

آیا ایجاد بخش‌های ویژه افراد مهم (VIP) در بیمارستان‌های دولتی، طرحی اخلاقی است؟

زهره رحیمی^۱، افشین فرهانچی^{۲*}

دیدگاه

چکیده

با توجه به ابلاغیه‌ی سال ۱۳۹۰ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبنی بر اختصاص ۱۰ درصد تخت‌های بیمارستان‌های دولتی به افراد خیلی مهم (VIP) و خیر گسترش تدریجی این تخت‌ها در کشور، این موضوع در مراکز دولتی اهمیت خاصی پیدا کرده است و لازم است پیامدهای مختلف این پدیده به‌دقت مورد بررسی قرار گیرد. بخش‌های ویژه‌ی افراد خیلی مهم به معنای بخش‌هایی است که افراد با توانایی مالی خاص می‌توانند در آن از خدمات سلامت ویژه‌ای بهره‌مند شوند. در این مطالعه بعد از بررسی سیستماتیک این امتیاز ارائه شده به افراد خیلی مهم، ارائه‌ی این خدمات از سه منظر اقتصادی، مدیریتی و اخلاقی مورد بررسی قرار گرفته است. در هر یک از ابعاد مذکور ارائه‌ی خدمات ویژه می‌تواند دارای فواید و مضراتی باشد که مطابق با شرایط درونی و برونی هر سیستمی در حوزه‌ی سلامت می‌توان برای استقرار یا ممانعت از راه‌اندازی آن تصمیم‌گیری کرد. حال که با توجه به شرایط حاکم در عرصه‌ی سلامت لزوم راه‌اندازی بخش‌های افراد خیلی مهم حتی به‌عنوان راه حلی کوتاه‌مدت و رفع بحران احساس شده و توصیه می‌شود، باید این مهم همراه با راهکارهایی برای هر چه اخلاقی‌تر کردن این فرایند از جمله اعمال محدودیت در ارائه‌ی این خدمات در بخش‌ها، توجه به بافت فرهنگی و اجتماعی منطقه، پایش‌های دوره‌ای، واقعی کردن تعرفه‌ها و مواردی دیگر باشد.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، افراد خیلی مهم، بخش ویژه، خدمات نظام سلامت، بیمارستان دولتی

^۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی و پژوهشگر حوزه‌ی اخلاق و سلامت

^۲ استادیار، دانشگاه علوم پزشکی همدان

* نشانی: همدان، خیابان میرزاده عشقی، روبروی بنیاد شهید، ساختمان مروارید، واحد ۱۰، تلفن: ۰۹۱۸۱۱۱۰۵۹

Email: afarhanchi1970@yahoo.com

مقدمه

اصطلاح VIP (Very Important Person) به معنای افراد خیلی مهم است. در مراسم، جشنواره‌ها، فرودگاه‌ها و مسابقات ورزشی معمول است که گاه جایگاه مخصوصی را برای اشخاص صاحب منصب در نظر می‌گیرند تا از آن‌ها پذیرایی ویژه‌ای به عمل آید که به آن، بخش ویژه یا جایگاه ویژه گفته می‌شود. در برخی اماکن نیز یک بخش ویژه برای هر فردی که مایل باشد هزینه‌ی آن را بپذیرد قابل دسترسی است. به‌طور مثال، جایگاه ویژه در سینماها (لژ). معمولاً مشاهیر ورزشی، هنری، استانداران، کارفرمایان، سیاست‌مداران، حقوق‌دان‌های برجسته، افراد پولدار یا هرکس دیگری که به دلایلی مهم شده است، در این دسته جای می‌گیرند. مرحله‌ای بالاتر از این مفهوم VVIP است که به معنای افراد خیلی خیلی مهم است (۱). برای واژه (Very Important Person (VIP)) معادل مناسبی در فارسی طراحی نشده است و تقریباً در تمامی مکان‌ها از این واژه به صورت انگلیسی آن استفاده می‌شود. گرچه نگارندگان پیشنهاد می‌کنند برابر نهاد فخیم (فرد خیلی مهم) به جای واژه انگلیسی VIP به کار رود. این واژه علاوه بر این به معنی بزرگوار و گرامی نیز است (۲).

مفهوم VIP پدیده‌ی نوظهوری نیست. در قدیم در کاروانسراها حجره‌های زیادی وجود داشت که هر کدام را به کسی اختصاص می‌دادند. یک حجره‌ی بزرگ در وسط و روبه‌روی در ورودی کاروانسرا وجود داشت که به آن شاه نشین می‌گفتند. این اصطلاح در تکیه‌ها هم به کار می‌رفت. اتاق مخصوص شاه در طبقه‌ی دوم تکیه‌ی دولت، ارتفاع بیش‌تر و سردر و سقف بلندتری داشت و با پرده‌ی توری سیاهی پوشیده می‌شد. این مکان در حمام‌ها و بازارها و مساجد نیز وجود داشت (۳). با این تفاوت که در ابتدا تنها خاندان مستقیم یا وابسته به شاه امکان استفاده از این مناطق را

داشتند. فرهنگ تشریفاتی و آداب‌مدارانه‌ی خانواده‌های سلطنتی، ایشان را از برخی رفتارها و فعالیت‌ها در ملا عام و در حضور مردم عادی ممنوع می‌کرده است. لذا مکان‌های اختصاصی جهت رفع این نیازها، تا حد امکان در دربار و در موارد نادری چون کاروانسراها در خارج از محوطه‌ی تاج و تخت برپا می‌شده است.

در ایران قدیم، بیمارستان‌ها غالباً از طریق موقوفات فراوانی که بیش‌تر از سوی مؤسسان آن‌ها وقف می‌شد یا اموالی که امیران و وزیران و ثروتمندان می‌بخشیدند یا در وصیت‌نامه‌ی خویش سهمی برای آن‌ها مقرر می‌کردند، اداره می‌شد. بیمارستان‌های عهد سلجوقیان آنطولی را می‌توان به چهار دسته تقسیم کرد: بیمارستان‌های سیار که در سپاه بودند، بیمارستان‌های کاروانسراها، بیمارستان‌های سلطنتی و بیمارستان‌های عمومی (۴). اما به‌نظر نمی‌آید به‌جز خاندان سلطنتی شرایط ویژه‌ای برای دیگر گروه‌های اجتماعی یا شغلی موجود بوده باشد. سابقه‌ی شکل‌گیری مراکز درمانی بر اساس بیماری و نوع خدمات در بیمارستان‌های اولیه ایران نیز مشاهده می‌شود (۵).

