



پرونده

نگار بهتاش

چه اشکال‌هایی ممکن است پیش بیاید؟!

در برخی از کشورهای اروپایی و برخی کشورهای حوزه اسکانديناوری، سیستمی وجود دارد که در آن رابطه مالی مستقیم پزشک و بیمار حذف می‌شود و در واقع پزشک دستمزد خود را از دولت دریافت می‌کند. لازمه اجرای چنین سیستمی وجود یک سیستم نظارت و ارزشیابی دقیق است که فقدان آن مشکلاتی را به وجود می‌آورد. به دلیل وجود دستمزد مشخص، ممکن است در وهله اول این فکر به ذهن پزشک خطور کند که بررسی دقیق و موشکافانه تمام بیماران لازم نیست و این مسئله باعث شود در معاینه و پیگیری وضعیت بیمار دقت و حوصله کافی به خرج ندهد.بنابراین عملکرد پزشک در این گونه سیستم‌ها باید حتی بدون شکایت مریض نیز قابل پیگیری باشد.
از سوی دیگر، ممکن است این ذهنیت برای بیمار به وجود بیاید که چون به طور مستقیم هزینه‌ای پرداخت نمی‌کند در درمان او کوتاهی می‌شود. این موضوع باعث به وجود آمدن بی‌اعتمادی نسبت به پزشک خواهد شد و به همین دلیل توصیه‌های پزشک که خوبی اجرا نمی‌شود و در صورت بروز هرگونه عارضه‌ای، انگشت اتهام متوجه پزشک است. در این بین پزشک گاهی مجبور است برای جلب اعتماد بیمار خود فهرست بلندبالایی از آزمایش‌ها و کارهای پاراکلینیک درخواست کند. این اقدام‌ها نه تنها منجر به تشخیص بیماری نمی‌شود، بلکه پزشک را دچار سردرگمی هم می‌کند و در نهایت گاهی داروهای کمکی و مولتی‌ویتامین بدون اندیکاسیون واقعی تجویز می‌شود.

برخی اداره‌ها و ارگان‌ها با ارائه بیمه‌های تکمیلی برای کارکنان و کارمندان خود، مراکز خدمات درمانی مخصوصی دارند. از آنجا که استفاده‌کنندگان از این بیمه‌ها در انتخاب پزشک و بیمارستان دخالتی ندارند و مجبورند پزشکی را از بین پزشکان معرفی شده انتخاب کنند، احساس اطمینان و اعتماد کمی دیرتر و به سختی در آنها به وجود می‌آید. از سویی چون بیمار می‌داند هزینه درمان او از پیش پرداخت شده است، توقع بیشتری پیدا می‌کند و انتظار دارد در کوتاه‌ترین زمان ممکن، به تمام مشکلاتش رسیدگی شود. در نهایت سیکل معیوبی ایجاد می‌شود که در آن بیمار احساس می‌کند در حشک کوتاهی شده و پزشک احساس می‌کند باید بیش از آنچه لازم است برای به دست آوردن اعتماد بیمار تلاش کند.

هنوز نفس می‌کشد

پیمان صفردوست - مسئول بین‌بیمارستان‌ها موظف هستند موارد مرگ مغزی را به هماهنگ‌کننده پیوند اعضا اطلاع دهند، سپس ارزیابی بالینی انجام شود و هنگامی که اعضا را برای پیوند مناسب تشخیص دادند، تیم چهار نفره تأیید کننده مرگ مغزی به صورت جداگانه بیمار را تست می‌کنند و در صورتی که هر چهار نفر مرگ مغزی بیمار را اعلام کنند، آنگاه می‌توان با رضایت خانواده برای پیوند اعضا اقدام کرد. ولی به نظر می‌رسد با تمام این اقدام‌ها، باز هم عدم قطعیت در مرگ مغزی در نظر خانواده فرد دچار مرگ مغزی شده و تصور احتمال سوء استفاده در مراکز خصوصی پیوند اعضا، از مشکلات مربوط به اهدای عضو در این گونه افراد است (و شاید ایرادهایی که از سوی برخی نمایندگان در مجلس چهارم مطرح و موجب رد لایحه اجازه پیوند اعضای بدن فوت‌شدگان در موارد خاص شد، حاکی از آن باشد که بیشتر مخالفت‌ها ناشی از فقدان تشکیلات منسجم لازم و ضعف سیستم نظارتی بوده است).

