

تهیه شده توسط

European Observatory on Health Care Systems

گردآوری و تنظیم: سعید جلیوند

ترجمه: لیلا امیری کردستانی و نوشین آذین؛ اعضای هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی

مقدمه:

سیستم خدمات درمانی و تأمین اجتماعی در کشور پهناور جمهوری اسلامی ایران از دیرباز دارای نقاط قوت و همچنین نقاط ضعف بسیاری بوده است که متأسفانه روند اصلاح نقاط ضعف به قدری کند بوده که در طی سالیانتمادی تغییر محسوسی به چشم نمی‌خورد. از آنجایی که یکی از بهترین روش‌ها در اصلاح یک ساختار و یا یک سیستم اجرایی مطالعه در روش‌های به کار گرفته شده در سایر کشورهای موفق در آن زمینه می‌باشد، برآن شدیم تا با گردآوری و ترجمه تحقیقاتی در زمینه سیستم‌های خدمات درمانی در هشت کشور جهان، خوانندگان گرامی و دست‌اندرکاران سازمان‌های ذریبط را با این مقوله بیشتر آشنا نماییم.

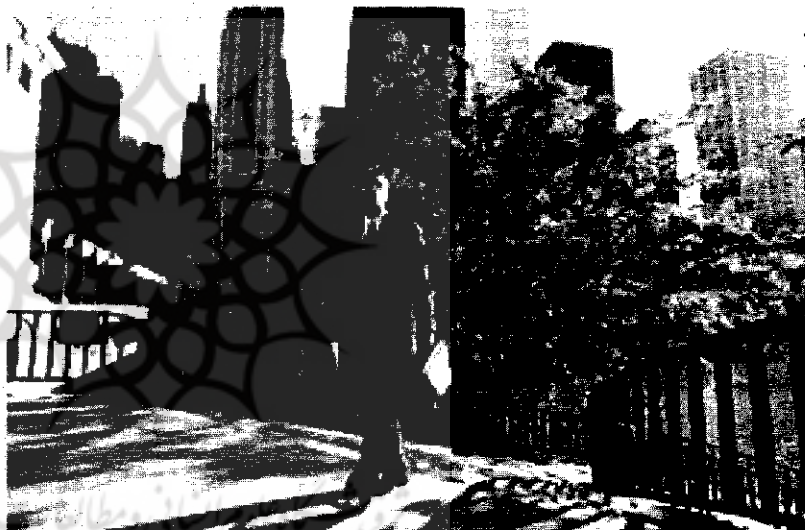
سعید جلیوند

آورده شده است.

این گزارش توسط European Observatory on Health care Systems گردآوری گشته است. این مقاله پروژه‌ای است که برپایهٔ تعهد تمامی شرکا برای ارتقا سیستم خدمات درمانی بنا شده است. اطلاعات استفاده شده بیشتر برپایه تاریخچه تحول کشورهای مربوطه بوده است. برای اطلاع بیشتر از جزئیات گزارش‌ها در سیستم درمانی کشورهای اروپایی می‌توانید به آدرس اینترنتی زیر مراجعه کنید:

www.observatory.dk

این گزارش منتخبی از گزارش کار هشت کشور در تأمین بودجه و توزیع خدمات درمانی می‌باشد و از این طریق ما با تجارب بین‌المللی گوناگون در این زمینه آشنا می‌شویم. دانمارک و سوئد سیستمی تمرکززداد در تأمین بودجه و توزیع خدمات درمانی ارائه می‌دهند. این سیستم در کشورهای اسکانديناوی مرسوم است. آلمان و هلند نمونه‌هایی از ترکیب سیستم‌های بیمه خدمات درمانی اجتماعی (insurance system) (social health) که بیمه خدمات درمانی خصوصی (private health insurance) (که خاص افراد مرفه می‌باشد) را ارائه می‌کنند. فرانسه مدل متمرکزتری از بیمه خدمات اجتماعی را به تصویر می‌کشد. این سیستم پوشش جهانی را ارائه می‌کند که ادغامی از providerهای عمومی، خصوصی انتفاعی و غیرانتفاعی است. در استرالیا و نیوزیلند، سیستم‌های خدمات درمانی اساساً برپایه مالیات با درجات متفاوتی از تمرکززدایی و خصوصی سازی منابع درآمدی هستند. گزارش تمام کشورها برپایه یک الگوی



پیش گفتار

در مارس ۲۰۰۱، وزیر دارایی انگلستان از Derek Wanless خواست تا گزارشی بر هزینه‌های درمانی بیمه شدگان در انگلستان به منظور آگاهی از تأثیرات احتمالی این هزینه‌ها بر روی منابع مورد نیاز برای خدمات بهداشتی در مدت ۲۰ سال آینده تهیه کند. برای یافتن پاسخی مناسب و آگاهانه به این تنگنا، مشاهده کشورهای دیگر به غیر از انگلستان و نحوه عملکرد آنها نسبت به این چالش‌ها بسیار سودمند است. سفارش برای تهیه این گزارش توسط Review Health Trends در HM Treasury داده شد. هدف از این گزارش گردآوری و تهیه یک سری اطلاعات به روز، در مورد سیستم خدمات درمانی هفت کشور به غیر از انگلستان می‌باشد. برای مقایسه، گزارشی در مورد سیستم خدمات درمانی در انگلیس نیز در این گزارش

سیستم خدمات درمانی این است که، دولت فدرال عموماً مالیات‌ها را جمع‌آوری می‌کند اما ایالات (the States) عموماً خدمات عمومی را مدیریت و توزیع می‌کنند و به عبارت دیگر، مسئولیت‌های مالی و عملکردی تقسیم شده‌اند. از اینرو سیاست‌گذاری‌های درمانی در دولت فدرال استرالیا از طریق مذاکرات بین دولت فدرال و ایالات انجام می‌شوند.

استرالیا سیستم درمانی پیچیده‌ای همراه با انواع خدمات و ارائه‌دهندگان آنها به همراه انواع مکانیسم‌های مالی و نظارتی دارد. دولت فدرال بیشتر تأمین بودجه را عهده‌دار است تا تأمین و سرویس‌دهی خدمات درمانی. متخصصین پول به سیستم درمانی در سطح کلان، و سوبسیدهای دارویی و کمک‌های مالی به آسایشگاه‌های سالمندان بر دوش دولت فدرال است. ایالات، با کمک‌های مالی دولت فدرال، عمدتاً مسئول تأمین بودجه و اداره بیمارستان‌های عمومی، خدمات بهداشت روانی و خدمات درمانی جامعه و همچنین نظارت بر کارکنان بخش درمان هستند. پزشکان خصوصی بیشترین معالجات پزشکی و دندانپزشکی جامعه را بر عهده دارند و بخش بزرگی از درمان به بیمارستان‌های خصوصی تعلق دارد.



۲. چه کسی بهره می‌برد و چه مزایایی وجود دارند؟

۲.۱ پوشش Coverage

استرالیا دست‌یابی جهانی به خدمات درمانی را، بدون در نظر گرفتن توانایی در پرداخت، از طریق سیستم بیمه درمانی دولتی مدیکر Medicare پیشنهاد می‌کند. بودجه خدمات درمانی از طریق مالیات عمومی و گرفتن مالیات اجباری درمانی از درآمد حاصله، تأمین می‌شود (شرط انصراف در اواخر سال‌های ۱۹۸۰ برای کسانی که از بیمه درمانی خصوصی استفاده می‌کردند ارائه شد، اما بعدها لغو شد). بیمه درمانی تکمیلی خصوصی، اختیاری است. اما به شدت از سوی دولت فعلی ترویج می‌شود.

استاندارد به رشته تحریر درآمده است که در این گزارش‌ها سؤال کلیدی مورد توجه قرار گرفته است.

۱. چه کسی بهره می‌برد و چه مزایایی وجود دارند؟
 ۲. چه کسی پرداخت می‌کند و چقدر؟
 ۳. چه کسی پول‌ها را جمع‌آوری می‌کند و پول‌ها کجا می‌روند؟
 ۴. چه مقدار و در کجا هزینه می‌شود؟
 ۵. چگونه بیماران به خدمات دسترسی پیدا می‌کنند؟
 ۶. چالش‌های اصلی در سیستم خدمات درمانی کدامند؟
- برای هر کدام از این سئوالات، سئوالات جزئی‌تری برای بانیان مطالعات کشوری تهیه شده است. مطالعات در هر کشور به تنهایی می‌تواند خلاصه‌ای از ویژگی‌های کلیدی خدمات درمانی در آن کشور خاص را به ما ارائه کند. به خاطر محدودیت در داده‌ها و اطلاعات بین‌المللی، تفاوت در توضیحات، و اصطلاحات به کار برده شده ما قادر به ارائه اطلاعات کمی و جامعی در زمینه خدمات درمانی در کشورهای مختلف نبوده‌ایم.

این مطالعات، این موضوع را به طور برجسته و روشنی نشان می‌دهند که علیرغم تفاوت‌های مشخص در نظام برنامه‌ریزی و تأمین سیستم بودجه هر کشور، تمام کشورها با چالش‌های یکسانی مواجهند. این چالش‌ها شامل اطمینان از دسترسی یکسان به خدمات درمانی، ارتقاء کیفیت، بهبود پیامدهای بهداشتی، سرمایه ثابت، افزایش کارایی، پاسخگویی بیشتر و دخالت شهروندان در تصمیم‌گیری‌ها و کاهش موانع بین سلامتی و خدمات اجتماعی هستند. با این وجود، پاسخ‌ها به این چالش‌ها یکسان نیست زیرا هر کشور مناسب‌ترین روش را با توجه به زمینه‌های تاریخی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی خود انتخاب می‌کند. دلایل تفاوت پاسخ‌ها، از حیطة کار این گزارش خارج است. مقصود از این گزارش اطلاع‌رسانی بوده است که چگونه کشورهای مختلف نسبت به چالش‌های جدید سیستم خدمات درمانی واکنش و پاسخ نشان داده‌اند.