در خارج از ایران، در حدود یک‌قرن پس از میلاد، بیمارستان‌های نظامی روم ساخته شدند که مختص گلابدیا‌تورها و برده‌ها بود و پزشکان برای معالجه‌ی بیماران عادی به خانه‌ها می‌رفتند. پس از سال ۴۰۰ میلادی، بسیاری از صومعه‌ها با امکانات رفاهی برای مسافران، فقرا و بیماران ساخته شدند. افرادی از جمله فلورانس نایتینگل، پیشگام طرح اتاق با هوای تازه و نور روز شدند. این طرح‌ها موجبات چندبخشی شدن بیمارستان‌ها را فراهم کرد. در قرن هفدهم در کبک کانادا هتل دایو (خانه‌ی خدا) در دو طبقه‌ی مجزا بر اساس تفکیک جنسیت خدمت ارائه می‌داد.

در قرن هجدهم، پرداخت بیش‌تر پول برای برخورداری از تسهیلات خاص در بیمارستان‌ها رسم شد. به مرور در

نوزاد، حمام‌های آب گرم مدرن و اجازهای اقامت همسر بیش از حد مقرر اشاره کرد. از جمله سرویس‌های VIP عمومی می‌توان به شرح آخرین متدها، آزادی در انتخاب پزشک یا جراح، تعیین نوبت فوری جهت ویزیت و معاینه‌ی اولیه، هماهنگی و پذیرش فوری به منظور انجام آزمایش‌ها و تشخیص‌های پاراکلینیکی، ویزیت مجدد توسط متخصصان، خدمات اضطراری هلیکوپتر، دسترسی آسان به پزشک از طریق منزل شخصی، شماره تلفن، آدرس ایمیل و ارسال پیام‌های متنی در هر ساعت از شبانه‌روز و تضمین حضور پزشک در تمامی لحظات مورد درخواست اشاره کرد. اجازهای حمل موبایل، اقامت در اتاق‌های مجلل با امکانات سمعی و بصری ویژه همراه سونا و جکوزی و استفاده از ظروف لوکس برای وعده‌های غذایی از دیگر خدمات ویژه است (۹، ۸). در بخش‌های عادی نیز در نظر گرفتن جای بهتر در بخش، سکوت بیشتر، انتقال به پاراکلینیک با یک پرستار یا پزشک، ایستادن بیش‌تر کنار تخت از کارهایی است که به‌طور معمول در مراکز بهداشتی و درمانی برای مهم‌ترها انجام می‌دهند. با این حال، بسیاری از اعضای تیم درمانی بر این اعتقادند که افراد خیلی مهم بیماران با وضعیت وخیم‌تر و اورژانسی‌تر را شامل می‌شوند و غیر از عوامل پزشکی و نیازهای سلامت هیچ‌گزینه‌ی دیگری خدمات را ویژه نخواهد کرد.

اکنون با توجه به ابلاغ سال ۱۳۹۰ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مبنی بر اختصاص ۱۰ درصد تخت‌های بیمارستانی خود به تخت‌های VIP و خبر گسترش تدریجی این تخت‌ها، بررسی موضوع VIP در مراکز دولتی اهمیتی ویژه را می‌طلبد (۱۰). از سوی دیگر، اشارات و توصیه‌های کارشناسان و صاحب‌نظران در محافل رسمی و غیر رسمی بر لزوم راه‌اندازی تخت‌های VIP بحث و بررسی چنین طرحی را از منظرهای مختلف خصوصاً منظر اخلاقی برای دست‌اندرکاران این حوزه یادآور می‌شود (۱۲).

بیمارستان‌ها طبقات مجزایی برای ارائه‌ی خدمات خصوصی ساخته شد. در کنار آن شکل دیگری از ارائه‌ی خدمات خصوصی برای بیماران عفونی، آلوده و روانی نیز پدید آمد. در ادامه، خدمات بهداشتی به دو بخش ویژه اغنیا و فقرا تقسیم شد. این روند موجب شد به آرامی برداشت و درک از بیمارستان‌ها به‌عنوان مکان‌های نزدیک به مرگ تغییر یابد (۶).

به مرور افزایش امکانات خدماتی و رفاهی در مراکز درمانی به حدی چشمگیر شدند که امروزه برخی از اتاق‌های خصوصی را می‌توان با اتاق‌های گرانقیمت هتل‌های مجلل مقایسه کرد که تمایل برای استفاده از این اتاق‌ها رو به افزایش است (۶).

در حوزه‌ی بهداشت و درمان اصطلاح VIP در مفاهیم متفاوت دیگری نیز به‌کار می‌رود؛ از آن جمله می‌توان به VIP در معنای شریک خیلی مهم (P : PARTNER) اشاره کرد. به این معنا که در لحظه‌ی ورود مراجعان به مراکز بهداشتی و درمانی فرم مخصوصی تکمیل می‌شود و مراجعه‌کننده فرد مهمی را از طرف خود به بیمارستان معرفی می‌کند که نقش وی تأمین حمایت روانی و هیجانی و امر آموزشی و مراقبتی است.

مفهوم دیگری از VIP ارائه‌ی خدمات به بیماران وفادار به یک بیمارستان به منظور تشویق این مشتریان است. برخی از مراکز اقدام به ارائه‌ی تسهیلات و امکاناتی ویژه به بیماران می‌کنند، به این دلیل که این افراد در دفعات مختلف و مکرر مرکز مربوطه را برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی انتخاب کرده‌اند (۷).

در برخی مراکز بهداشتی و درمانی نیز با افزودن مبلغی بر هزینه‌های بیمار، امتیازات خاصی تحت عنوان خدمات درمانی را شامل حال وی می‌کنند که به نوعی از خدمات VIP محسوب می‌شود (۸). از جمله خدمات ویژه به‌طور مثال در حوزه‌ی تخصصی مامایی می‌توان به ارائه‌ی یک عکس سونوگرافی جنین در هر ویزیت، ماساژهای دوره‌ای، برگزاری مراسم تولد نوزاد، مهد کودک خصوصی برای مراقبت از

نگاه اقتصادی - مدیریتی به VIP در سیستم بهداشت

و درمان

مراقبت‌های بهداشتی - درمانی یکی از نیازهای اساسی بشر شناخته شده است و به بهداشت و درمان به عنوان یک مسأله‌ی اجتماعی توجه می‌شود. اکثر صاحب‌نظران معتقدند که با توجه به تأثیر بهداشت و درمان بر روی سلامت افراد جامعه و با توجه به تأثیر متقابل بین رشد و توسعه‌ی اقتصاد بهداشت و درمان، تخصیص بهینه‌ی منابع به این‌گونه خدمات از اهمیت و ضرورت خاصی برخوردار است (۱۱).

نابرابری درآمدی شدید نشان‌دهنده‌ی کاهش درآمد در دسترس اکثر افراد جامعه است که تأثیر منفی بر سلامت دارد. علاوه بر این، وجود نابرابری در جامعه موجب افزایش احساس محرومیت نسبی افراد شده و سلامت روانی جامعه را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲).