جدا بودن گروه‌های تأیید مرگ مغزی، جدا بودن این گروه از گروه بررسی‌کننده پیوند اعضا و همچنین خارج کردن افراد ذی نفع (به عنوان مثال گروه معالج گیرنده پیوند) از این روند، از مواردی است که باید بیشتر مورد توجه و دقت نظر قرار گیرد.
دو پزشک متخصص نورولوژی و یا یک متخصص نورولوژی و یک متخصص جراحی مغز و اعصاب، هر کدام به طور جداگانه بیمار را معاینه و بررسی کرده و برگه مخصوص را تکمیل و امضا می‌کنند. همچنین برگه مخصوص به وسیله یک پزشک متخصص بیهوشی و پزشک نماینده سازمان پزشکی قانونی کشور نیز باید امضا شود.

آیا جامعه مدرن جامعه‌ای اخلاقی است؟ تا زمانی که اخلاق سستی را معیار قضاوت قرار دهیم، جامعه مدرن غیراخلاقی است. جواب دوم به این سؤال این است که جامعه مدرن اخلاقی است اما معیار ما از اخلاقی بودن با آن سازگار نیست. هرچه با معیار سستی تری به جامعه مدرن نگاه کنیم، بحران اخلاقی بیشتری را کشف می‌کنیم، اما مشکل، جامعه مدرن نیست. مشکل ناسازگاری معیار ما با جامعه مدرن است. برای حل این ناسازگاری دو راه وجود دارد. راه اول تغییر دادن جامعه و راه دوم سازگار کردن تعریفمان از اخلاق با جامعه مدرن است.

راه اول تنها می‌تواند از طریق متوقف کردن پیشرفت جامعه مدرن به هدف برسد و غیرممکن بودن آن مسلم است، اما راه حل دوم شناخت و بازتولید اصول اخلاقی سازگار با شرایط روز است. این شناخت از راه خردورزی به دست می‌آید. این راه است که می‌تواند با تطبیق دادن اصول اخلاقی با واقعیات جامعه، تحلیل درستی برای ما فراهم کند.

در مورد اخلاق پزشکی هم وضع به همین منوال است. سرعت زیاد پیشرفت علم پزشکی ما را ملزم می‌کند ذهنی سیال داشته باشیم تا تعریفمان از اخلاق پزشکی با واقعیت‌های علم پزشکی سازگار باشد. اگرچه به تازگی مراکز تحقیقات اخلاق پزشکی در کشور شروع به کار کرده‌اند اما هنوز اخلاق پزشکی رنگ و بوی نو به خود نگرفته است. هنوز هم اخلاق پزشکی از نظر بسیاری از پزشکان قناعت، محبت و فداکاری است و هنوز تفکر سستی در مورد اخلاق پزشکی حاکم است. به عنوان مثال از دید اخلاق سستی، پزشکی که به مادیات فکر می‌کند هرگز نمی‌تواند انسان با اخلاقی باشد، اما واقعیت حرفه پزشکی این است که بعضی از تخصص‌ها پر درآمد هستند و با این حال از نظر اخلاقی تفاوتی بین رشته‌های پزشکی وجود ندارد.

فلسفه، پزشکی، اخلاق

در طول تاریخ روشنفکری ایران، روشنفکران ایرانی کمتر به فلسفه اخلاقی پرداخته‌اند اما در صد سال اخیر نه تنها به زمینه‌های مختلفی از فلسفه پرداخته شده بلکه در زمینه فلسفه علم و فلسفه هنر هم کارهای بسیاری انجام شده است، اما جای فلسفه اخلاق همیشه خالی بوده است. پزشکان نیز در عرصه‌های مختلف پزشکی پیشرفت‌های قابل توجهی داشته‌اند اما به خردورزی در اخلاق پزشکی و فلسفه پزشکی کمتر پرداخته‌اند. در گذشته وضع به شکل دیگری بود. رازی و ابوعلی سینا هم فیلسوف بودند و هم پزشک. در غرب نیز رابطه پزشکی و فلسفه بسیار قوی بود. از سوی دیگر فیلسوفان غربی زیادی را می‌توان یافت که به طرح مسائلی پیرامون فلسفه و پزشکی پرداخته‌اند. برای مثال «گادامر» آخرین کاپش را به نام «معمای سلامتی» و «میشل فوکو» «زایش درمانگاه و تاریخ دیوانگی» را در همین باب نوشته‌اند.

پرونده

Special Report

افسون‌زدگی اخلاقی

امیرحسین رحمانی



هنوز هم اخلاق پزشکی از نظر بسیاری از پزشکان قناعت و محبت و فداکاری است و هنوز تفکر سستی در مورد اخلاق پزشکی حاکم است.