استرالیا

جو دیت. هیلی Judith Healy

Judith.healy@anu.edu.au

۱. مقدمه:

سه رده حکومتی در استرالیا وجود دارد: دولت فدرال commonwealth، شش ایالت (the six State) و دو دولت منطقه‌ای و محلی (که البته دولت محلی قانون اساسی مستقلی ندارد). تقسیم‌بندی مهم برای

سی درصدی مالیاتی به افراد دارای بیمه خصوصی درمانی داده شد (به جای سوسید مورد قبل). سومین تغییر سیاست، که از جولای ۲۰۰۰ شروع شد، بیشترین تأثیر در افزایش عضویت راداشت. این تغییر سیاستی تحت پوشش بیمه درمانی مادام‌العمر شد به این معنا که برای افراد بالاتر از سی سال که عضو دائم نبوده‌اند، صندوق بیمه درمانی خصوصی، حق بیمه بالاتری مطالبه می‌کند.

برای افراد بالاتر از ۳۰ سال به ازای هر سال ۲٪ حق بیمه افزایش می‌یابد تا زمانی که فرد تحت پوشش این بیمه قرار گیرد. افراد با پوشش بیمارستانی در تاریخ ۱۵ جولای ۲۰۰۰ یا کسانی که در آینده قبل از ۳۱ سالگی تحت پوشش این بیمه قرار گیرند به طور خودکار تا زمانی که عضویت خود را حفظ کنند شامل پایین‌ترین حق بیمه می‌شوند.

از زمان معرفی بیمه خصوصی درمانی، در جولای ۱۹۹۷، مجازات مالیاتی برای گروه‌های پردرآمد که تحت پوشش این بیمه نیستند، اعمال می‌شود.

۲.۲. مزایا

سوسیدهای خدمات پزشکی محدود به مواردی است که در جدول بهره‌مندی پزشکی Schedual Medical Benefits آمده است. این موارد عبارتند از: هزینه‌های مشاوره برای پزشکان عمومی و متخصصین، آزمایش‌های رادیولوژی و پاتولوژی، آزمایش چشم توسط متخصصین بینایی‌سنج و عمل جراحی و درمانی انجام شده توسط دکترها. Services Advisory Committee Medical طی پیشنهادی به وزیر بهداشت لزوم اضافه کردن برخی خدمات پزشکی و تکنولوژی مدرن را به این جدول، براساس شواهد و معیارهای سودآوری، مورد تأکید قرار داد.

افراد واجد شرایط از نظر Medicare مراقبت‌های پزشکی سرپایی، وسایل رفاهی پزشکی، پرستاری و دیگر مراقبت‌ها را به عنوان بیماران دولتی در بیمارستان‌های ایالتی، به طور رایگان مورد استفاده قرار می‌دهند.

به عنوان گزینه دیگر، آنها می‌توانند به عنوان بیماران خصوصی، درمان را در بیمارستان‌های دولتی یا خصوصی یا برخی حمایت‌ها از Medicare انتخاب کنند.

جدول بهره‌مندی دارویی (PBS) برای خرید اقلام دارویی موجود در لیست مورد تأیید برای دو گروه سوسید می‌دهد. ذینفع‌های عمومی و ذینفع‌های صاحب امتیاز (مستمری‌بگیران و دارندگان مهارت‌های استحقاقی) داروهایی که در جدول PBS لیست نشده‌اند، شامل سوسید

این مزایا در دسترس مردمی است که در استرالیا سکونت دارند. یعنی افرادی که تابعیت استرالیایی همراه با ویزای اقامت دائم دارند یا کسانی که تابعیت نیوزیلند را گرفته‌اند. دولت فدرال قرارداد دوطرفه خدمات درمانی را با کشورهای دیگر به امضا رسانده است (این کشورها عبارتند از: فنلاند، ایتالیا، مالت، هلند، نیوزیلند، سوئد، انگلستان و جمهوری ایرلند). براساس این توافق، ساکنان این کشورها



هنگام مسافرت به استرالیا می‌توانند به طور محدود از پوشش خدمات درمانی استفاده کنند.

درصد جمعیتی که تحت پوشش بیمه درمانی خصوصی هستند از ۳۰٪ در دسامبر ۱۹۹۸ به ۴۵٪ در مارس ۲۰۰۱ افزایش پیدا کرده است و این افزایش به این دلیل است که به کسانی که تحت پوشش درمانی خصوصی قرار گرفته‌اند سوسید تعلق ولی در مقابل، کسانی که این پوشش را ندارند، مشمول جریمه مالیاتی می‌شوند.

عزم دولت ملی جلوگیری از روند کاهش بیمه‌های خصوصی بود. این کاهش از زمان برقراری Medicare در سال ۱۹۸۴ شروع شد. دولت ملی، جوانان و افراد سالم‌تر را تشویق به گرفتن و باقی ماندن در بیمه‌های خصوصی درمانی به منظور بهبود اعضای کرد و از اینرو حق بیمه‌های پایین‌تری انتظار می‌رفت. اما با این حال، صندوق بیمه خصوصی درمانی حق بیمه را در اوایل سال ۲۰۰۲ افزایش داد. این امر به دلیل افزایش تقاضا رخ داد. سه تغییر اصلی سیاستی، برای ترغیب خرید بیمه خصوصی درمانی وجود داشت. اولین مورد، از جولای ۱۹۹۷ شروع شد، افرادی که درآمد مشمول مالیات تا سقف AUD ۲۵۰۰۰ در سال (AUD ۷۰۰۰۰ یک درصدی Medicare برای اشخاصی مالیات‌بندی می‌شد که دارای درآمد مشمول مالیات بیش از AUD ۵۰۰۰۰ (AUD ۱۰۰۰۰) برای خانواده‌ها) بوده و بیمه خصوصی هم نداشتند. دومین مورد، از ژانویه ۱۹۹۹ شروع شد، و تخفیف



مناطق، مشکلات جغرافیایی و فرهنگی در استفاده از خدمات درمانی و تفاوت فزاینده بین وضعیت بهداشتی بومیان استرالیا با دیگر استرالیایی‌ها می‌باشد.

۳. چه کسی پرداخت می‌کند و چقدر؟

۱.۳ مالیات

بودجه سیستم خدمات درمانی در استرالیا اساساً از سوی دولت تأمین می‌شود. ۷۷٪ درآمد در سال ۲۰۰۰، از منابع دولتی بود. (جدول ۱.۱). بودجه دولت فدرال در درمان از طریق مالیات‌های عمومی و مالیات‌های تکمیلی Medicare افزایش یافته است. مالیات‌های تکمیلی Medicare محدود ۲۰٪ کل هزینه‌های درمانی دولت فدرال و حدود ۸۵٪ کل هزینه بهداشت ملی را تأمین می‌کند. پرداخت‌های نقدی ۱۶٪ و بیمه خصوصی درمانی ۷٪ و دیگر منابع مالی ۵٪ از کل هزینه‌های درمانی را شامل می‌شوند.

جدول ۱.۱ منابع اصلی مالی خدمات درمانی در استرالیا، به عنوان درصدی از کل هزینه‌ها

| منبع مالی | درصد کل (%) | | | | |
|------------------------------------|-------------|------|------|------|------|
| | ۱۹۸۰ | ۱۹۸۵ | ۱۹۹۰ | ۱۹۹۵ | ۲۰۰۰ |
| دولتی (شامل بیمه قانونی) مالیات‌ها | ۶۰/۶ | ۷۲/۰ | ۶۸/۳ | ۶۶/۷ | ۷۷/۲ |
| خصوصی پرداخت نقدی | ۱۷/۰ | ۱۵/۵ | ۱۶/۵ | ۱۸ | ۱۶/۲ |
| بیمه خصوصی | ۱۷/۵ | ۹/۵ | ۱۷/۶ | ۱۷/۵ | ۷/۱ |
| موارد دیگر | ۳/۶ | ۳/۰ | ۳/۵ | ۳/۸ | ۵/۵ |

منابع:

Australian Institute of Health and welfare

۲۰۰۰، ۲۰۰۱

دولت فدرال سطح مالیات بر درآمد را تعیین می‌کند و تمامی درآمدها را جمع‌آوری می‌کند. این قدرت را قانون اساسی به دولت فدرال داده است.

نمی‌شوند.

این خدمات شامل خدمات Medicare نیستند؛ درمان‌های دندانپزشکی، خدمات آمبولانس، خدمات مربوط به آسایشگاه، فیزیوتراپی، درمان‌های شغلی، گفتار درمانی، کایروپراکتیک و خدمات مربوط به ناهنجاری‌های یاد، درمان‌های روانشناسی، وسایل درمانی بینایی و شنوایی و خدمات مربوط به اتمام مصنوعی و خدمات پزشکی که در Medicare لیست نشده‌اند مانند جراحی‌های زیبایی.

از زمان معرفی Medicare در سال ۱۹۸۴، بیمه خصوصی شامل درمان‌های سربایی نمی‌شد (یعنی مابه‌التفاوت هزینه واقعی پرداخت شده و بازپرداخت از طرف کمیسیون بیمه درمانی Commission Health Insurance. به هر صورت، هزینه برخی اقلام کمکی که در Medicare موجود نیست تا حدی تحت پوشش صندوق بیمه خصوصی درمانی است مانند خدمات دندانپزشکی و چشم پزشکی (عینک و لنز)، فیزیوتراپی، کایروپراکتیک و وسایل و دستگاه‌ها و داروهای تجویز شده که تحت پوشش جدول بهره‌مندی دارویی نیستند.

