمار، از رنجش خاطر بیمار نیز جلوگیری می‌شود؛

ج. پزشک در پذیرفتن یا نپذیرفتن هدیه، باید شرایط مختلف را در نظر بگیرد و بسته به آن‌ها تصمیم‌گیری کند. این شرایط شامل ارزش هدیه و انگیزه‌ی بیمار از دادن هدیه است. براساس کد اخلاقی انجمن پزشکی آمریکا، اگر پزشک به این نتیجه‌ی شخصی رسید که هدیه‌ی بیمار ارزش مادی

در نمونه‌ی بالینی چهارم، استماع سخنرانی علمی و شاید صرف شام که هدیه‌ای ناچیز است به لحاظ اخلاقی منعی ندارد؛ ولی قبول هدیه‌ی مالی به دلیل اینکه هدیه‌ای شایان توجه است و احتمال دارد دندان‌پزشک را به جبران لطف آن شرکت و تجویز ایمپلنت مورد نظر برای بیماران ملزم نماید، غیراخلاقی است؛ افزون‌براینکه قبول هدیه‌ی نقدی شأن پزشک را در حد قبول انعام یا چیزهایی شبیه به آن پایین می‌آورد. همچنین بدون انجام‌دادن کارآزمایی‌های بالینی، تشخیص درست یا غلط بودن اطلاعاتی که شرکت‌ها در خصوص محصولات خود می‌دهند، ممکن نیست. به‌طورکلی دندان‌پزشک نباید کاری را انجام دهد که به اعتماد میان او و بیمارش خدشه وارد شود. وجود تعارض منافع و اولویت‌دادن حرفه‌مند به منافع شخصی‌اش، موجب سلب اعتماد بیمار و جامعه به آن حرفه می‌شود؛ زیرا بیمار فکر می‌کند دندان‌پزشک منافع او را در نظر نداشته و منافع خودش را در درجه‌ی اول اهمیت قرار داده است.

#### نتیجه‌گیری

تنوع و مصادیق تعارض منافع دائماً در حال افزایش است. اهمیت تعارض منافع از این جهت است که می‌تواند به رابطه‌ی میان پزشک و بیمار و به تبع آن اعتماد بین آنان که مهم‌ترین جزء این رابطه است، آسیب بزند. بروز تعارض منافع و اولویت‌دادن دندان‌پزشکان به منافع شخصی خود و به‌دست‌آوردن پول و اعتبار بیشتر، در برابر وظایفی که به‌عنوان یک حرفه‌مند از آنان انتظار می‌رود، از جهات مختلف مغایر با اصول اخلاقی است؛ همچنین در این حالت، نه‌تنها سودی به بیمار نمی‌رسد، بلکه در ابعاد مادی و معنوی نیز متضرر خواهد شد. از طرفی عوارض این پدیده از مصادیق نقض عدالت نیز محسوب می‌شود؛ به‌خصوص اینکه منابع محدود سلامت به شکل غیرضروری به هدر می‌رود و استفاده از خدمات سلامت مختص افرادی می‌شود که بضاعت مالی دارند.

آنان اثر نمی‌گذارد (۴۲ و ۴۴)؛ ولی مطالعات انجام‌شده در این حوزه نشان می‌دهد که تعاملات بین پزشک و صنعت و دریافت هدیه هرچند کوچک، موجب تحت تأثیر قرار گرفتن قضاوت پزشک، نادیده‌گرفتن مصالح بیماران، ایجاد سوگیری و تغییر نگرش پزشک نسبت به تجویز داروها و محصولات صنایع برای بیماران می‌شود و این امر از نظر جامعه نامطلوب است (۴۱ و ۴۵). پزشکان در تجویزهای خود همواره باید بر حسب ضرورت اقدام کنند و استقلال و قضاوت حرفه‌ای و وفاداری به اصول علمی را سرلوحه‌ی تصمیمات درمانی خود قرار دهند (۴۶).

تقریباً همه‌ی پرونده‌های دندان‌پزشکی با مواد و تجهیزات سروکار دارند؛ بنابراین دندان‌پزشک باید در نظر داشته باشد که هدف اصلی برای شرکت‌های تجاری، کسب سود بیشتر است. از این‌رو شرکت‌های دارویی و تولیدکننده‌ی مواد دندان‌پزشکی، ایمپلنت، خمیردندان و غیره با برگزاری سمینار و تقبل هزینه‌های مربوط به شام و مسافرت و هدیه، انتظار دارند دندان‌پزشکان به تبلیغات آنان در جذب مشتری کمک کنند (۲۲).

با استناد به کدهای AMA درباره‌ی هدیه (۲۷) می‌توان استنباط کرد در صورتی که هدیه ارزش مالی فراوانی نداشته باشد و در روند تشخیص و درمان و قضاوت حرفه‌ای دندان‌پزشک اختلال و تعهدات خارج از موازین ایجاد نکند و پذیرش آن منفعتی برای بیماران داشته باشد، پذیرفتن آن بدون اشکال است.