تاریخچه اخلاقی پزشکی

اگرچه در قوانین حمورابی در مورد پزشکی و خطاهای پزشکی قوانینی مطرح شده است، اما می‌توان گفت اولین توجه به اخلاق پزشکی در ایران و یونان باستان بوده است. ارسطو و بقراط که هم فیلسوف و هم پزشک بودند، در مورد اخلاق پزشکی کارهای بسیاری انجام دادند و همچنین پزشکان مسلمان از جمله رازی نیز به اخلاق پزشکی توجه ویژه‌ای داشتند. با این حال تفکرات نظم یافته در مورد فلسفه پزشکی از قرن نوزدهم آغاز شد. در سال ۱۸۰۳، «توماس پرسپوال» پزشک انگلیسی، برای تدوین و انتشار قانون اخلاقیات پزشکی اقدام کرد که انجمن پزشکی آمریکا در سال ۱۸۴۷ با الهام از آن، قانون پزشکی آمریکا را تصویب نمود و پس از چندین بار تجدید نظر، آخرین تدوین آن در سال ۲۰۱۱ صورت گرفت. همچنین در دهه ۱۹۷۰ با تأسیس چند مجله، مانند فلسفه پزشکی (philosophy of medicine) نگاه

معضلی به نام سقط

مهدیه آقازمانی - سقط جنین همواره یکی از موضوعات بحث‌برانگیز است و موافقان و مخالفان زیادی دارد. در طول تاریخ و براساس باورهای رایج در جوامع مختلف، دیدگاه‌های متفاوتی نسبت به سقط جنین وجود داشته و این موضوع همیشه از لحاظ ط شی، فرهنگی، اخلاقی و مذهبی مورد توجه بوده است. بقراط با سقط جنین مخالف بود و آن را گناهی بزرگ می‌دانست، اما سقراط، سقط جنین با اهداف درمانی را قبول داشت. در یونان سقط جنین جایگاه خوبی نداشت اما رومی‌ها جنین را تا قبل از تولد موجودی زنده نمی‌دانستند و سقط جنین در بین آنها رایج بود و از آن به عنوان وسیله‌ای برای کنترل جمعیت استفاده می‌کردند. کلیسا در قرن ۱۹ میلادی سقط جنین را گناهی بزرگ تلقی کرد و آن را تنها قبیل از ولوج روح و برای حفظ جان مادر مجاز می‌دانست. حتی واتیکان به دلیل حمایت این گروه از سقط جنین، به تازگی کمک مالی‌اش را به سازمان غفو بین‌الملل قطع کرده است و از بقیه کاتولیک‌ها هم خواسته همین کار را بکنند. واتیکان این عمل را در هر شرایطی قتل یک انسان بی‌گناه می‌داند. در هر کشوری با توجه به فرهنگ، باورها و وضعیت حاکم بر جامعه و حتی دیدگاه و بینش مردم، قوانین خاصی در این مورد وجود دارد. در کشور کانادا سقط قانونی خیلی راحت انجام می‌شود و هیچ منع قانونی برای آن وجود ندارد. در آمریکا از سال ۱۹۸۵ هر نوع سقطی غیرقانونی کاهش داد و…



جدیدیی به فلسفه پزشکی تثبیت شد.

اصول اخلاقی پزشکی

در علم اخلاق پزشکی، زمینه‌های مختلفی مورد بحث است اما از این میان به اصولی که از سوی همه منابع مورد پذیرش قرارگرفته است، اشاره می‌کنیم. اصل اول آسیب نرساندن به بیمار است (non-maleficence). مثال مشهور مرتبط با این اصل، پرونده Dr. Jack Kevorkia است که در سال ۱۹۹۸ در ایالت میشیگان امریکا به مرگ بیماران کمک می‌کرد (euthanasia). اصل دیگر خود مختاری (Autonomy) بیمار است. بیمار می‌تواند اقدام‌های درمانی را نپذیرد و حق دارد در انتخاب روش های درمانی مشارکت فعال داشته باشد. ممکن است نتیجه مطلوب از نظر بیمار با نتیجه‌ای که مدنظر پزشک است متفاوت باشد، به همین دلیل بیمار حق دارد با گرفتن اطلاعات کافی از پزشک، در مورد درمان خود تصمیم بگیرد. گاهی به نظر می‌آید که این اصل با اصل انجام دادن اقدام‌های سودمند (Beneficience) برای بیمار در تناقض باشد. دو اصل دیگر عدالت و صداقت است.