هیچ محدودیتی در میزان خدمات پزشکی مورد استفاده توسط یک فرد وجود ندارد. بهره‌های خدمات درمانی، سهمیه‌بندی نشده‌اند و اختلاف نظر در مورد سهمیه‌بندی خدمات بسیار ناچیز است. خدمات بیمارستان‌های دولتی بر اساس لیست انتظار، الویت‌بندی شده‌اند.

با وجود مشکلات آشکار باقیمانده، سیستم خدمات درمانی استرالیا در مقایسه با دیگر کشورهای صنعتی نسبتاً منصفانه است.

مشکلات شامل مشکلات مالی از دندانپزشکی، کمبود متخصصین بهداشتی در بعضی

دولت فدرال مالیات بندی Medicare را مشخص می کند، آستانه درآمد Income Threshold وجود دارد نه سقف درآمد Income Ceiling، و کارفرما کمک می کند، تمام پرداخت ها از جانب اعضا است.

۳.۳ Private health insurance premia

حق بیمه خصوصی درمانی

حق بیمه خصوصی درمانی بین منابع مالی و طرح ها به طور چشمگیری متفاوت است و از جولای ۲۰۰۰، برای پوشش درمانی مادام العمر، صندوق خصوصی درمانی اجازه پیدا کرد که حق بیمه بالاتری از افراد بالاتر از ۳۰ سال که عضویت مداوم در صندوق خصوصی درمانی نداشته اند، دریافت کند. این میزان برای Medibank private که بالاترین بودجه را دارد از AUD ۲۵۷ برای هر شخص در هر سال تا AUD ۹۶۱ بسته به سطح و حدود پوشش انتخاب نشده، متغیر است. (تخفیف ۳۰٪ مالیاتی این مقدار را کاهش می دهد).

۳.۴ هزینه های مصرف کننده User charges

پرداخت نقدی مصرف کنندگان، ۱۶٪ هزینه کل خدمات درمانی را تشکیل می دهند. پرداخت های اصلی مصرف کنندگان شامل داروهای که تحت پوشش جدول بهره مندی دارویی نیستند، دندان پزشکی، و مابه التفاوت بین بهره Medicare و جدول حق الزحمه که توسط پزشکان محاسبه می شود و سایر پرداخت ها به متخصصین درمانی همچون متخصص فیزیوتراپی، می باشد. معالجات در بیمارستان های دولتی رایگان است، درمان توسط پزشکان عمومی و متخصصین هم رایگان است البته اگر پزشک از سیستم bulk-bill استفاده کند. به اقلام دارویی اصلی، سوپسید تعلق می گیرد و امتیازاتی در اختیار مستمري بگيران از طریق کارت های پزشکی مستمري بگيران Card Pensioner Medical قرار می گیرد.

این کارت ها مخصوص افراد کم درآمد و استفاده کنندگان دائمی خدمات درمانی در سال می باشد.

پزشکان از بیماران حق الزحمه مطالبه می کنند. این بیماران سپس بازپرداخت ۸۵٪ از جدول حق الزحمه را از Medicare تقاضا می کنند. این بازپرداخت برای خدمات پزشکی خارج از بیمارستان است. گاهی پزشکان عمومی نرخي بالاتر از جدول حق الزحمه و bulk-bill Medicare (که بعداً پول را مستقیماً به دکتر پرداخت می کند) را مطالبه نمی کنند ولی دکترها به هر صورت اجازه دارند که بالاتر از جدول حق الزحمه را درخواست کنند که در این صورت بیماران آنها باید «تفاوت» بین جدول حق الزحمه و نرخ Medicare را بپردازند. بسیاری از مصرف کنندگان پرداخت نقدی بالاتر

مالیات بر درآمد، تصاعدي و وابسته به میزان درآمد است. شکل اصلی مالیات، مالیات بر درآمد است که به صورت ملی جمع آوری می شود. مالیات بر درآمد بر فرد اعمال می شود نه بر خانوار (بدین معنا که به زن و شوهر مالیات جداگانه بسته می شود). این درصد در سال ۲۰۰۱ از این قرار بود: پایین تر از AUD ۵۴۰۰ معاف از مالیات، بین ۲۰۷۰۰ - AUD ۵۴۰۱، ۱۷٪، بین ۲۰۷۰۱ - ۵۰۰۰۰، ۳۰٪، بین



AUD ۶۰۰۰۱ - ۲۴۲ AUD ۵۰۰۰۱، و بیش از ۲۴۷ AUD ۶۰۰۰۱، مالیات های ایالتی و محلی غیرمستقیمی نیز وجود دارد.

با این وجود، از اول جولای ۲۰۰۰، استرالیا یک سیستم جدید مالیاتی را به اجرا گذاشت که بسیاری از این مالیات ها را لغو کرده و آنها را با ۱۰٪ مالیات کالاها و خدمات جایگزین کرد.

«Goods and services tax (GST)». ایالات و مناطق اکنون، تمام درآمدهای GST را دریافت می کنند و از این طریق قادر به ارائه خدمات ضروری مانند خدمات درمانی می شوند. اول از آنجایی که مالیات های غیرمستقیم (indirect taxes) تصاعدي نیستند، آغاز معرفي GST موجب بحث و اختلاف نظر گردید.

۳.۲ Social Health Insurance Contribution

اعطای بیمه درمانی اجتماعی

مدیکر Medicare، سیستم دولتی بیمه درمانی، اساساً سیستمی است که بودجه اش از مالیات تأمین می شود و این مالیات از طریق سازمان ایالتی استرالیا Department Australian Tax که توسط کمیسیون بیمه درمانی Insurance Commission Health اداره می شود، جمع آوری می گردد. مالیات درمانی برای هر پرداخت کننده مالیاتی برابر ۷۵٪ درآمد مشمول مالیات، یا ۲/۵٪ برای درآمدهای بالاتر که تحت پوشش بیمه خصوصی درمانی هم نیستند، می باشد.

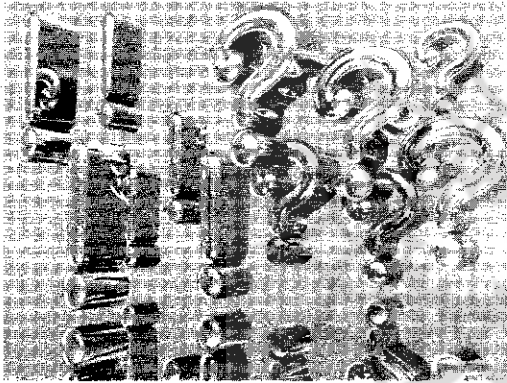
رود، بازپرداخت مالیاتی ۲۰٪ هزینه‌های مازاد بر ۱۲۵۰ AUD مجاز است.
از سال ۱۹۹۹، اهداکنندگان به صندوق‌های بیمه خصوصی درمانی نیز شامل ۳۰٪ تخفیف مالیاتی در حق بیمه می‌شوند.

۴. چه کسی پول‌ها را جمع‌آوری می‌کند و پول‌ها کجا می‌روند؟

۴.۱. سازمان تأمین بودجه

مالیات‌های استفاده شده برای تأمین بودجه خدمات درمانی در سطح ملی و توسط سازمان مالیاتی استرالیا

(Australia Taxation Department) جمع‌آوری می‌شود. این شامل مالیات بندی Medicare که نوعی مالیات بر درآمد است و از افراد گرفته می‌شود، می‌باشد. و عمدتاً توسط کارفرمایان از درآمد کسر می‌شود. بودجه دولت ایالتی برای خدمات درمانی از دو منبع تأمین می‌شود: اول، درآمد عمومی دولت فدرال و کمک‌های دولتی با اهداف ویژه و دوم،



درآمد عمومی ایالتی. دولت فدرال از طریق اعتبار مالی درمانی، ایالات را تأمین بودجه می‌کند و این مورد به طور فزاینده‌ای با شرایط خاص مرتبط است و از طریق پرداخت‌های GST united انجام می‌گیرد. وزیر بهداشت دولت فدرال و ایالات باید برای حفظ و افزایش سهم بودجه خود با دیگر وزرا به رقابت می‌پردازند.

این بودجه عموماً از حدود ۱۶٪ بودجه بازگشتی (recurrent budget) دولت فدرال و حدود ۱۳٪ بودجه بازگشتی ایالات حاصل می‌شود.

عموم مردم حق انتخاب صندوق‌های بیمه خصوصی درمانی را دارند. در ژوئن ۱۹۹۸، ۴۴ سازمان بهره‌مندی درمانی ثبت شده

(registered health benefits organisations)

وجود داشت که ۲۸ سازمان پذیرای عموم مردم و ۱۶ سازمان دارای عضویت تحت کنترل و ویژه بود. ۳ صندوق از بزرگ‌ترین صندوق‌ها حدود ۳۳ بازار را پوشش می‌دهند که شامل Medibank private (که

در سال ۱۹۹۷ از کمیسیون بیمه درمانی Health Insurance Commission جدا شد و به

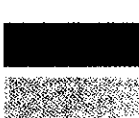
از جدول حق الزحمه را برای ویزیت متخصصان خصوصی متحمل می‌شوند. Medicare شبکه‌های حفاظتی هزینه‌ای گوناگونی دارند (safety nets cost). اگر تفاوت مبالغ پرداختی یک شخص یا یک خانواده به پزشکان (تفاوت بین بازپرداخت Medicare و جدول حق الزحمه) از ۳۰۲۳۰ AUD در یک سال (ایندکس سالانه) فراتر رود، تمام نرخ‌های آتی در آن سال تا سقف ۱۰۰٪ جدول حق الزحمه پرداخت می‌شود.