در برخی مواقع، ارسال هدیه از جانب همکاران و در ازای انجام ارجاعات از سوی دندان‌پزشک صورت می‌گیرد. براساس راهنمای کالج سلطنتی دندان‌پزشکان جراح انتاریو، هر دندان‌پزشک باید خودش تصمیم بگیرد که آیا هدایای متخصصان بر الگوهای ارجاع او اثر می‌گذارد یا نه؟ بدون توجه به ارزش هدیه و انگیزه‌ای که در پس این هدایا وجود دارد، پذیرفتن آن برای دندان‌پزشک شایسته نیست (۴۷).

توجه به کسب درآمد و مزایای غیرمادی نباید در جایگاهی قرار گیرد که به شأن و جایگاه حرفه‌مند آسیب برساند و جایگزین خدمت‌رسانی به جامعه، صداقت، احترام فرد به خود و حرفه‌ی وی شود. هرچند در کدهای اخلاقی دندانپزشکی به صورت جامع به تعارض منافع پرداخته نشده و در این زمینه نیاز به تدوین کدهای اخلاقی جامع وجود دارد، حرفه‌مندان این رشته می‌توانند به کدهای مرتبط به پزشکی مراجعه کنند.

عدم توجه دندانپزشکان به مصادیق تعارض منافع معضل دیگری است که رسالت دانشکده‌ها را در آموزش صحیح و نهادینه‌کردن آن پررنگ می‌کند. آگاهی از دستورالعمل‌های موجود و آموزش مداوم کادر پزشکی از جمله دندانپزشکان، از راهکارهای کمک‌کننده در مقابله با تعارض منافع است.

## منابع

- 1- 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 [dissertation]. Tehran (Iran). Tehran University of Medical Sciences; 1393. [ in Persian]
- 2- Jones JW, McCullough LB. Intentional over-treatment: The unmentionable conflict-of-interest. *J Vasc Surg.* 2007; 46(3): 605-607.
- 3- Tuncay OC. Conflict of interest. *Orthod Craniofac Res.* 2003; 6(2): 73.
- 4- Anonymous. The Guidelines of the Royal College of Dental Surgeons of Ontario contain. <http://goo.gl/7IrNTj>(accessed on: 2017).
- 5- Thompson DF. Sounding board: Understanding financial conflict of interest. *N Engl J Med.* 1993; 329: 573-576.
- 6- Bernard Lo, Marilyn JF. Conflict of interest in medical research education and practice. Washington DC: The national academies press; 2009.
- 7- Crigger NJ. Towards understanding the nature of conflict of interest and its application to the discipline of nursing. *Nurs Philos.* 2009; 10: 253-262.
- 8- Hasegawa TK. I Just Can't Bear to See Him Anymore: Ethical Dilemma. *Texas Dental Journal.* 1995; 112(10): 69-72.
- 9- Parsa M, Larijani B, Aramesh K, et al. Fee Splitting among General Practitioners: A Cross-Sectional Study in Iran. *Arch Iran Med.* 2016; 19(12): 861-865.
- 10- Hannah HW. Fee splitting, kickbacks, rebates, and commissions. *J Am Vet Med Assoc.* 1998; 212(7): 966-967.
- 11- Zahedi F, Larijani B. Gain sharing and medical ethics. *Journal of diabetes and metabolic disorders.* 1385, 6(1): 1-8. [ in Persian]
- 12- Anonymous. Code of ethics of the American Medical Association. <http://goo.gl/bNbZnB> (accessed on: 2017).
- 13- Rodwin MA. *Medicine, Money, and Morals: Physicians' Conflicts of Interest.* New York: Oxford university press; 1993.
- 14- Anonymous. ADA Code of ethics. <http://goo.gl/va1hlL>(accessed on: 2016).
- 15- Anonymous. GDC Code of ethics. <https://www.gdc-uk.org/professionals/standards/team> (accessed on 2017).
- 16- Office of Inspector General, HHS. Medicare and state health care programs: fraud and abuse; electronic health records safe harbor under the anti-kickback statute. Final rule. *Fed Regist.* 2013; 78(249): 79201-79220.
- 17- Anonymous. [Paygah etelaesani pezeshtkan Iran]. <http://www.irteb.com/tarefaghanoon/entezami.html>(accessed on: 2017). [ in Persian]
- 18- Anonymous. [Sazman nezam pezeshtki jomhori eslami iran]. <http://goo.gl/EeGF9u>(accessed on: 2017). [in Persian]
- 19- Anonymous. Standards Respecting Conflict of Interest. <http://goo.gl/sjwk8S>(accessed on: 2017).
- 20- Grembowski D, Fiset L, Milgrom P, Conrad D, Spadafora A. Does fluoridation reduce the use of dental services among adults?. *Med Care.* 1997; 35: 454-471.
- 21- Hartshorne J, Hasegawa TK Jr. Overservicing in dental practice-ethical perspectives. *SADJ.* 2003; 58(9): 364-369.
- 22- Christensen GJ. I have had enough!. *J Esthet Restor Dent.* 2004; 16(2): 83-86.
- 23- Anonymous. Guidelines for Physicians in Interactions with Industry. <http://goo.gl/yDpS9e>, 2007.
- 24- Anonymous. Stark\_Law. <http://goo.gl/3GfdE7>, 2016.
- 25- Beck K. Approaches to regulating self-referral in Canada. *Health Law Can.* 2013; 34(2): 33-44.
- 26- Schwartz B, Banting D, Stitt L. Perceptions about conflicts of interest: an Ontario survey of dentists' opinions. *J Dent Educ.* 2007; 71(12): 1540-1548.
- 27- Anonymous. AMA Conflict of Interest Policy. <http://goo.gl/4zsXA3>, 1999.
- 28- Anonymous. GMC Code of ethics. <http://goo.gl/u1sAkm>, 2013.
- 29- Caddell A, Hazelton L.