مباحث مطرح در اخلاق پزشکی

اخلاق پزشکی علمی میان رشته‌ای است و می‌توان پزشکی، فلسفه اخلاق، حقوق، جامعه شناسی و اقتصاد را در آن شریک دانست. اگرچه در طول تاریخ به اخلاق پزشکی پرداخته شده است، اما پیشرفت دانش پزشکی و به خصوص علم ژنتیک، اخلاق پزشکی را به طور کلی زیر و رو کرده است. به همین دلیل با استفاده از منابع گذشته، به سختی قادر خواهیم بود به سؤال‌های مطرح شده پاسخ دهیم. در شرایط فعلی تنها با تولید فکر و خردورزی می‌توان به سؤال‌های اخلاقی پاسخ داد.

از جمله مباحث مطرح در اخلاق پزشکی، مسائل اخلاقی در مورد بیماران بدحال، اخلاق در پژوهش‌های پزشکی، وظایف و مسئولیت‌های پزشک، حقوق و نقش بیمار در تصمیم‌گیری‌های پزشکی، فایده رساندن و زیان وارد نکردن، مباحث حقوقی و اخلاقی در پیوند اعضا، عدالت در توزیع منابع، رضایت آگاهانه، اتانازی، سلامت و بیماری، مفهوم شخص، شان و کرامت انسانی، شأن اخلاقی (Moral status)، مسائل اخلاقی در باروری و ناباروری، کمیته‌های اخلاق در پژوهش، مرگ مغزی و شاخص‌های آن، شبیه‌سازی انسان، کارآیسی (Competence) و راه‌های تعیین آن، رهیافت مبتنی بر اصول، رهیافت مبتنی بر موارد الگو (Casuistry)، رهیافت مبتنی بر نتایج (Consequentialism)، رهیافت مبتنی بر روایت (Narrativism) رهیافت مبتنی بر مراقبت، پژوهش روی حیوانات، رهیافت وظیفه‌گرا و اخلاق در سیاست‌گذاری و تخصیص است.

«تونومی» یا بیمار عزیز، «تو می‌تونی»!

محمدرضا شالبافان - از نظر اصول اخلاق‌پزشکی‌که در حال حاضر در سراسر جهان به عنوان یک رشته تخصصی و حتی فوق تخصصی شناخته شده است، یک بیمار حق دارد در مورد روند درمان، شیوه‌های گوناگون درمانی و حتی نتایج مطلوب درمان خود نظر داشته و نهایی بدهد. این اصل که اصل اول از اصول چهارگانه اخلاق پزشکی است، تقریباً بر تمام اصول فائق می‌آید و آنقدر مهم است که با تکیه بر آن، حتی عده زیادی مسئله «اتانازی» یا قتل از روی ترحم از سوی یک پزشک را اخلاقی مطرح می‌کنند. این اصل به پزشک تکلیف می‌کند در برخورد با بیمار و به محض مشخص شدن تشخیص، همراه با ارائه اطلاعاتی کامل و لازم و البته قابل فهم، بیمار را به عنوان قاضی نهایی پرونده پزشکی خود بشناسد و البته در تمام مراحل او را در راه رسیدن به تصمیمی صحیح و مفید، یاری کند. البته این مسئله، حتی در شرایطی چون آزمایش‌های تشخیصی و غربالگری‌که به انتخاب‌های متعددی را پیش رو قرار می‌دهند، مهم است و اختیار انتخاب بیمار، در شرایطی که خود او ظرفیت تصمیم‌گیری را ندارد، مانند بیماران مبتلا به اختلالات شناختی چون دمانس و دلیزیوم، بیماران مبتلا به سایکوز، کودکان و بیماران دچار کاهش محسوس سطح هوشیاری، براساس جدول‌هایی، به نزدیکان آنها واگذار می‌شود. بسیار دیده‌ایم که پزشکان در صورت وخیم

محمدرضا شالبافان

بودن اوضاع، به‌ویژه درمورد مبتلایان به انواع سرطان‌ها، ترجیح می‌دهند تشخیص را به همراه بیمار بگویند و به دلیل ایجاد هراس و ناامیدی در ذهن یک انسان دیگر، از زیر بار این وظیفه سنگین شانه خالی می‌کنند. این مسئله تا آنجا پیش می‌رود که بسیاری از بیماران تحت درمان‌های گوناگون و طاقت فرسای مقابله با سرطان قراری‌گیری‌ند و روز به روز به پایان زندگی نزدیک‌تر می‌شوند، اما در نهایت حتی در لحظه احتضار هم نمی‌دانند از چه مشکلی رنج برده و می‌برند. حتی بارها دیده‌ایم که در طول روند درمان هم، مثلاً با عود تومور، خانواده‌ها بیمار از پزشک می‌خواهند که بدون مشورت با بیمار، نظر آنان را عملی کند و یا به بیمار دروغ بگویند!