سرمایه‌گذاری در بهداشت در کنار سرمایه‌ی فیزیکی و نیروی کار می‌تواند تأثیر مثبت و معنی‌داری بر سطح رشد اقتصادی در کشور ایران داشته باشند. امروزه، یکی از مشکلات بخش سلامت مسأله‌ی کمبود منابع و کسری بودجه‌ی سالیانه است که بدون شک نیازمند کنترل مؤثر هزینه و فرایندهای ارائه‌ی خدمت است. در کشور ایران، افزایش جمعیت در سال‌های اخیر و تغییر ترکیب جمعیتی کشور در سال‌های آینده، باعث افزایش تقاضا برای خدمات بهداشت و درمان شده و بالطبع این امر باعث کسری بودجه‌ی دولت در بخش بهداشت و درمان خواهد شد (۱۳).

در حال حاضر، بیش از ۶۰ درصد از هزینه‌های درمان از جیب مردم پرداخت می‌شود، به طوری که خانواده‌های زیادی هستند که با یک‌بار پرداخت هزینه‌ی بستری و جراحی، به زیر خط فقر سقوط می‌کنند. آمارها نشان می‌دهد ۳/۵ تا ۴/۵ درصد مردم کشور در این وضعیت قرار می‌گیرند (۱۴).

با وجود دخالت سایر عوامل بر سلامت، بالا بودن ضریب همبستگی و ضریب تعیین رابطه‌ی نابرابری درآمدی و

سلامت، تأثیرگذاری شرایط جامعه به لحاظ چگونگی توزیع درآمد و نیز سیاست‌های بازتوزیعی دولت در زمینه‌ی فراهم کردن کالاهای عمومی نظیر بهداشت و آموزش را نشان می‌دهد. بنابراین، دولت به‌عنوان نهاد سیاست‌گذار می‌تواند زمینه‌های مناسب برای ارتقاء سلامت افراد جامعه را فراهم آورد (۱۵، ۱۲).

بیمارستان به‌عنوان یکی از نهادهای مهم ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی و درمانی است که با امکانات خود نقش مهمی را در بازگشت سلامت جسمی و روانی افراد بیمار جامعه و هم‌چنین تحقیقات پزشکی و آموزش برعهده دارد (۱۶).

با دید اقتصادی به پدیده‌ی VIP تأیید خواهیم کرد که عبارت افراد خیلی مهم اصولاً یک مفهوم اقتصادی است. تعیین افراد خیلی مهم بر اساس مرجعیت، ثروت، قدرت، شهرت و موارد دیگر در صورت استفاده از معیار کمی می‌تواند مشخص و دقیق شود. در حوزه‌ی اقتصادی نقش درآمدزایی افراد به نوعی شاخص مهم بودن است. از منظر اقتصادی بررسی درستی یا نادرستی طرح خدمات ویژه در مراکز دولتی نیاز به مرور جایگاه و نقش دولت دارد. از نگاه اقتصادی حداقل جایگاه دولت ایفای سه نقش زیر است (۱۷): دولت باید به‌عنوان برقرارکننده‌ی کارایی در اقتصاد (کاهش و کنترل پیامدهای خارجی، ارائه‌ی کالاهای عمومی، مقابله با انحصار) با قوانین ضد تراست و تأمین کالای ضروری تخصیص‌ناپذیر ایفای نقش کند. ایجاد برابری (توزیع عادلانه‌ی ثروت و درآمد) با طرح‌های یارانه و مالیاتی نقش دوم دولت‌هاست و در نهایت ایجاد ثبات اقتصادی (کنترل تورم و بیکاری) وظیفه‌ی دیگر دولت در یک نگاه حداقلی است. که در هیچ یک از سه مورد بالا سودآوری وظیفه‌ی دولت نیست.

در زمینه‌ی هزینه‌ی راه‌اندازی VIP به‌طور مثال در بیمارستان سینا با ۲۰ تخت بستری در حدود ۲۵۰ میلیون

است. با توجه به محدودیت منابع در بخش بهداشت و درمان و با توجه به این که بنا به نظر کارشناسان ذی ربط در سال مطالعه، هزینه ساخت و تجهیز یک بیمارستان به ازای هر تخت حدود چهارصد میلیون ریال است، متأسفانه، بیش تر تخت‌ها در بیمارستان‌های مورد مطالعه هم‌چنان بلااستفاده باقی مانده است و این امر از استفاده نامطلوب از منابع بیمارستانی حکایت دارد. نامطلوب بودن وضعیت میزان اشغال تخت و سایر شاخص‌های عملکردی در بیمارستان‌های مورد مطالعه نشان می‌دهد حتی از منابع مورد استفاده در بیمارستان‌ها هم استفاده بهینه صورت نمی‌گیرد و مدیران و برنامه‌ریزان توجه اساسی به شاخص‌های عملکردی مراکز درمانی و در نهایت کاهش هزینه‌ها و هدایت بیمارستان‌ها به سمت نقطه‌ی سر به سری ندارد (۱۱).

بالا بودن میزان هزینه‌ی تخت روز بستری و متوسط اقامت بیماران بستری و متوسط وقفه در چرخش اشغال تخت و پایین بودن شاخص‌های درصد اشغال تخت و گردش تخت در برخی بیمارستان‌ها، نشان‌دهنده‌ی عدم کارایی و اثربخشی و در نهایت استفاده نامطلوب از منابع در این بیمارستان‌هاست. با توجه به بالا بودن میزان هزینه‌ی تخت روز بستری و نامطلوب بودن شاخص‌های عملکردی و پایین بودن کارایی و اثربخشی، لازم است مدیران و مسؤولان نسبت به شناسایی عوامل مؤثر بر افزایش سرسام‌آور هزینه و کاهش عملکرد در بیمارستان‌ها در راستای ارتقای بهره‌وری تلاش بیشتری کنند (۱۱).

ایجاد یک سیستم دقیق مالی در اداره‌ی امور بیمارستان‌ها که ضمن آشکار کردن توافقی شکاف‌های موجود بین میزان درآمد و هزینه‌ی هر واحد بیمارستانی، تذکرات مدیریتی را نیز به همراه خواهد داشت می‌تواند موجب بهبود راهکارهای مدیریت در واحدهای بیمارستانی شود. تعیین یک معیار ملی در مورد هزینه‌ی تخت روز و شاخص‌های عملکردی که با توجه به آن بتوان کارایی بیمارستان‌ها را سنجید توصیه

تومان (در سال ۱۳۹۰) هزینه در برداشته است. تعرفه‌ی بستری در بخش VIP چهار برابر تعرفه‌ی دولتی و یک‌سوم تعرفه‌ی خصوصی است.