- Accepting gifts from patients. *Can Fam Physician*. 2013; 59(12): 1259-1260.
- 30- Larijani B, Mobasher M. Do you accept patients' gifts?. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2010; 3(2): 64-68. [in Persian]
- 31- Parsa M, Aramesh K, Nedjat S, Kand MJ, Larijani B. Informal Payments for Health Care in Iran: Results of a Qualitative Study. *Iran J Public Health*. 2015; 44(1): 79-88.
- 32- Day L. Industry gifts to healthcare providers: Are the concerns serious?. *Am J Crit Care*. 2006; 15(5): 510- 513.
- 33- Anonymous. *FDI Dental Ethics Manual*. <http://goo.gl/qTwxDK>, 2007.
- 34- Agich G, Forster H. Conflicts of interest and management in managed care. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2000; 9(2): 189-204.
- 35- Mehra N, Samavati pirooz A, Abbasi M. [Jorm engari sahmkhari dar hoghoghe jazaye pezeshki]. *Iranian Journal of Medical Law*. 1389; 4(14): 85-71. [ in Persian]
- 36- Kouri BE, Parsons RG, Alpert HR. Physician self-referral for diagnostic imaging: Review of the empiric literature. *Am J Roentgenol*. 2002; 179: 843-850.
- 37- Zientek D. Physician entrepreneurs, self-referral, and conflict of interest: An overview. *H E C Forum*. 2003; 15(2): 111-133.
- 38- Wilkinson P. Self referral: A potential conflict of interest. *BMJ*. 1993; 306(6885): 1083-1084.
- 39- Drew J, Stoeckle JD, Billings JA. Tips, status and sacrifice: Gift giving in the doctor-patient relationship. *Soc Sci Med*. 1983; 17(7): 399-404.
- 40- Hasegawa TK Jr, Matthews M Jr. The specialist's gift. Response to Ethical Dilemma. *Tex Dent J*. 2001; 118(1): 84-87.
- 41- Schwartz B. Receiving gifts: A conflict of interest discussion. *J Can Dent Assoc*. 2005; 71(8): 561-562.
- 42- Coyle SL. Physician-industry relations (Part 1: individual physicians). *Ann Intern Med*. 2002; 136(5): 396- 402.
- 43- Gauferg E. Sould physicians accept gifts from patients?. *Am Fam Physician*. 2007;76(3): 437-438.
- 44- Mayniham R. Who pays for pizza?: Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1: Entanglement. *BMJ* . 2003; 326 (7400): 1189-1192.
- 45- Dana J, Loewenstein G. A social science perspective on gifts to physicians from industry. *JAMA*. 2003; 290(2): 252-255.
- 46- Day L. Industry gifts to healthcare providers: Are the concerns serious?. *Am J Crit Care*. 2006; 15(5): 510- 513.
- 47- Anonymous. *Royal College of Dental Surgeons of Ontario (RCDSO)*. <http://goo.gl/8tWv4j>, 2010.

## Conflict of Interest in Dentistry

Mojtaba Parsa<sup>1</sup>, Azam Khorshidian<sup>\*2</sup>

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Medical Ethics, Faculty of Medicine, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Medical Ethics PhD Candidate, Department of Medical Ethics, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

### Abstract

The emergence of different types of economic relations and the desire of professionals to earn more income has led to new challenges such as conflicts of interest in the dental profession. The community expects dentists to prioritize the health and the interests of their patients in their professional activities. In this regard, one of the most important dilemmas is the confrontation between the professional duties of dentists and their profit. Business goals being preferred rather than providing specialized knowledge services by dentist is a major concern, which can lead to patients' distrust. Fee splitting, Self-referral, receiving gifts from the patient and industrial companies are among the most significant type of conflicts of interest in the profession, which are discussed in this article in the form of four clinical cases.

**Keywords:** Ethics, dentistry, conflict of interest, self-referral, fee splitting, gain sharing

---

<sup>\*</sup> Corresponding Author: Email: [Khorshidian\\_a@yahoo.com](mailto:Khorshidian_a@yahoo.com)