معالجات برای یک بیمار دولتی در بیمارستان‌های دولتی رایگان است (هم برای بیماران بستری هم بیماران سرپایی). بیماران خصوصی برای معالجه خود در بیمارستان‌های دولتی یا خصوصی حق انتخاب دکتر را دارند. Medicare تنها ۷۵٪ جدول حق الزحمه را برای خدمات پزشکی بازپرداخت خواهد کرد. می‌توان تمام یا قسمتی از مابه تفاوت را از بیمه‌گران خصوصی درمانی مطالبه کرد، البته این در صورتی است که پزشک یا بیمه‌گر قرارداد داشته باشد. برای یک بیمار خصوصی، هزینه‌های اسکان در بیمارستان قابل بازپرداخت توسط Medicare نمی‌باشد اما ممکن است از طریق بیمه خصوصی درمانی مطالبه گردد (بسته به سطح پوشش). حدود ۶۳٪ فعالیت بیمارستان‌های خصوصی از طریق بودجه خصوصی درمانی تأمین می‌شود.

O-جدول بهره‌مندی دارویی Pharmaceutical

Benefits Scheme هزینه‌های دارویی را برای مصرف‌کنندگان مشخص کرده است. مصرف‌کنندگان عمومی یک پرداخت مشترک از اولین ۲۷۹۰ AUD برای هر نسخه و مصرف‌کنندگان دارای امتیاز پرداخت مشترکی از ۳۷۵ AUD برای هر نسخه (مانند ژانویه ۲۰۰۰) دارند. داروسازان داروهای بدون علامت تجاری (generic) را طبق جدول بهره‌مندی دارویی می‌پسند (حدود ۳۴ نسخه‌ها از داروخانه‌های اجتماعی سوسید می‌گیرند) و اگر مصرف‌کنندگان داروی خاص با علامت تجاری را بخواهند باید پول بیشتری پرداخت کنند. جدول بهره‌مندی دارویی یک شبکه حفاظتی است که هزینه‌های سالیانه دارویی مصرف‌کنندگان تحت پوشش PBS را محدود می‌کند. بعد از رسیدن به حد آستانه (۶۶۹۷۰ AUD رایج در تقویم سالیانه برای مصرف‌کنندگان عمومی و ۱۸۲ AUD برای ذینفع‌های دارای امتیاز)، مصرف‌کنندگان عمومی برای نسخه‌های بعدی پول را بر اساس نرخ پرداخت اشتراکی افراد دارای امتیاز پرداخت می‌کنند، در حالی که تمام افرادی که دارای کارت‌های امتیاز هستند تمام نسخه‌های بعدیشان رایگان است.

هنگامی که شبکه هزینه‌های پزشکی یک پرداخت‌کننده مالیات در سال از ۱۲۵۰ AUD فراتر



موسسه بازرگانی دولت تبدیل شد) می‌باشد. همانطور که قبلاً ذکر شد، سیاست کنونی دولت فدرال، تحکیم بیمه خصوصی درمانی از طریق تشویق به این کار و تنبیه در صورت عدم عضویت می‌باشد.

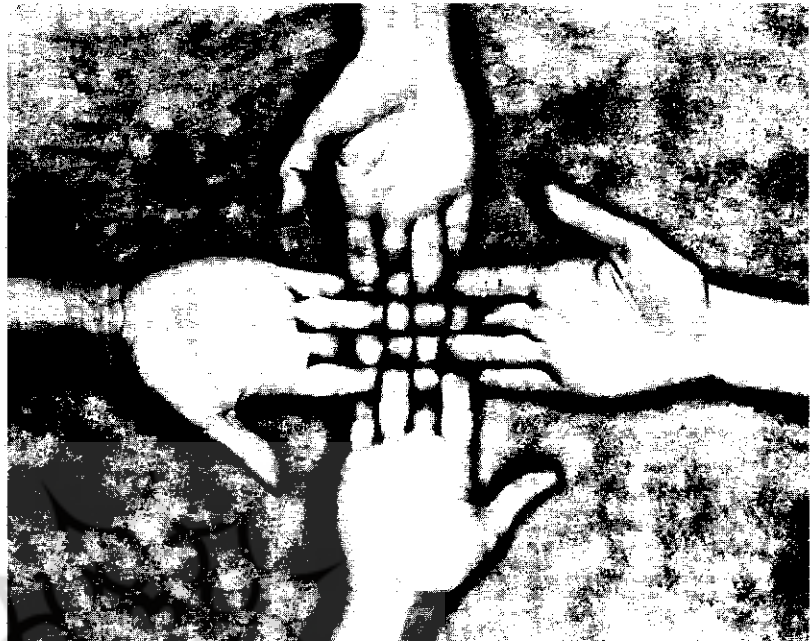
صنعت بیمه خصوصی درمانی به طور دقیق تحت نظارت است. این نظارت تحت چارچوب

درمانی Insurance Commission Health به مصرف کننده یا provider پرداخت می‌شود. جدول بهره‌مندی دارویی (به قیمت داروها سوبسید تعلق می‌گیرد).

موافقت نامه‌های خدمات درمانی استرالیا (Australian Health Care Agreements) (به دولت های ایالتی به عنوان خریداران خدمات بیمارستان دولتی پرداخت می‌شود).

مراقبت های اقامتی افراد کهنسال (از نظر تئوری و قانونی به طور روزانه به مصرف کنندگان تعلق می‌گیرد ولی در عمل به آسایشگاه‌ها پرداخت می‌شود).

موافقت نامه های خدمات درمانی استرالیا (بودجه برای بیمارستان های دولتی) هر پنج سال یک بار بین دولت فدرال و دولت های ایالتی مورد بررسی قرار می‌گیرد. فرض بر این است که مسئولیت بیمارستان های دولتی برگردن ایالات است. دولت فدرال اعتبار آتی ایالات را تعیین می‌کند و این کار بر اساس فرمول جمعیت به علاوه مولفه های اجرایی اندازه گیری می‌شود؛ از اینرو اگر تقاضا و هزینه های در این مدت ۵ ساله افزایش یابند، ایالات بیشترین مخاطرات را متحمل می‌شوند. مذاکرات مجدد بر روی این موافقت نامه های پیچیده به بحث و تبادل نظر در مورد سطح مناسب بودجه دولت فدرال احتیاج دارد. ایالات عموماً این بودجه را برای هزینه های رو به رشد بیمارستان ها ناکافی می‌دانند. این موافقت نامه ها یکسری شروط و مشخصه های اجرایی را مانند اهداف خدماتی در نظر می‌گیرند، اما در عین حال به ایالات اجازه انعطاف بیشتر بر روی توزیع منابع به بیمارستان ها را نیز می‌دهند. شرط اساسی برای ایالات فراهم آوردن امکان دسترسی رایگان به خدمات درمانی در بیمارستان های دولتی برای کلیه افراد واجد شرایط می‌باشد.



Health Insurance ACT و Health ACT ۱۹۵۳ National ۱۹۷۳ تهیه گردید و توسط مقامات قانونی Private Health Insurance Administration اعمال می‌گردد. صندوق بیمه خصوصی باید یک سازمان بهره‌مندی درمانی ثبت شده بوده و با تمام فعالیت هایش تحت کنترل دقیق باشد؛ به طور مثال بیمه گران باید تمام متقاضیان را قبول کرده و در میزان حق بیمه و پرداخت منافع تبعیضی قائل نشوند.

توزیع منابع

یک سیکل سالانه بودجه (اگرچه بعضی برنامه‌ها سیکل مالی ۳-۵ ساله دارد) و یک کنفرانس سالانه بین دولت فدرال و ایالات برای مذاکره و توافق نسبت به تقسیم درآمدها وجود دارد. برخی از پول های اهدایی «برابری مالی» (equalisation fiscal grants) می‌شوند. این کار توسط کمیسیون کمک های دولت فدرال (Commonwealth Grants Commission) انجام می‌شود. در این برابری سازی به برخی ایالات فقیرتر از طرف ایالات غنی تر نیز سوبسید داده می‌شود. دولت فدرال کمک های خود به ایالات را برای خدمات درمانی از چهار طریق اعطا می‌کند:

۴.۲ سازمان خرید و قراردادها

در استرالیا سیستمی جامع و فراگیر برای سازمان های تأمین بودجه و درآمد مانند انگلستان و نیوزیلند، دیده نمی‌شود، متدهای گوناگونی برای پرداخت وجود دارد. حق مشاوره های پزشکی جلوتر پرداخت می‌شود. بهای دارو تحت نظارت قرار دارد. هزینه های بیمارستانی در آینده و بعداً پرداخت می‌شوند و کارمزدهای بیمارستان های خصوصی و آسایشگاه های ویژه سالمندان و معلولین به صورت روزانه پرداخت می‌شود.

مراقبت های اولیه Primary / Care /

Ambulator

جدول بهره‌مندی بیمه های پزشکی (Medicare)

بهره های Medicare (سوبسید برای خدمات پزشکی سرپایی مستقیماً توسط کمیسیون بیمه

را براساس سودآوری محصول جدید ارائه می‌دهد. در کل، برنامه و طرح PBC تقریباً در قانونمند کردن کیفیت و بهای داروها نسبت به سایر کشورهای صنعتی، موفق عمل کرده است.

مراقبت‌های بیمارستانی Hospital Care

بر اساس موافقت‌نامه خدمات درمانی استرالیا، دولت فدرال بودجه‌ای برای تأمین مخارج به بیمارستان‌های دولتی بر اساس میزان کارایی و توانایی از طرف ایالات تخصیص داده است.

اکثر بیمارستان‌های دولتی (به عنوان سازمان‌هایی خودگردان) مسئول مدیریت بودجه‌ای که از سوی ایالات دریافت می‌کنند، هستند. در حال حاضر بیشتر استان‌ها بودجه این بیمارستان‌ها را از طریق ترکیب بودجه جامع آتی و پرداخت‌های DRG تأمین می‌کنند.