باید توجه داشت که تکنیک‌های اقتصاد بیمارستان به منظور کسب سود طراحی و به‌کار گرفته نمی‌شوند، بلکه فلسفه‌ی کاربرد تکنیک‌های اقتصاد بیمارستان تضمین بخش مهمی از برقراری عدالت اجتماعی، توزیع منطقی و عادلانه‌ی منابع بیمارستانی، حفظ کامل اثربخشی خدمات، در اولویت قرار دادن قشر آسیب‌پذیر و نیازمند جامعه است. در این راستا اگر کارایی منابع مورد استفاده در حداکثر خود تجلی نکند ولی شاخص‌های سلامت نشان‌دهنده‌ی افزایش اثربخشی خدمات و ارتقای سلامت افراد جامعه به‌ویژه سلامت اقشار نیازمند باشد بیش‌تر قابل قبول است تا کارایی منابع و سودهای ناشی از آن که منحصراً تضمین‌کننده‌ی سلامت سرمایه‌گذاران باشد و به تأمین سلامت کل افراد جامعه منجر نشود. بررسی و تحلیل کارایی در استفاده از منابع و تخت‌های بیمارستانی به منظور افزایش ضریب اشغال تخت و کنترل هزینه‌ها و جلوگیری از به هدر رفتن سرمایه‌های موجود از نظر اقتصادی از اهمیت زیادی برخوردار است (۱۶).

می‌توانیم نگاهی مدیریتی نیز به VIP داشته باشیم. در راستای ارتقای سلامت جامعه با رویکرد ممانعت از احساس محرومیت و رعایت عدالت، طرح بهره‌گیری از روش‌هایی چون اختصاص درصدی از تخت‌های مراکز دولتی به متقاضیان ویژه در شرایطی قابل توجه اخلاقی است که پیش‌تر از مدیریت مطلوب و کارآمد این سیستم‌ها برای پیشگیری از هرگونه هدررفتی اطمینان حاصل کرده باشیم. این در حالی است که میزان بهره‌گیری از تخت‌های ثابت بیمارستانی در برخی بیمارستان‌ها، به‌طور متوسط ۵۷ درصد است، در صورتی که استاندارد این میزان حدود ۹۵ درصد است. علت پایین بودن این میزان به اختلاف زیاد بین مقدار تخت‌های ثابت و مقدار تخت‌های فعال بیمارستانی مرتبط

می‌شود (۱۱).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند از نقش خود در ارائه‌ی مراقبت‌های سلامتی بکاهد و از مکانیسم عقد قرارداد برای خرید فعالانه‌ی خدمات سلامتی در عرصه‌های مختلف استفاده کند؛ بدون آن‌که به نقش راهبردی و سیاست‌گذاری آن خدشه وارد شود (۱۸).

برای جلوگیری از مشکلات احتمالی در زمینه‌ی کمبود منابع و تحمیل بار مالی سنگین بر بخش دولتی، کنترل مؤثرتر هزینه‌ها در این بخش ضروری است. خصوصی‌سازی، بودجه‌ریزی عملیاتی و دریافت تعرفه‌ی واقعی از افراد یا سازمان‌های بیمه‌ای راهکارهایی هستند که علیرغم تأکید بر آن‌ها در سال‌های اخیر، هنوز به‌طور مؤثرتر به‌کار گرفته نشده‌اند (۱۳).

در بعضی از کشورهای دیگر نظیر انگلستان، آمریکا و هنگ‌کنگ در قسمت‌های مختلف سیستم‌های بهداشتی نیز بحث‌های مشابهی وجود دارد که می‌تواند مورد توجه قرار گیرد (۲۱-۱۹). تلفیق بخش‌های دولتی و خصوصی و همکاری بین این دو بخش نیز در بسیاری از مناطق مورد تجربه قرار گرفته است (۲۳، ۲۲).

طبق مطالعات صورت‌گرفته مداخله دادن بخش خصوصی یا ضوابط بخش خصوصی در بخش‌های دولتی در قالب برنامه‌های همکاری بخش‌های خصوصی/دولتی در ایران منجر به کاهش ۶۰ درصدی هزینه‌ها و افزایش ۸۰ درصدی دسترسی و بهبود کیفیت ۴۰ درصدی خدمات شده است (۲۴).

چنانچه مدیر و گرداننده‌ی یک سیستم بهداشتی، دغدغه ارتقای سازمان خود را داشته باشد، با صرف اندکی زمان پی خواهد برد که تأسیس بخش VIP می‌تواند امتیازاتی را برای او و سازمانش به ارمغان آورد که از آن جمله می‌توان به کسب درآمدی اضافی برای سازمان اشاره کرد؛ در ضمن می‌تواند با تعداد نیروی انسانی اندکی به هدف اول دست یابد. برخلاف

مشکلات عمده‌ای که در دریافت پول از بیمه وجود دارد (تأخیرهای مکرر) این شکل کسب درآمد، درگیر فرایند بیمه نیست. این فعالیت امکان ارتقای کیفیت و کمیت خدمات و با استاندارد را در سازمانش فراهم می‌سازد و رضایت‌مندی بیش‌تری را از سوی مراجعان حاصل می‌کند. از سوی دیگر، طیفی از متقاضیان که به‌دلیل فقدان چنین امکاناتی جذب دیگر مراکز خصوصی می‌شدند جذب سازمان خود می‌کند و عرصه‌ی رقابت با بخش خصوصی برای وی فراهم می‌شود. با تعیین خدماتی خاص (بین خدمات همگانی و خدمات خصوصی) بیماران با قدرت پرداخت متوسط و متمایل به پرداخت‌های بینابین را جذب می‌کند و موجبات کاهش قیمت‌ها در بخش خصوصی درمان می‌شود. درآمد پزشکان و کادر درمانی فعال در این حوزه‌ی افزایش یافته و زمینه‌ی جذب افراد توانمند به‌دست می‌آید و در نهایت از ظرفیت مازاد بیمارستان و اوقات فراغت پزشکان برای ارائه‌ی خدمات سطح مطلوب بهره می‌گیرد. طبق گفته‌ی کارشناسان در کشور بررسی تجربه‌ی بیمارستان‌هایی که در این طرح وارد شده‌اند، گویای واقعیاتی متفاوت با اهداف ذکر شده است. در این واحدهای درمانی، فعالیت بخش خصوصی در خارج از ساعات اداری صورت نمی‌پذیرد؛ بنابراین، استفاده از ظرفیت مازاد و اوقات اضافی کادر درمانی و به‌عبارت دیگر افزایش بهره‌وری در این امر منتفی است. آنچه عملاً رخ داده است، اختصاص بخشی از ظرفیت همین بیمارستان‌های موجود (هم فضای فیزیکی و هم نیروی انسانی) در قالب بخش خصوصی بوده است. پرسنل بیمارستان هم تمام یا بخشی از شیفت موظف کاری خود را در این بخش‌ها سپری می‌کنند؛ و بنابراین، ظرفیت ارائه‌ی خدمات به بیماران عادی و غیرخصوصی بیمارستان کاهش هم یافته است. مضافاً این‌که تکلیف حقوقی زیرساخت‌های عمومی که به این فعالیت اختصاص پیدا کرده است نیز مشخص نیست. نامشخص بودن حقوقی روابط مالی و حل نشدن ابهام و سؤالات مربوطه

درجه‌ی ۲ رفتار میانه دارند و با مسافران درجه‌ی ۱ خوش رفتاری می‌کنند. از فقرا آنچه را لازم و ضروری است دریغ می‌کنند و به ثروتمندان چیزهایی می‌دهند که زیادی است.