البته بسیاری از پزشکان اخلاق‌گریز، در مورد این اصل عقیده‌ای دارند که به ظاهر درست به نظر می‌رسد. آنها معتقدند طبابت و فرهنگ و اخلاق آن در ایران، با کشورهای توسعه یافته بسیار متفاوت است و نمی‌تواند به معنای واقعی، تابع اصول قطعی باشد. بسیاری از آنها اعتقاد دارند در ایران، با توجه فرهنگ بسیاری از بیماران، بهتر است از همان روش قدیمی پدرسالارانه استفاده شود. در اینکه این مسئله تا حدلی واقعیت دارد، حرفی نیست اما راه حل این مشکل نادیده گرفتن اتونومی نیست بلکه باید در کنار رعایت اتونومی به سمت تغییر فرهنگ درمانی بیماران و نگاه آنها به ماجرای درمان پیش برویم.

به آن جوید هرگز گمراه نخواهید شد. قرآن و عترت من که خاندان نبوت هستند.

حاکم نیشابوری نیز در کتاب «المستدرک علی الصحیحین» و نیز شمس‌الدین ذهبی در کتاب «تلخیص المستدرک» از زیدبن ارقم چنین نقل می‌کنند که رسول خدا (ص) فرمودند:

«به درستی که در بین شما دو شیء گرانبها باقی می‌گذارم. کتاب خداوند متعال و اهل بیتم. همانا که آن دو را یکدیگر هرگز جدا نمی‌شوند تا در کنار

حوض کوثر بر من وارد شوند.»

در قرآن مجید آیه ۵۵ از سوره مائده می‌خوانیم:

«همانا تنها ولی و صاحب اختیار شما خدا و رسول و فرستاده او و نیز کسانی هستند که ایمان آورده‌اند، نماز برای دارند و در حال رکوع زکات می‌دهند.»

قاضی ایچی نویسنده کتاب «المواقف فی علم الکلام» که از مهم‌ترین کتاب‌های عامه در علم کلام و اصول دین است، می‌نویسد: «تمامی مسرفران اتفاق‌نظر دارند که این آیه مبارک در ماجرای بخشیدن انگشتر امیرالمؤمنین علی (ع) (د در حال رکوع نماز شده است، ص ۴۰۵ همین کتاب

کلام استاد که به اینجا رسید قدری سکوت کرد و گفت: «واما باز می‌گردیم به خطابه گرانقدر غدیر و به فراز دیگری از آن جان و دل می‌سپاریم.»

سبب فرمود: «هان مردمان! کیست سزاوارتر از شما به خودتان؟ گفتند: خدا و پیامبر او و اهل بیت فرمود: آگاه باشید هر که من سرپرست او هستم پس از این علی نیز سرپرست اوست. خداوند! دوست بدار آنکه سرپرستی او را ببپذیرد و دشمن بدار هر که او را دشمن دارد و یاری کن یار او را و تنها گذار هر آن که او را تنها گذارد. هان مردمان! این علی است برادر ووصی و نگاهبان دانش من و هموست جانبدن من در میان امت و بر گردن‌گان به من و بر تفسیر کتاب خدا که مردمان را به سوی او خواند و به آنچه موجب خشنودی اوست عمل کند و با دشمنانش ستیز نماید. او پشتیبان فرمانبرداری خداوند و یازدارنده از نافرمانی او باشد.»

«از خطابه غدیر»

پرونده

دکترسید احسان بیکیایی

پس انداز هزینه‌ها

«آقای دکسر، می‌شه لطفاً کمتر دارو بنویسید…؟! آقای دکتر، هزینه این آزمایشی که نوشتید چقدر می‌شه؟… نمی‌شه من بستری نشم و تو خونه بمونم، آخه اونجوری خیلی گرون درمی‌آد».

اینها جمله‌هایی است که در بیشتر درمانگاه‌ها و اورژانس‌های بیمارستان‌های دولتی و غیردولتی به گوش می‌رسد و علت بیشتر آنها هم یک چیز است: هزینه.