استرالیا در سال ۱۹۸۵ شروع به اجرای مدل پرداخت (DRG) یا (diagnosis related group) کرد و بنابراین در پیچیدگی‌های سیستم‌های DRG بیش از ۱۵ سال تجربه دارد. استرالیا خود سیستم طبقه‌بندی استاندارد خویش را با ۶۶۷ گروه در حال حاضر به نام Related Groups Australian National Diagnostic (با علامت اختصاری AN-DRGS) راه‌اندازی کرده است. تحت فشار دولت فدرال، سهمیه ایالت‌ها به جز (New South Wales) در حال حاضر سیستم DRG را برای تأمین بودجه بیمارستان‌های دولتی به کار می‌گیرند. نیوساوت ولز عناصر بسیار زیادی از تأمین بودجه جمعیت را در بیمارستان‌های پولی (Paying) حفظ کرده است. و از اطلاعات موارد ترکیبی بیشتر به عنوان ابزار مدیریتی استفاده می‌کند. گاهی ایالت‌ها خدمات بیمارستانی را از بخش خصوصی تحت قراردادهای خرید خدمات purchase-of-service خریداری می‌کنند. به نظر می‌رسد تأمین بودجه موارد ترکیبی از کارایی بیشتری برخوردار باشد.

مصوبه روابط محل کار (place relation ACT) در سال ۱۹۹۶ توجه روابط صنعتی را از اهدای کمک‌های بی‌چون و چزا به سمت سرمایه‌گذاری آزاد با حداقل دخالت دولت، بحث بر سر دستمزد و شرایط کارکنان سوق داد.

دوره‌های قرارداد، شرایط و میزان وجوه پرداختی برای پزشکان که از سوی بیمارستان‌های عمومی استخدام می‌شود در بین ایالات متفاوت است. دو گروه اصلی وجود دارد. کارکنان بخش پزشکی حقوق بگیر که به عنوان کارکنان بیمارستان استخدام می‌شود و در ازای کار تمام وقت در بیمارستان‌ها به آنان حقوق پرداخت می‌شود. دسته دوم کارکنان پزشکی مدعو هستند که به صورت پیمانکاری مستقل استخدام می‌شوند و می‌توانند یا به ازای مدت زمانی که در

(Benefits Shchedule) هزینه‌ای مشخص برای خدمات پزشکی تدوین کرده است. در این طرح دولت فدرال (commonwealth government) هزینه‌های درمانی را پرداخت خواهد کرد. پزشکان عمومی هزینه خدمات را مطالبه کرده (همانگونه که در بخش ۳۴ توضیح داده شد) و می‌توانند صورت‌حساب را مستقیماً به بیماران ارائه دهند.

در حالت buck-bill کمیسیون بیمه‌های درمانی مقرر کرده که پزشکان ۸۵٪ هزینه جدول را به عنوان دستمزد کامل برای خدمات خود دریافت کنند.

اکثریت پزشکان حالت دوم را طبق اصولی قانونمند اعمال می‌کنند، چنانکه در سال‌های ۲۰۰۰-۱۹۹۹ نزدیک به ۸۰٪ خدمات به بیماران از طریق bulk-billing رایگان بود. پزشکان عمومی می‌توانند مبلغ اندکی (برحسب درآمد کلی) از خدمات درمانی عمومی دریافت کنند. بیماران در ازای خدمات پزشکی و آزمایشگاهی پول پرداخت می‌کنند و سپس ۸۵٪ در صد پول پرداختی برحسب جدول هزینه‌های بیمه‌های پزشکی به آنان بازپرداخت می‌گردد (و یا درمان رایگان در صورت استفاده پزشک از bulk-bill دریافت می‌کنند).

معمولاً در بازپرداخت‌ها تأخیری رخ نمی‌دهد. دولت فدرال به پزشکان عمومی و متخصصان بخش خصوصی با تحمیل جدول بهره‌مندی بیمه‌های پزشکی Medicare Benefits Schedule تأثیر گذاشته است. برای جلوگیری از استفاده بیش از اندازه از خدمات، الگوهای خدمات پزشکان عمومی توسط کمیسیون بیمه درمانی به دقت مورد بررسی قرار می‌گیرد. جدول بهره‌مندی بیمه‌های پزشکی Medicare Benefits Schedule به عنوان ترمزی برای هزینه‌های پزشکی عمل کرده اما در ضمن پرداخت‌ها را نیز تضمین می‌کند.

داروسازی Pharmaceuticals

امور مربوط به داروسازی و داروسازان از مراحل ارزیابی جامعه عبور کرده و پس از آن دارو در جدول بهره‌مندی دارویی Benefits Schedule Pharmaceutical لیست می‌شود. در ابتدا دارو باید جهت بازاریابی در استرالیا به ثبت برسد. در مرحله دوم کمیته مشورتی بهره‌مندی دارویی The Committee pharmaceutical Benefits Advisory که یک مرجع قانونی مستقل می‌باشد، باید توصیه کند که داروی ثبت شده در لیست قرار گیرد. در مرحله سوم وزیر درمان باید تصمیم بگیرد که این توصیه را بپذیرد یا خیر. در پایان دولت فدرال بر سر قیمت با عمده‌فروشان بحث و تبادل نظر می‌کند. از سال ۱۹۹۳، در ابتکاری نو و بین‌المللی، کمیته مشورتی بهره‌مندی دارویی، Committee The pharmaceutical Benefits Advisory بخش عمده توصیه‌های خود

۲۵/۹ ۲۵/۵ ۲۲/۵ ۲۲/۲

غیردولتی

۲۸/۱ ۳۲/۳ ۳۷/۰ ۲۸/۸

منبع: انستیتو درمان و رفاه استرالیا ۲۰۰۱-۲۰۰۰

هفته مشغول به کار بوده‌اند و یا به صورت موردی، در ازای خدماتشان حقوق دریافت کنند (service-fee-for).

۵. چه مقدار و در کجا هزینه می‌شود؟
۵.۱ هزینه‌ها

استرالیا ۸۵ درصد از GDP خود را در سال ۲۰۰۰ در درمان هزینه کرده است. (جدول ۱.۲) که در مقایسه با سایر کشورهای OECD در میانه جدول قرار دارد. هزینه‌ها به طور دائم طی دهه گذشته با رشد سالیانه بالای ۲٪ افزایش یافته‌اند. هزینه سرانه در مورد برابری قدرت خرید در استرالیا در سال ۲۰۸۵۱۹۹۸ UDS PPP (در مقایسه با USD PPP ۱۵۱۰ در انگلستان) بود. استرالیا در رده‌های میانی، در بین کشورهای OECD و هم‌ردیف با سطح پیش‌بینی شده و اعلام شده درآمد سرانه قرار دارد. نسبت بخش عمومی از هزینه کل در استرالیا چیزی کمتر از (۷۱٪) برخی کشورهای OECD است. دولت فدرال ۴۸٪ از هزینه‌های درمانی در سال‌های ۲۰۰۰-۱۹۹۹ و ایالات و دولت‌های محلی ۲۳٪ (تنها بخش کوچکی از مورد دوم مربوط به دولت‌های محلی است) از آن را تأمین کرده‌اند. این در حالیست که ۲۹٪ باقیمانده از سوی منابع خصوصی تأمین شده است (جدول ۱.۳).
جدول ۱.۲ روند هزینه‌های درمان استرالیا، ۲۰۰۰-۱۹۷۰

در سال ۱۹۹۷، مراقبت‌های بیمارستان بستری در

| بها در قیمت‌های فعلی (میلیون AUD) | ۱۹۷۰ | ۱۹۷۵ | ۱۹۸۰ | ۱۹۸۵ | ۱۹۹۰ | ۱۹۹۵ | ۲۰۰۰ |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| بهای در قیمت‌های ثابت ۱۹۹۰ (میلیون AUD) | ۵۷۱۹ | ۱۰۲۲۴ | ۱۶۸۲۲ | ۲۰۶۳۸ | ۳۱۲۷۰ | ۴۱۷۸۳ | ۵۳۴۵۷ |
| رشد سالانه به نسبت هر فرد، قیمت‌های ثابت، % | NA | NA | NA | ۴/۳ | ۰/۷ | ۳/۸ | ۷/۹ |
| سهم GDP (%) | ۴/۸ | ۷/۲ | ۷/۰ | ۷/۴ | ۷/۹ | ۸/۲ | ۸/۵ |
| بها در قیمت‌های فعلی، سرانه، (VSD PPP) | ۲۰۷ | ۴۳۸ | ۶۶۳ | ۹۹۸ | ۱۳۲۰ | ۱۷۷۸ | ۲۰۸۵ |
| سهم عمومی از هزینه‌های درمان سهمی (%) | ۵۶/۷ | ۷۲/۸ | ۶۲/۹ | ۷۱/۷ | ۶۷/۷ | ۶۷/۷ | ۷۷/۲ |

منبع: Welfare ۲۰۰۰ Australian Institute of Health and

NA: در دسترس نیست.

بیمارستان ۲۳٪ از کل هزینه را در بر گرفت. درمان‌های سریایی نزدیک ۲۳٪ و خدمات دارویی ۱۷٪، بهداشت عمومی (پیشگیری از بیماری‌ها و ترویج بهداشت عمومی) کمتر از ۲٪ از محل بودجه درمان و تحقیقات در بخش سلامتی و بهداشت ۵/۶٪ را پوشش دادند.