از نظر Emil Doupoo مهم بودن افراد کاملاً امری نسبی است. جراح قلب یا کم‌دین معروف بودن هر دو حائز اهمیتند. اگر با دقت به بیماران توجه شود هرکسی از یک منظر منحصر به فرد است. با استخراج ویژگی‌های منحصر به فرد بیماران و اعلام آن به تیم مراقبتی همه‌ی اعضای گروه درمانی رفتار ویژه با بیماران خواهند داشت و همه‌ی بیماران را به‌خاطر خواهند سپرد (۲۵). در مراکز درمانی گاهی به بیماران مزمن یا اهدای عضو توجه ویژه می‌شود که حساسیت دیگر بیماران را نیز بر می‌انگیزد. در بیمارستان‌های عمومی گاهی معنای افراد مهم گروه‌های خاصی چون آتش نشان‌ها، پلیس‌ها، اعضای کادر درمانی که موقع کار آسیب دیده‌اند هستند که این امر از نظر بیماران در اکثر مواقع حساسیتی ایجاد نمی‌کند.

در حوزه‌ی اخلاق عبارت افراد خیلی مهم جایی ندارد اما این واقعیتی‌ای است، که در مراکز خدمات بهداشتی با وجودی که برای همه‌ی بیماران تلاش می‌شود، اما مطمئناً برای مهم‌ترها کاری صورت می‌گیرد که جای هیچ شکایتی برای ایشان باقی نماند.

در نگاهی دقیق به خدمات VIP از دید اخلاقی می‌توان چالش‌هایی را مشاهده کرد. با تفاوت در سطح ارائه‌ی خدمات اصل عدالت مورد تهدید قرار می‌گیرد. مراجعان از کیفیت و کمیت متفاوتی از خدمات بهره‌مند می‌شوند. در حالی که برخی از بیماران در یک بخش از ابزار یک‌بار مصرف ضروری برخوردار نیستند، برخی دیگر از بیماران همان مرکز از امکانات رفاهی غیرضروری بهره‌مند می‌شوند. از سوی دیگر، تعیین اولویت برای هزینه کردن اعتبارات و بودجه‌ها بین ایجاد بخش‌های لوکس یا ارتقای شاخص‌های جهانی، نظام سلامت را با چالش تخصیص منابع مواجه می‌کند. همواره این

باعث می‌شود تا طرح‌ها و برنامه‌ها در اجرا با اشکال مواجه شود و چرخه‌ی اداری و بوروکراتیکی که باید برای پشتیبانی از این طرح‌ها شکل بگیرد، درست کار نکند (۲۵). از طرفی، شواهدی از بهبود وضعیت مالی در بیمارستان‌هایی که این طرح را اجرا کرده‌اند مشاهده نشده است که مشکل مدیریتی است و به‌نوعی ناشی از بی‌ثباتی در سیاست‌ها و عدم امکان برنامه‌ریزی طولی‌مدت است.

رقابت با بخش خصوصی هم با این روش کارآمد نبوده است. اولاً به‌دلیل عدم اعتماد به سیاست‌های دولت، پزشکان و سایر پرسنل درمانی حساب ویژه‌ای روی این طرح باز نکرده‌اند. در نهایت، کسانی هم که به این طرح وارد شده‌اند، مطب و کار خصوصی خود را تعطیل نکرده‌اند و بخش خصوصی بیمارستان دولتی را در کنار بخش خصوصی بیمارستان‌های خصوصی خود حفظ کرده‌اند و تعادل این دو را حفظ کرده‌اند.

جایگاه بخش خصوصی بیمارستان‌های دولتی در هرم سلسله‌مراتبی سیاست‌گذاری تعریف نشده است. به‌طور دقیق مشخص نیست این طرح در تحقق اهداف سند چشم‌انداز، در برنامه‌ی چهارم و سیاست‌های کلی ناظر بر برنامه پنجم چه جایگاهی دارد و هدف این طرح و دستاوردهایش به‌طور مشخص چیست. مسئولیت اجرا و شاخص‌های ارزیابی طرح مشخص نیست. در چنین شرایطی این طرح می‌تواند مقطعی و برهم‌زننده‌ی نظم (هرچند غیر ایده آل) موجود باشد (۲۵).

بحث و نتیجه‌گیری

این‌که در واگن‌های درجه‌ی ۳ صندلی چوبی وجود دارد و صندلی‌ها را فتری نمی‌کنند و روکش نمی‌گذارند، به‌خاطر چند هزار فرانک ناقابل نیست، بلکه برای این است تا مسافرانی که می‌توانند واگن درجه‌ی ۲ سوار شوند واگن درجه ۳ را انتخاب نکنند. فقرا را دلیل می‌کنند نه به‌خاطر این‌که آن‌ها را آزار دهند بلکه برای ترساندن ثروتمندان. برای همین به مسافران درجه‌ی ۳ بی‌رحمی می‌کنند، با مسافران

مهم مورد پرسش خواهد بود که تقلیل آماری چون مرگ و میر نوزادان مهم‌تر است یا جلب رضایت افراد ویژه؟! و این‌که آیا یک بیمارستان دولتی باید اهتمام خود را در جهت رفع بهینه‌ی نیازهای عمومی همگان به‌کار گیرد یا جلب رضایت نیازهای خاص خواص؟

با توجه به اهمیت ارتباط در اخلاق پزشکی شاهد خواهیم بود که به‌دلیل طرح تقاضاهای ویژه از سوی بیماران و لزوم ارائه‌ی خدمات ویژه از سوی تیم پزشکی، رابطه‌ی پزشک و بیمار دستخوش این مناسبات قرار گرفته و تعادل و سلامت خود را از دست خواهد داد. مشاوره، مشارکت، قاطعیت و دیگر کنش‌ها از سوی پزشک و تیم درمانی در ایفای نقش بهینه‌ی پزشک و پرسنل ضروری است و حضور مراجعانی با این شکل از تقاضا براحتی می‌تواند تعادل و تناسب این نقش‌ها را برهم بریزد. در شرایطی که این‌گونه خدمات برای برخی با پرداخت هزینه‌ی بیشتر حاصل می‌شود، در اعتماد عمومی نسبت به ارائه‌ی بهینه‌ی خدمات بهداشتی عمومی در مراکز دولتی اختلال ایجاد می‌شود و جامعه را با این ابهام مواجه می‌سازد که آیا دیگر افرادی که مشمول پرداخت چنین مبالغی نیستند واقعاً خدمات بهینه را دریافت می‌کنند؟ (۲۶)

با نگاهی روان‌شناختی متوجه خواهیم شد در یک سوی ماجرا، در مراجعانی که به‌دلایل فردی و اجتماعی متقاضی این خدمات نیستند، احساس حقارت به‌وجود می‌آید و در سوی دیگر اصول اخلاق پزشکی با این تهدید روبه‌رو می‌شود که به‌دلیل حساسیت‌های ویژه و بیش از حد با تجویزهای خارج از محدوده‌ی اصل سودرسانی نقض شود و حتی به سوی ضرررسانی پیش برود. طبق مطالعات صورت گرفته بیمارانی که به نوعی از توجه و حساسیت ویژه در بخش‌های بهداشتی و درمانی برخوردارند به مراتب بیشتر از دیگران دچار عوارض ناشی از اقدامات پزشکی می‌شوند (۲۷).