عدم توانایی مریض در پرداخت هزینه اقدام‌های درمانی و تلاش برای به حداقل رساندن آنها باعث می‌شود در بسیاری از موارد، خواسته‌های آنها و توانایی‌هایشان، با خواسته‌های پزشک و برنامه‌های درمانی او تعارض پیدا کند. در این موارد یکی از دغدغه‌های پزشکان این است که به جای تجویز اقدام اصلی، اقدام‌هایی را تجویز کنند که بیمار از عهده پرداخت هزینه‌هایش بر بیاید. البته پزشک در هر حال موظف است اقدام اصلی را هم به بیمار پیشنهاد کند، اما در همه بیمارستان‌ها هم این دغدغه وجودندارد.

شرکت ملی نفت، بانک ملی ایران، گروه کارخانه‌های ذوب آهن و بعضی از کارخانه‌ها و شرکت‌های بزرگ، بیمارستان‌های مخصوص خود را دارند. در اغلب این ارگان‌ها، بیمه‌های مخصوص اعضا طوری از این اعضا و خانواده‌هایشان حمایت می‌کند که در صورت وقوع بیماری یا حادثه‌ای خاص، فرد مبتلا و خانواده‌اش دغدغه‌شان فقط خود بیماری و مسائل مربوط به درمان خواهد بود، نه چیز دیگر. لاقابل می‌شود گفت که در این گونه موارد، مسئله هزینه‌های درمان در اولویت‌های بعدی و کم استرس‌تری قرار دارد. به هرحال بیمار می‌داند قبل از روی فیش حقوقی‌اش هزینه‌های درمان را پرداخته و در واقع به نوعی آنها را پس انداز کرده است. ازسوی دیگر پزشک هم طبق قراردادی که با بیمارستان دارد و در ازای حقوقی که دریافت می‌کند، مشغول به کار است و هیچ کس کاری به هزینه‌ها ندارد.

بیمارستان بانک ملی ایران

تقاطع خیابان فردوسی و جمهوری:

می‌شود رزیدف بیماران را دید که با آرامش منتظرند نوبت ویزیتشان برسد. تنها نگرانی آنها مربوط به بیماری‌شان است و نه هزینه اقدام درمانی‌شان. خیال همه آنها راحت است که اگر به اقدام درمانی سنگین‌تری نیاز باشد در همین بیمارستان و به رایگان می‌توانند خدمات مورد نظرشان را با کیفیت قابل قبول دریافت کنند. بیمه بانک ملی تمام هزینه‌ها را پرداخت خواهد کرد. حتی اگر بعضی از آنها اصرار داشته باشند در یک بیمارستان خصوصی و به وسیله پزشک دیگری که با بانک طرف قرارداد نیست، درمان شوند، با اقدام‌های اداری می‌توانند تا سقف مبلغی که بانک باید در بیمارستان خود برای بیمار هزینه می‌کرد، دریافت کنند.

مشابه این مسئله را می‌توان در بیمارستان‌های شرکت نفت، برخی بانک‌های‌دیگر، نیروهای مسلح و بعضی بیمارستان‌های طرف قرارداد با ذوب آهن اصفهان نیز دید. این آرامش خیال از بابت هزینه‌ها، بیماران را در تصمیم‌گیری در مورد روند درمانی‌شان آذرت می‌گذارد و پزشکان را در مورد انتخاب روش مناسب درمان راحت‌تر می‌کند. عدم رابطه مالی بین پزشک و بیمار در این بیمارستان‌ها باعث می‌شود این دو گروه، کمترین برخورد غیردرمانی را دو گروه، کمترین برخورد غیردرمانی را با یکدیگر داشته باشند. سوء تفاهم‌ها از طرف بیمار در مورد ذی‌نفع بودن پزشک در انتخاب اقدام‌های خاص و همچنین نگرانی پزشک از تأثیرگذار بودن عامل مالی بر روند درمان نیز در این بیمارستان‌ها به حداقل می‌رسد.

البته مثل هر سیستمی، این نوع بیمه‌ها هم معایب خاص خود را دارند، توقع بالاتر و گاه بی‌جای بیمار، سوء استفاده احتمالی پزشک از عدم توجه بیمار به اقدام‌های درمانی و لزوم آنها به دلیل رایگان بودنشان و… می‌تواند از نقایض این سیستم باشند که البته اغلب آنها را می‌توان با افزایش آگاهی بیمار و پزشک و همچنین اعمال نظارت و کنترل صحیح برطرف کرد.