جدول ۱.۳. مخارج دولتی و غیردولتی به صورت درصدی نسبت به کل هزینه خدمات درمانی ۱۹۸۵/۱۹۸۶ تا ۱۹۸۹/۲۰۰۰ (قیمت‌های فعلی) ۱۹۸۵/۱۹۸۶ ۱۹۹۰/۱۹۹۱ ۱۹۹۵/۱۹۹۶ ۱۹۹۹/۲۰۰۰

-دولتی

-فدرال

-ایالات و محلی

۷۷۹ ۶۷۷ ۶۸۱ ۷۷۲

۴۶/۰ ۴۲/۲ ۴۵/۶ ۴۸/۰

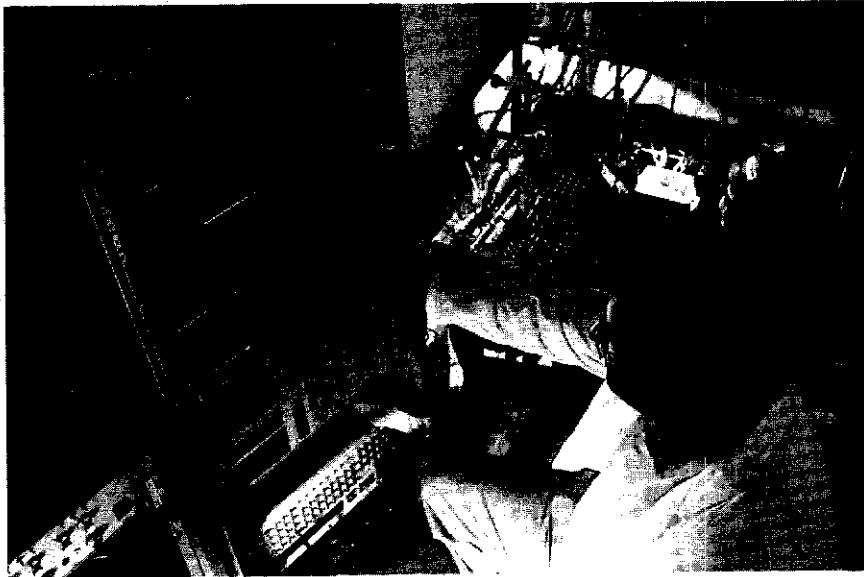
۶. چگونه بیماران به خدمات دسترسی پیدا می‌کنند؟

۶.۱ دسترسی

مسائل دسترسی، عدم تبعیض و کیفیت توسط گروه‌های دولتی و خصوصی با استفاده از روش‌های گوناگونی کنترل می‌شوند. درباره حقوق مشتریان، گروه‌های محلی و فعالی در استرالیا مانند Association Australian Consumer و Health Forum Consumer وجود دارند، در ضمن گروه‌های کمک و مدافع در زمان بروز مشکلات و شرایط درمانی خاص، نیز در دسترس است. از سال ۱۹۹۳ کلیه ایالات ملزم گشته‌اند که موافقت‌نامه‌های خدمات درمانی (Healthcare Agreements)، patient hospital charters public، (نوعی معافیت‌های رسمی) را ایجاد کنند همچنین کلیه ایالات آئین‌نامه‌هایی برای رسیدگی به شکایات و خواسته‌های شغلی دارند که کل سیستم درمان را چه از طریق مأموران دولتی که کارشان رسیدگی به شکایات مردم است و چه از طریق اعضای کمیسیون خدمات درمانی commissioner Health service تحت پوشش قرار می‌دهند. بیماران بیمارستان‌های خصوصی می‌توانند به مأموران بیمه‌های درمانی خصوصی که کارشان رسیدگی به شکایات است، مراجعه کنند. بودجه این بخش قانونی از طرف دولت فدرال و از طریق وضع مالیات بر حساب‌های بیمه‌های شخصی تأمین می‌شود. همچنین بیماران می‌توانند به انجمن‌های ثبت شده قانونی پزشکی در هر ایالت شکایت کنند. آزادی در قانون اطلاعات به بیماران (در صورت تمایل) قدرت دسترسی به مدارک و پرونده‌های پزشکی خود را می‌دهد. روش خاصی برای ثبت مدارک پزشکی وجود ندارد. اگرچه امکان ثبت الکترونیکی مرکزی مورد بحث قرار دارد. در حال حاضر انواع گوناگونی از روش‌های ثبت مدارک پزشکی در حوزه درمان دیده می‌شود. بیماران در صورت اخذ موافقت دو طرفه و یا داشتن بیمه درمانی خصوصی که چنین درمان‌هایی را تحت پوشش قرار می‌دهد، می‌توانند در سایر کشورها نیز تحت درمان قرار گیرند.

۶.۲ درمان‌های سریایی

پزشکان عمومی که انواع درمان‌های پزشکی اولیه را ارائه می‌دهند، غالباً مستقل و از نظر کاری آزاد بوده و شغل خود را به صورت نوعی کسب و کار کوچک اداره می‌کنند.



می توانند برخی مراقبت های اولیه را به عهده بگیرند، امروز پرستاران بیشتر به صورت مستقل کار می کنند و وظایف و نقش آنها افزایش یافته است. برای مثال آنها می توانند برای گروه محدودی از داروها و آزمایشات پزشکی نسخه بنویسند.

مراقبت های اولیه پزشکی توسط خدمات پرستاری در منازل و کلینیک های عمومی سلامت مادر و کودک نیز ارائه داده می شود. سایر مشاغل پزشکی وابسته مانند فیزیوتراپ ها (physiotherapist) و متخصصین تغذیه (dietician) نیز خدمات اولیه پزشکی را ارائه می دهند، اما اغلب در بخش خصوصی و تحت پوشش برنامه های بیمه های مشخصی هستند. غالباً Medicare (بیمه خدمات درمانی) آنان را تحت پوشش قرار نمی دهند. خدمات ایالتی، خدمات دندانپزشکی را برای بچه های مدرسه ای و افرادی که درآمد پایین دارند، فراهم می کند. برای دیگر افراد خدمات دندانپزشکی پولی بوده و غالباً توسط بخش خصوصی اداره می شود. پزشکان داروساز حجم قابل ملاحظه و چشمگیر اما غیر دقیق و حساب نشده از توصیه های پزشکی را ارائه می دهند. پزشکی جایگزین و مکمل (complementary and alternative medicine) توسط عموم مردم مورد استفاده قرار می گیرد. تحقیق اخیر South Australian گزارش داد که بیش از ۲۰ درصد از پاسخگویان با پزشکان طب جایگزین (مثل طب سوزنی: مترجم) مشورت کرده اند.

آمار مشورت با پزشکان در سال ۱۹۹۹، ۶۰۳ مشاوره کلینیکی در سال است. این نرخ در طی دهه گذشته تقریباً ثابت و شبیه به سایر کشورهای صنعتی (OECD ۲۰۰۱) بوده است. اما این میزان در کشور استرالیا در مناطق شهری بسیار بیش از مناطق روستایی است. هیچ گونه آمار قابل اعتمادی درباره مراجعات بیماران سرپایی به بیمارستان ها وجود ندارد.

همچنین برخی از پزشکان عمومی با کمپانی ها، قراردادهای پیمانی برای مثال برای چکاپ کارمندان می بندند. در روندی نسبتاً جدید امروزه تعداد فزاینده ای از پزشکان عمومی برای زنجیره خدمات درمانی خصوصی کار می کنند. طبابت های گروهی امری متداول است. و پزشکان عمومی که به صورت یک نفره کار می کنند، امروزه تنها ۱۴/۵٪ از کل را دربر می گیرند. اکثر پزشکان عمومی از نظر شغلی مستقل هستند اما تعداد کمی از آنان نیز کارکنان حقوق بگیر دولت فدرال، یا دولت ایالتی می باشند.

متخصصان می توانند هم در بخش خصوصی و هم در بیمارستان های عمومی و یا خصوصی مشغول به کار شوند.

بیماران بدون هیچ محدودیتی حق انتخاب پزشک عمومی را دارند و البته از آنجایی که این موارد ثبت نمی شوند، می توانند با چندین پزشک مشورت کنند. معمولاً در حالت های اورژانس بیماران می توانند به پزشکان عمومی خیلی سریع و یک روزه مراجعه کنند و یا برای چند روز بعد به هر مناطقی خاص، وقت ملاقات بگیرند.

در سال ۱۹۹۸ استرالیا به ازای هر ۱۰۰۰ نفر، ۴/۲ پزشک داشت که این میزان از اکثر کشورهای OECD کمتر است. این در حالیکه تعداد پزشکان عمومی ۷۱ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت است. این مقیاس در انگلستان ۰/۶ محاسبه شده است. بنابراین پزشکی عمومی اصلی ترین نوع خدمات پزشکی است. ۴۳٪ کل کارکنان بخش پزشکی را شامل می شود. رشد پزشکی تخصصی در دو دهه پیش کاهش یافته است.

در ۱۹۹۸ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت ۹/۵ پرستار در استرالیا وجود داشت. مشورت های پرستاری از طریق بیمه های پزشکی Medicare بازپرداخت می شوند، اگرچه پرستاران بالقوه



می آید.

The national waiting times data collection

تلاش می کند تا معیار دسترسی استاندارد برای فوریت های کلینیکی درباره زمان انتظار تدوین کند.

بیماران گروه ۱ ظرف ۳۰ روز، گروه ۲ بین ۹۰ روز، و گروه ۳ بین ۱۲ ماه باید پذیرش شوند. از بین بیماران گروه یک که حداکثر فوریت را در پذیرش دارند، در سال های ۹۸-۱۹۹۷٪ گزارش داده اند که زمان پذیرش برای جراحی اختیاری آنان بیش از ۳۰ روزه به طول انجامید. و این نسبت در سال های ۹۹-۱۹۹۸ به ۲۰ درصد رسیده است.