در تحلیل اخلاقی پدیده، این دغدغه نیز مطرح است که باب شدن این امر، روند خدمات را به‌سوی ارائه‌ی خدمات

مطلوب‌تر به اغنیا پیش برده و آن را بدل به یک رویکرد و فرهنگ کاری درازمدت نماید. بسیاری مواقع باعث می‌شود تیم مراقبتی به‌جای آن‌که به فکر زندگی و سلامت بیماران ویژه باشند بیش‌تر به فکر داوری این افراد در مورد خدمات و ارزیابی آن‌ها از تیم درمانی باشند و این امر تمرکز را از روی درمان و ارتقای سلامت به جلب توجه سوق می‌دهد. با توجه به تعهدی که مراکز دولتی به رعایت منشور حقوق بیمار دارند - همان‌طور که در محور اول منشور، بر حق دریافت خدمات مطلوب، رعایت انصاف و فراغت از هرگونه تبعیض در ارائه‌ی خدمات تأکید شده است - در چنین مواقعی به نوعی این محور منشور حقوق بیمار، زیرپا گذاشته می‌شود. ایجاد خدمات VIP در مراکز دولتی به نوعی مشروعیت بخشیدن به دارایی‌ها و توانمندی‌های مالی افراد محسوب می‌شود که با موازین اخلاقی در تضاد است.

برخی بر این باورند که این تفاوت‌ها اجتناب‌ناپذیر و عمومی‌تر از آن است که بشر محدودیت‌هایی برای کنترل آن تعیین کند. هر روز می‌گذرد، در حالی که با غذای روزانه‌ی فردی در یک نقطه از کره‌ی زمین، در نقطه‌ای دیگر خانواده‌ای شش نفره می‌تواند هفته‌ای را با سیری سپری کند. این گروه بر این باورند که تنها راه برابری واقعی مراقبت‌های بهداشتی، این است که تمام نهادهای خصوصی مراقبت ممنوع شود. ولی معمولاً نتایج چنین نگرش‌هایی به شکست می‌انجامد. از سوی دیگر، با نگاهی جامعه‌شناختی خواهیم دید که در عین تمایل به عدالت، بسیاری از افراد تمایل به برخورداری از خدمات ویژه را در مراکز مختلف دارند. به‌طور مثال، وقتی بیماری پس از اولین مراجعه به پزشک یا پرستار به او می‌گوید فکر کن من مادرت هستم، در واقع به‌نوعی انتظار خدمات ویژه را مطرح می‌کند، البته با داشتن این باور که پرسنل درمانی خدمات ویژه‌ای به نزدیکانشان ارائه می‌کنند. این نکته نیز بسیار حائز اهمیت است که با وجود مزایای بخش خصوصی، خود متقاضیان VIP نیز مشکلاتی را بر آن وارد می‌دانند، از

استفاده شود.

لازم به ذکر است در برخی ساختارها ضعف مدیریت موجب افزایش هزینه‌های اجتماعی می‌شود. دولت برای کنترل این امر دست به اقدامات سودآورانه می‌زند که در واقع هدف سودآوری نیست بلکه اصلاح مدیریت است، پس نمی‌تواند در درازمدت نتیجه‌بخش و صحیح باشد. از سوی دیگر، خدمات درمانی، دارای بازاری شکست‌پذیر است. مداخلات این نوع بازارها با مکانیسم‌های عرضه و تقاضا میسر نیست. تنظیم بازارهای شکست‌پذیر، تنها با مداخلات مسئولانه‌ی دولت میسر است. این مداخلات شامل مقررات‌گذاری، اعمال ضوابط و محدودیت‌ها، گسترش بیمه‌ها و به حداقل رساندن روابط مالی (پزشک و بیمار) است. ایجاد بخش خصوصی در بیمارستان‌های دولتی قادر به تأثیر گذاشتن بر روابط نهادین مربوط به شکست بازار نیست.

باید توجه شود در برخی از کشورها که خدمات VIP در مراکز دولتی ارائه می‌شود، حداقل خدمات پایه‌ی عمومی از استاندارد بسیار بالایی برخوردار است که گاه با سطح خدمات خصوصی در دیگر کشورها برابری می‌کند. لذا، هنگام برنامه‌ریزی و اجرا توجه به این تفاوت‌ها نباید از دید پنهان بماند. پس از بررسی‌های فوق، نگارندگان نتیجه گرفته‌اند که مراکز بهداشتی و درمانی دولتی از نظر اخلاقی مجاز نیستند که از منابع خود برای اختصاص به بخش خصوصی بهره‌گیرند. چرا که این تخصیص با توجه به چالش‌های ذکر شده از دیدگاه اخلاقی به منزله‌ی زیرپا گذاشتن چند اصل اخلاقی است. اما از سویی دیگر چنانچه در نظامی، تأمین خدمات پایه‌ی عمومی به دلیل مشکلات مدیریتی، فقدان بودجه و اعتبارات کافی در مخاطره بیفتد می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد بحران اخلاقی بزرگ‌تری باشد، به طوری که عدم امکان رفع نیازهای پایه‌ی جسمانی در حوزه‌ی فردی و اجتماعی تبعاتی به مراتب وخیم‌تر از تبعات احداث بخش ویژه را در پی دارد. در جوامعی که امکان توجه کافی به حفظ و نگاه‌داشت سلامت

جمله انتقادات این افراد توجه بیش از حد پرسنل به ایشان است. ابراز این نکته که توجه پرستاران حتی بدون به صدا درآوردن زنگ بیمار، روی بیمار زیاد است و مراجعات و کنترل کردن‌های مکرر پرستاران گاهی شکلی از مزاحمت برای بیمار را به خود می‌گیرد. در ضمن، به دلیل خلوت بودن بخش، احتمال تمرکز روی رفتارخصوصی بیماران نیز افزایش می‌یابد که نارضایتی از حفظ حریم ایشان را موجب می‌شود. این در حالی است که نگرانی از بروز سندرم آشنایی هم توأم با مسأله است. از سوی دیگر، بیماران در چنین بخش‌هایی به دلیل خلوت بودن و اتاق‌های انفرادی و محوطه‌های خصوصی وسیع از تعاملات اجتماعی محروم هستند (۲۸).

اگر تحلیل اخلاقی پدیده‌ی VIP را از گستره‌ی اخلاق پزشکی به حوزه‌ی سیاست و مدیریت و اقتصاد نیز تسری دهیم، چالش‌های اخلاقی دیگری را نیز می‌توان طرح کرد. همان‌طور که در بخش نگاه اقتصادی به VIP مشاهده شد در هیچ‌یک از سه نقش حداقلی ذکر شده برای دولت، سودآوری جایی ندارد. دولت بنگاه اقتصادی نیست. در تمام دولت‌ها، مالیات‌ها تأمین‌کننده‌ی سه هدف فوق است. به‌ویژه در مورد کشورهایی که منابع اختصاصی چون درآمد نفتی منحصر در اختیار دولت است، سودآوری برای دولت ممنوع است. دولت خدمات پایه و اولیه را نباید از حالت دولتی خارج کند اگر خدمات ویژه موجب به تعویق افتادن خدمات عمومی گردد غیر موجه و غیراخلاقی است. ورود دولت به فعالیت‌ها و اقدامات سودآور تنها در دو حالت موجه است. به‌طور مثال، در مورد اختصاص درصدی از منابع بیمارستان‌های دولتی به خدمات خصوصی دو حالت زیر می‌تواند موجه باشد:

حالت اول: درصد تعیین‌شده برای اختصاص به بخش خصوصی از ابتدا نیز مازاد بوده باشد، یعنی بیش از حدی که برای ارائه‌ی خدمات پایه همگان لازم است.

حالت دوم: درصد تعیین‌شده برای اختصاص به بخش خصوصی به منابع قبلی افزوده شود، نه این‌که از منابع قبلی

و رفاه و کیفیت زندگی افراد در سطح اولیه وجود نداشته باشد، به‌طور مستقیم و غیر مستقیم جامعه با معضلات اخلاقی بزرگ‌تری از جمله به مخاطره افتادن شأن و کرامت انسانی آن هم به شکلی نهادینه شده و درازمدت مواجه می‌شود. بنابراین، برای حل چنین بحرانی گریزی از انتخاب نیست. بین احداث بخش ویژه که چند اصل اخلاقی زیرپا گذاشته می‌شود با حالت و وضعیتی که بی‌عملی، منجر به بحران اخلاقی عظیم‌تری می‌شود، بهتر است حالت اول را انتخاب کرد که به مراتب تبعات ناخوشایند کم‌تری را در برخواهد داشت.

لازم به ذکر است که با توجه به بحرانی بودن شرایط، این راه‌حل تنها برای کوتاه‌مدت و به‌صورت موقتی برای خروج از بحران به‌کار گرفته شود. به‌ویژه در مورد سیستم‌هایی که امکان تأمین چنین هزینه‌هایی را از منابع و ذخایر ملی کشور دارا هستند. اما این راه‌حل به‌طور قطع باید به شکلی صورت گیرد که کم‌ترین پیامد منفی اخلاقی را دربرداشته باشد.

پیشنهادات

- ۱- چنانچه در مرکز دولتی امکان ارائه‌ی خدمات VIP در سطوح مختلف کمی و کیفی وجود دارد، مرکز بهداشتی و درمانی باید حداقل سطح خدمات ویژه را که به رفیع بحران نیز می‌انجامد گزینش کند نه شکل‌های پیشرفته‌ای که علاوه بر خروج از بحران، واحد را به شکلی افراطی در چرخه‌ی سودآوری خواهد انداخت. تنوع ارائه‌ی این خدمات در بخش‌ها و حوزه‌های مختلف بهداشتی و درمانی می‌تواند محدودتر اعمال شود؛ به‌طور مثال، اگر مرکزی ده نوع تخصص پزشکی در بخش‌های مختلف به مراجعان ارائه می‌کند، برای برخی از آن‌ها بخش ویژه در نظر گرفته شود و از سوی دیگر درجه‌ی رفاه در نظر گرفته‌شده در حدی کنترل شود که به تجمل‌گرایی نیاید.
- ۲- این خدمات می‌تواند به شکل اختصاص اتاق‌هایی در

- بخش‌های عمومی یا به‌صورت بخش‌های مجزا در طبقات یکسان یا اختصاص طبقه‌ای مجزا صورت گیرد. برای برنامه‌ریزی و اجرایی شدن این طرح هر مرکز با توجه به بافت فرهنگی و اجتماعی منطقه دست به‌نظرسنجی گسترده‌ای بزند و نظر مخاطبان را از نظر آسیب اخلاقی و روانی هر یک از روش‌ها در نظر بگیرد.
- ۳- مراکز دولتی که اقدام به ارائه‌ی خدمات VIP می‌کنند می‌توانند در کنار این سرویس، خدمات ویژه‌ای نیز برای دیگر مراجعان مرکز که VIP محسوب نمی‌شوند ارائه کنند. خدمات رایگانی که توسط افراد و نهادهای داوطلب و مردمی به‌صورت غیرانتفاعی برای بیماران انجام می‌شود، از جمله خواندن کتاب، به‌گرددش بردن در حیاط یا راهرو مرکز، انجام برخی امور نظافتی شخصی و ...
- ۴- مراکز دولتی که اقدام به چنین طرحی کرده‌اند، به‌طور مرتب تحت پایش‌های دوره‌ای قرار گیرند تا محدودیت‌های لازم نقض نشود و در صورت رفع بحران و قابل کنترل بودن آن سریعاً اقدام به بازگشت و تعطیلی بخش ویژه کنند.
- ۵- سود ناشی از بخش‌های ویژه‌ی مراکز دولتی بهداشتی و درمانی با نظارت مداوم و به‌بهینه‌سازی خدمات دولتی و عمومی اختصاص یابد.
- ۶- هم‌زمان برای دیگر بخش‌های مراکز درمانی کم‌بازده نیز ترفندهایی اندیشیده شود تا درآمدزایی پایین آن‌ها موجب عطف توجه مدیریت و نیروهای سازمان به بخش‌های ویژه نشود.
- ۷- در نهایت، واقعی کردن تعرفه‌ها، افزایش فعالیت واحدهای پاراکلینیکی، کاهش طول اقامت بیمار و ... از دیگر اقداماتی است که می‌تواند سازمان‌های در وضعیت بحران را نجات دهد.
- ۸- این اشکال ممکن است بر نگاه مخالف با طرح VIP