متوسط زمان انتظار برای جراحی های غیراورژانسی، ۷۶ ماه در استرالیا گزارش شده است. این میزان با نیوزیلند و کانادا برابر بوده ولی در مقایسه با انگلستان (با ۲/۲ ماه) کوتاه تر است. این تحقیق توسط The Commonwealth Fund در سال ۱۹۹۸ انجام شده است. در کشور استرالیا به زمان انتظار بیمارستان ها اضافه شده چرا که بودجه بیمارستانی کاهش یافته است. اگرچه در طول دهه ۹۰ بر تعداد بیمارانی که از خدمات بیمارستانی خصوصی استفاده می کنند نیز افزوده شده است. ایالات مدعی اند که دولت فدرال باید رد پاسخ به نیاز فزاینده به درمان های بیمارستانی بودجه را افزایش دهد و دولت فدرال نیز پاسخ می دهد که ایالات نیز باید سهم خود را در سرمایه گذاری در بخش بیمارستانی بیافزاید.

در سال ۱۹۹۷ استرالیا به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت ۴ تخت بیمارستانی برای بیماری های شدید غیر مزمن داشت. این نرخ دقیقاً زیر میانگین اتحادیه اروپا است. این نسبت به طور قابل ملاحظه ای از دهه ۷۰ کاهش یافته است (جدول ۱۷۴). ظرفیت پذیرش بیماران بیمارستانی همراه با افزایش پذیرش و مدت زمان بستری کوتاه تر، بالا

اگرچه کیفیت خدمات و تسهیلات در استرالیا تقریباً مناسب است، اکنون توجه بیشتری به کیفیت و درآمدهای جامعه و بهبود مراقبت های یکپارچه از سوی سیستم خدمات درمانی نشان داده می شود. برای مثال از سال ۱۹۹۷ دولت فدرال آزمون های درمانی هماهنگ (که تا سال ۲۰۰۳ به طول انجامیده) برای آزمایش سودآوری انواع استراتژی ها در جهت بهبود توزیع خدمات درمانی به افرادی که نیاز به درمان مداوم و یا چندگانه دارند، ایجاد کرده است.

۶.۳ مراقبت های ثانویه Secondary care

بیماران شانس دسترسی به مراقبت های ثانویه در صورت تمایل و اجازه پزشکان عمومی به ارجاع بیماران دارند. بیمه خدمات درمانی تنها در صورت ارجاع از طرف پزشک عمومی برای ویزیت پزشکان متخصص تخفیف قائل می شود بنابراین در این نقطه پزشکان عمومی در نقش دربان برای سیستم خدمات درمانی ایفای نقش می کنند.

مراقبت های بیمارستانی برای بیماران بستری هم از سوی بیمارستان های دولتی (که ۷۰٪ مالکیت تخت های بیمارستانی برای بیماری های حاد را دارند) و هم از طرف بیمارستان های خصوصی ارائه داده می شود. بیمارانی که تحت پوشش بیمه های درمانی خصوصی هستند، می توانند بین بیمارستان های خصوصی یا دولتی، یکی را انتخاب کنند. پذیرش این بیماران معمولاً سریع تر از بیمارانی خواهد بود که بیمه های خصوصی ندارند. در ضمن برای بیمارانی که تحت پوشش بیمه های خصوصی هستند غالباً این امکان وجود دارد که پزشک متخصص خود را نیز انتخاب کنند. زمان انتظار برای جراحی های اختیاری به شرایط بستگی دارد و نوعی معضل به حساب

۶.۴ خدمات تشخیصی

Diagnostic Services

آزمایش های آزمایشگاهی و تشخیصی توسط پزشکان عمومی و یا متخصصین درخواست داده می شوند و غالباً توسط ارائه کنندگان خدمات خصوصی تأمین می شود. این خدمات توسط بازپرداخت بخشی از مبلغ هزینه شده از بیمه خدمات درمانی Medicare، سوبسید داده می شوند. نرخ و میزان این سوبسید میان صنعت و دولت فدرال مورد توافق قرار گرفته است. صنعت خدمات تشخیصی طی دهه ۹۰ به طور قابل ملاحظه ای گسترش یافته است.

استرالیا سیستمی دو مرحله ای برای ارزیابی تکنولوژی های جدید پزشکی و داروسازی همراه با موافقت نامه های رسمی جداگانه برای استفاده و برای سوبسید دولتی، دارد. اول اینکه وزارت کالاهای درمانی (Goods Administration) Department of Health The Therapeutic و کارایی دستگاه ها و داروها را قبل از هرگونه موافقت جهت استفاده، آزمایش می کند. در مرحله دوم کمیته مشورتی خدمات پزشکی The medical services advisory committee مقرون به صرفه بودن و کارایی مالی را در نظر گرفته و صلاح می داند که آیا این متد جدید توسط بیمه خدمات پزشکی در جدول بهره مندی خدمات درمانی پوشش داده شود یا خیر.

سیس بخش های درمانی ایالتی و بیمارستان های خصوصی تصمیم می گیرند که آیا این تکنولوژی جدید را خریداری کنند یا خیر. موارد بسیار مناسب تشخیص داده شده، به ابزارها و شیوه هایی استاندارد در بیمارستان های درمانی حاد و کلینیک های تخصصی تبدیل می شوند مانند Computed resonance imaging units و Magnetic tomography scanners. حجم بالایی از تکنولوژی در استرالیا به چشم می خورد. برای مثال در سال ۱۹۹۸، ۴۰۵ دستگاه MRI به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت وجود داشته است. این نرخ در انگلستان ۲/۶ بوده است.

۶.۵ مراقبت های دارویی

Pharmaceutical care

کمابیش کلیه داروسازی (به جز در بیمارستان های دولتی) در بخش خصوصی مشغول به کار هستند. درباره محل و موقعیت آنان هیچگونه نظارتی وجود ندارد اما فعالیت های مربوط به توزیع و پخش دارو از سوی آنان تحت کنترل قرار دارد. دولت فدرال عرضه و قیمت داروها را از سال ۱۹۴۸ از طریق Benefits Scheme (PBS) The Pharmaceutical تحت نظارت دارد و به عنوان تنها خریدار کالاهایی که در جدول

رفته است.

پذیرش کلی برای درمان های جدی به ازای هر ۱۰۰۰ بیمار در دهه ۹۰ چنانچه روز اول پذیرش را هم به حساب آوریم، به ندرت افزایش یافته است.

میانگین زمان بستری (ALOS) در مراقبت های بیمارستان برای بیماری های حاد (بدون در نظر گرفتن روز اول پذیرش) به نسبت دهه های گذشته به ۶/۳ روز در ۱۹۹۷ کاهش یافته است. این امر نشان دهنده مدیریت بیماری کارا و موثر، تکنیک های جراحی مناسب و فشارهای مالی است. در یک آمارگیری و تخمین دیگر ۴/۲ روز در سال ۱۹۹۷ با در نظر گرفتن موارد یک روزه، ارائه داده شده است. اگر چه به حساب آوردن موارد یک روزه به طور اصولی باید میانگین مدت زمان بستری را کاهش دهد. نرخ اشغال تخت یا ظرفیت پذیرش در دهه ۱۹۹۰ به ۷۸٪ افزایش یافته است. این امر در نتیجه درمان های جدید، فشار سودآوری و کارآمدی هزینه حاصل شده است. بخش عمده و فزاینده ای از بیماران به صورت یک روزه تحت درمان قرار می گیرند: ۴۶٪ در سال های ۹۸-۱۹۹۷.

وضعیت ساختمانی بیمارستان ها در پاسخ به متدهای جدید درمانی به صورت ساخت مراکز مجزا در حال تغییر است. این تغییر عمدتاً در بخش خصوصی به صورت ایجاد بخش های درمانی یک روزه مانند جراحی های سرپایی و دیالیز کلیه صورت می گیرد. بنابراین بخش بیمارستانی در استرالیا حداقل در دهه گذشته دستخوش تغییراتی شگرف در وضعیت، سرمایه گذاری و مدیریت بیماری شده است.

جدول ۱.۴ به کارگیری و عملکرد بیماران بستری در بیمارستان در استرالیا، ۱۹۷۰-۱۹۹۷

| | | | |
|------|------|------|------|
| ۱۹۷۰ | ۱۹۷۵ | ۱۹۸۰ | ۱۹۸۵ |
|------|------|------|------|

کلیه تخت های بیمارستان به ازای ۱۰۰۰ نفر تخت های بیمارستانی برای بیماری های حاد به ازای ۱۰۰۰ نفر

پذیرش بیماری های حاد به ازای ۱۰۰۰ نفر پذیرش بیماری های حاد به ازای ۱۰۰۰ نفر (شامل درمان های یک روزه)

متوسط طول اقامت به روز (به جز موارد یک روزه)

متوسط طول اقامت به روز (شامل موارد یک روزه)

نرخ انتقال تخت های بیمارستانی برای بیماری های حاد

منبع:

یادداشت، آمار سال ۱۹۹۰ در دسترس نیست

دولتی تأمین بودجه شده و توسط عملکرد مختلط دولتی یعنی بخش داوطلبانه و ارائه کنندگان خدمات انتفاعی خصوصی توزیع می گردند.

دولت فدرال به صورت فزاینده‌ای در ایجاد سیاست‌های اجتماعی و تأمین بودجه برنامه‌های اجتماعی درگیر می‌شود. اما به طور سنتی، ایالات مسئول رفاه اجتماعی هستند. بسیاری از خدمات توسط آژانس‌های بخش‌های داوطلبانه در دسترس قرار می‌گیرند در عین حال بخش عمده‌ای از مراقبت‌های اجتماعی به خانواده تکیه دارد. مرز میان بهداشت یا تندرستی و مراقبت‌های اجتماعی به منطقه جغرافیایی بستگی دارد و بر حسب زمان در نوسان است. در نتیجه این خدمات نیز موضوعاتی هستند که دائماً مورد بحث قرار می‌گیرند.

مراقبت‌های سالخوردگی برای مثال به شدت تحت تأثیر سیاست‌های دولت فدرال (منبع اصلی سرمایه‌گذاری) قرار دارند و از سال ۱۹۸۶ مراقبت‌های سالخوردگی اقامتی (سکونت دائمی) با برنامه ریزی‌های محلی هدایت می‌شود. هدف، کاهش اقامت دائم در بیمارستان‌ها و حمایت از امکان نگهداری افراد سالخورده در خانه‌های شخصی خودشان است.

۱۳ درصد جمعیت استرالیا بالای ۶۵ سال سن دارند. این نسبت در انگلستان ۱۶ درصد می‌باشد. اگرچه بین سال‌های ۱۹۹۵ و ۲۰۲۰ پیش‌بینی می‌شود که گروه افراد بالای ۸۰ سال رشدی معادل ۳۴ درصد در انگلستان و ۷۱ درصد در استرالیا داشته باشند. تا سال ۱۹۹۷ استرالیا ۱۴۷ تحت (خانه‌های پرستاری و مهمانسرا) به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت بالای ۷۵ سال داشت. این نسبت در انگلستان ۱۳۴ تخت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت بالای ۷۵ سال در سال ۱۹۹۶ بود. بودجه خدمات از کارافتادگی Disability services با موافقت نامه‌هایی میان ایالات و دولت فدرال تأسیس می‌شود. حد مسئولیت ایالات، مابین مقام وزارت رفاه سلامتی جایجا می‌شود. در حالی که توزیع، هر دو بخش خصوصی و دولتی را شامل می‌شود.

۷. گردش یک بیمار The patient journey

بیماری که برای مثال نیاز به جراحی ترمیم باسن دارد، در ابتدا، با پزشک عمومی جایی که احتمالاً سابقه طولانی به عنوان بیمار دارد، ملاقات می‌کند. بیمار برای مشاوره پزشک عمومی پول پرداخته و بعداً درخواست بازپرداخت می‌کند، و یا در صورتی که پزشک استفاده کننده سیستم bill-bulk بود، بیمار نیازی به پرداخت پول نخواهد داشت. از سوی دیگر احتمالاً بیمار کارت پزشکی مستمری بگیران را خواهد داشت و بنابراین نیازی به پرداخت وجه اضافی نخواهد بود. چنانچه بیمار

PBC لیست شده‌اند، (purchaser a monopsony) وجود فقط یک خریدار برای کالا یا خدمت (خصوصاً) دارای موقعیتی برتر در مذاکره با صنعت داروسازی است. کنترل قیمت‌ها در توزیع اقلام دارویی تحت موافقت نامه‌ای با اتحادیه داروسازان اعمال می‌گردد. چنانچه مشتری ناچار و یا مایل به استفاده از سوپسیدهای دولت فدرال تحت نظر Scheme The commonwealth Pharmaceutical Benefits باشد، باید دکتر داروساز یک عرضه کننده تأیید شده بوده و در ضمن داروساز توزیع کننده



باید عضوی از اتحادیه داروسازی در ایالت مربوطه نیز باشد.

۶.۶. مراقبت‌های میانی / توانبخشی

Rehabilitation intermediate care

دولت‌های ایالتی، خدمات توانبخشی را از طریق ترکیبی از ارائه کنندگان خدمات دولتی و خصوصی به خصوص در بیمارستان‌های روزانه (Day hospitals) و یا به عنوان خدمات در محل سکونت، اداره و نظارت می‌کند. (در باره خدمات در محل سکونت برای مثال استرالیا یا جنوبی برنامه و طرحی گسترده در دست دارد که به موجب آن صاحبان مشاغل بهداشتی و سلامتی وابسته، افراد را در خانه‌هایشان ویزیت می‌کنند). در ضمن درمان‌های کوتاه مدت میانی در خانه‌های پرستاری Nursing homes نیز ارائه داده می‌شوند. دولت فدرال به منظور بازگرداندن افراد به نیروی کار، خدمات توانبخشی گسترده‌ای را ارائه می‌دهد. اما در حال حاضر، خدمات توانبخشی به طور عمده به بخش دولتی یا خصوصی کنترات داده می‌شوند.

۶.۷. مراقبت‌های اجتماعی Social care

مراقبت‌های اجتماعی توسط تمام سطوح

شکست و ناکامی به دلیل عدم مسئولیت پذیری و انداختن تمامی تقصیرها به گردن دیگری در سیستم فدرال دولتی که در بحث های سالیانه میان دولت فدرال و ایالات بر سر تقسیم درآمد دولت و تخصیص بودجه از سوی دولت فدرال برای خرج به صلاحدید دولت ایالتی یا محلی در باب درمان، در کنفرانس State Premiers به چشم می خورد.

بودجه و کیفیت خدمات درمانی ثانویه در استرالیا نسبتاً خوب است اما نارضایتی مشتریان از برخی موارد خدمات درمانی، مثل قیمت و لیست انتظار بیمارستان ها، در طی دهه گذشته افزایش یافته است. تحقیقی از عقاید مردمی از پنج ملیت در سال ۱۹۹۸ که توسط The commonwealth fund انجام گرفت، نشان داد که مهم ترین مساله برای استرالیایی ها (همانند پاسخ دهنده ها در انگلستان، کانادا، نیوزیلند و ایالات متحده) کیفیت درمان می باشد. اما نارضایتی عمومی از سیستم خدمات درمانی در کشور استرالیا نسبت به تحقیق قبلی به طور کلی افزایش یافته بود. در سال ۱۹۹۸ در استرالیا، ۲۴٪ از افرادی که درآمد بالاتر از حد میانگین داشتند و ۳۶٪ از کسانی که درآمد آنها زیر میانگین بود، بر این عقیده بودند که سیستم درمانی در کشور استرالیا نیاز به دوباره سازی و طراحی و تنظیم موجود دارد. (این نسبت زیر ۱۶٪ در کشور انگلستان است).

چالش های اصلی در سیستم خدمات درمانی به قرار زیر است: بهبود سودآوری در توجه مداوم نسبت به مخارج درمانی سرانه در استرالیا به طور متوسط هر سال ۲۷٪ بین سال های ۱۹۸۵ و ۱۹۹۷ افزایش یافته است.

امروزه بهبود کیفیت و نتایج درمانی بیشتر مورد توجه واقع شده، چرا که سیستم اطلاع رسانی بهتری به وجود آمده و نیاز به ارزیابی و حصول نتایج درمانی بهتر به چشم می خورد. بهبود دسترسی، عدالت و یکسان نگری به خصوص در رابطه با خدمات درمانی از موارد موفق توافق دوحزبی است: نابرابری های کلان در وضعیت حقوقی درمان در بین بومیان و سایر استرالیایی ها ادامه دارد، هر چند اخیراً برنامه های متعددی در جهت بهبود دسترسی و یکسان نگری در مناطق روستایی در دست انجام است.

و یا همسرش عضوی از نیروی دفاع (جنگ جهانی دوم) بوده باشند، کارا و احتمالاً توسط دفتر امور بازنشستگان نظامی با سرعت پیش خواهند رفت. (این اداره در حال حاضر بیشتر سرویس های اصلی را خریداری می کند و کمتر با سیستم خدمات درمانی و بهداشتی سروکار دارد. در ضمن این اداره تمام هزینه های اضافی را نیز تحت پوشش قرار می دهد).

پزشک عمومی بیمار را به متخصصین ارجاع داده و پزشک متخصص بیمار را در بیمارستانی که حق عمل جراحی در آن را دارد (و به عنوان طرح ارتویدی خصوصی یا دولتی مشغول به کار است) بستری می کند. روش پرداخت هزینه ها برای مشاوره با پزشک متخصص، پزشک عمومی یکسان است. چنانچه بیمار دولتی باشد، انتظار می رود که یک ماه و یا بیشتر برای جراحی اختیاری در نوبت منتظر بماند. تمام خدمات درمانی در بیمارستان دولتی تحت پوشش قرار دارد. چنانچه بیمار تمایلی داشته باشد که به عنوان بیمار خصوصی به منظور دریافت سرعت بیشتر، در نظر گرفته شود، (در بیمارستان دولتی و یا خصوصی) (و به دلیل داشتن بیمه درمانی خصوصی) مقدار بازپرداخت به درجه پوشش بیمه خصوصی، بستگی خواهد داشت. برای بیماران خصوصی، در بیمارستان های عمومی و یا خصوصی، خدمات درمانی ۷۵ درصد از هزینه جدول را برای خدمات پزشکی پرداخت می کند. به علاوه بخشی و یا تمام تمه ادعایی از سوی بیمه گر خصوصی و هزینه بستری شدن در بیمارستان خصوصی را بر عهده می گیرد. خدمات پرستاری ناحیه The District Nursing Service خدمات پس از بیمارستانی Post hospital (چه سازمان های داوطلبی و یا ایالتی) برای هزینه های income-tested را فراهم می آورند. کمک های خانگی یا غذا و حمل و نقل نیز برای مدت کوتاهی از سوی دولت یا سازمان های داوطلبانه در دسترس خواهد بود.

۸. چالش های اصلی در سیستم خدمات درمانی کدامند؟

عناوین متعددی در حال حاضر در رسانه ها مورد توجه واقع گشته اند: مدت زمان انتظار طولانی برای جراحی های اختیاری، کمبود پرستار آموزش دیده شده در بیمارستان ها (یا وجود پرستارانی که در برخی ایالات برای دستمزد بالاتر و شرایط کاری بهتر در اعتصاب به سر می برند) هزینه بالایی که به دولت فدرال برای بازپرداخت مالیات ها در جهت تشویق مردم به اخذ بیمه های درمانی خصوصی تحمیل می شود، موارد گاه به گاه شکایت های پزشکی در برابر دادگاه به دلیل تخلفات پزشکی و یا بی کفایتی و بی تجربگی،