منابع

- ۱- بی‌نام. بخش ویژه، افراد خیلی مهم. <http://fa.wikipedia.org> (accessed in 2012).
- ۲- بی‌نام. فرهنگ لغت معین اینترنتی. <http://www.jasjoo.com/books/wordbook> (accessed in 2012)
- ۳- بی‌نام. شاه نشین. <http://www.persiacities.com/fa/centers/view/3297> (accessed in 2012)
- ۴- بی‌نام. تاریخچه بیمارستان در ایران. <http://arcfamily.blogfa.com/8905.aspx> (accessed in 2012)
- ۵- لاریجانی ب، زاهدی ف، امامی رضوی س.ح. تاریخچه اخلاق پزشکی در ایران. مجله دیابت و لیپید ایران ۱۳۸۵؛ دوره ۶(شماره ۲): ۲۴-۱۱۳.
- 6- Gormley T. The history of hospitals and wards. *Healthcare Design* 2010;10(3): 50-4.
- 7- Karen M. Cheung. Reward VIPs (very important patient), patient satisfaction. <http://www.fiercehealthcare.com> (accessed in 2012).
- 8- Anonymous. Patients pay doctors more for VIP treatment. <http://www.kmbc.com/Patients-Pay-Doctors-More-For-VIP-Treatment/-/11664900/12268878/-/1c654nz/-/index.html> (accessed in 2012).
- ۹- بی‌نام. توریسم درمانی. <http://www.persiamehr.com/Default.aspx?PID=84> (accessed in 2012)
- ۱۰- امامی رضوی ح. بخش‌های ویژه یک راهکار موقت. <http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=46292&Type=3> (accessed in 2012).
- ۱۱- عبادی فردآذر ف، انصاری ح، رضاپور ع. بررسی وضعیت هزینه تخت روز بستری و شاخص‌های عملکردی در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران (۱۳۸۱). مجله مدیریت سلامت ۱۳۸۳؛ دوره ۷(شماره ۱۸): ۳۷-۴۴.
- ۱۲- باباخانی م، راغفر ح. رابطه نابرابری درآمد و سلامت در ایران طی سال‌های ۵۵ تا ۸۵. مجله مدیریت سلامت ۱۳۸۸؛

گرفته شود که افرادی در کشور هستند که از نظر سیاسی و اجتماعی تأمین سلامت و امنیت ایشان بسیار حائز اهمیت است. از جمله سیاستمداران داخلی، برخی قضات، سفیران کشورهای خارجی و... که دولت الزامی جدی در حفظ و تأمین سلامت ایشان احساس می‌کند. لذا در این موارد راه‌حل مسأله، اختصاص دادن مراکز درمانی ویژه زیر نظر گروه‌های امنیتی و انتظامی همچون مراکز درمانی ارتش و سپاه و تفکیک مرزهای آن با مراکز دولتی و عمومی است.

تشکر و قدردانی

با تشکر از آقای دکتر فرید قاسملو (دکترای تاریخ) که با توضیحات خود به شفاف‌سازی بحث VIP در ایران قدیم یاری رساندند و همین‌طور قدردانی ویژه از جناب آقای ساسان کلافچی (کارشناس ارشد اقتصاد) که در تنظیم اصلاح بخش اقتصادی با نظرات خود ما را بهره‌مند کردند.

of both market and public failure. *Int J Public Private Healthcare Manag Econ* 2011; 1(3): 53-63.

22- McKee M, Edwards N, Atun R. Public-private partnerships for hospitals. *Bull World Health Organ* 2006; 84(11): 890-6.

23- La Forgia GM, Harding A. Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil. *Health Aff (Millwood)* 2009; 28(4): 1114-26.

24- Pourreza A, Momensaraie M. An analysis of public-private partnership in Iran's health care system. 3rd International Management Congress; 2005, Teheran; Iran; Tehran University of Medical Sciences.

۲۵- واعظ مهدوی م. بخش خصوصی درمانی در

بیمارستان‌های دولتی

<http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=46289&type=3> (accessed in 2011).

26- Centor R, Genes N, Polick T, Walker G. How do you treat VIP patients?

http://www.medscape.com/viewarticle/558532_2. (accessed in 2012).

27- Klitzman R. When the patient is a V.I.P. <http://well.blogs.nytimes.com/2009/08/27/when-the-patient-is-a-vip/> (accessed in 2012).

28- Labi S. Public hospital or private? <http://www.bodyandsoul.com.au/parenting+pregnancy/pregnancy/public+hospital+or+privater,6843> (accessed in 2012)

دوره ۱۲ (شماره ۳۷): ۹-۱۶.

۱۳- عبادی فردآذر ف، گرجی ح، اسماعیلی ر. محاسبه و تحلیل هزینه واحد خدمات ارائه شده در مرکز بهداشتی و درمانی شهید سهرابعلی بخشی شهرستان شهریار با استفاده از روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت. *مجله مدیریت سلامت* ۱۳۸۵؛ دوره ۹ (شماره ۲۳): ۳۱-۴۰.

۱۴- نجاتی م.ح. گریز به آغوش هزینه‌های گزاف درمان. *روزنامه شرق*، شماره ۱۳۴۸، سه شنبه ۲۹ شهریور ۱۳۹۰.

<http://www.magiran.com/pdf/nppdf/2387/p0238713480131.pdf> (accessed in 2012) .

15- Newport F. Strong relationship between income and mental health. Gallup, 2007. <http://www.gallup.com/poll/102883/strong-relationship-between-income-mental-health.aspx> (accessed in 2012).

۱۶- رضوی ا. بررسی هزینه تخت روز تمام شده خدمات بیمارستان ۲۵۶ تخته خوابی تأمین اجتماعی خرم آباد در سال ۱۳۷۸. خلاصه مقالات اولین همایش کشوری مدیریت منابع معاونت توسعه مدیریت، منابع و امور مجلس وزارت بهداشت؛ ۱۸ و ۱۹ دی ماه ۱۳۸۱.

۱۷- پژوهان ج. اقتصاد بخش عمومی هزینه‌های دولت، چاپ سوم. تهران: نشر جنگل؛ ۱۳۸۴.

۱۸- براتسی مارنانی ا، جوذکی ح. مطالعه تطبیقی خصوصی سازی با روش عقد قرارداد برای ارائه مراقبت‌های سلامتی در کشورهای منتخب و ارائه الگوی مناسب برای ایران. *مجله مدیریت سلامت* ۱۳۸۴؛ دوره ۸ (شماره ۲۰): ۱۰۵-۱۰.

19- Allen P, Bartlett W, Perotin V, Matchaya G, Turner S, Zamora B. Healthcare providers in the English National Health Service: public, private or hybrids? *Int J Public Private Healthcare Manag Econ* 2011; 1(3): 1-18.

20- Chan RKH, Hu K. Primary health services utilization and inequality: the emerging symbiotic public/private model in Hong Kong. *Int J Public Private Healthcare Manag Econ* 2011; 1(4): 1-13.

21- Gaughan M. The hybridized nature of America's health care system: medicare as a case