

بررسی سیستم‌های خدماتی درمانی در هشت کشور:

روش‌ها و چالش‌ها

شماره چهارم: آلمان

ترجمه: حسین اقبال طالقانی

۱- مقدمه:

مشخصه نظام سیاسی آلمان فدرالیسم، تقسیم قدرت میان مردم و دولت فدرال و مشارکت‌گرایی (Corporatism) است و مسئولیت‌های مربوط به تامین بهداشت نیز آن را نشان می‌دهد. این مسئولیت‌ها بین دولت فدرال، مردم آلمان و تشکل‌های مشارکتی (نمایندگان حرف، ارائه‌دهندگان و بیمه‌گران) تقسیم شده است. بودجه نظام تامین درمان (Health Care) عمدتاً از طریق حق بیمه‌های بیمه درمان اجتماعی تامین می‌شود. بیمارستان‌ها از بیماران سرپائی مراقبت نمی‌کنند و این موضوع، مراقبت بیمارانی که نیازی به خوابیدن ندارند و بیماران بیمارستانی را به دو حوزه متمایز بدل کرده است. درمان حضوری را پزشکان در مطب خصوصی (اعم از پزشکان عمومی یا تخصصی) و در ازای حق طبابت انجام می‌دهند. مراقبت در بیمارستان را ترکیبی از بیمارستان‌های خصوصی و عمومی انجام می‌دهند (فقط بخش کوچکی از کل تخت‌خواب‌ها در بیمارستان‌های انتفاعی وجود دارد).

جامع درمان بخش خصوصی استفاده می‌کنند.

دیگران برای خرید بیمه‌های مکمل اجباری VHI واجد شرایط هستند. اما هیچ یک از شرکت‌های عضو نمی‌توانند به طور دقیق تعداد افرادی را که از بیمه تکمیلی بخش خصوصی استفاده می‌کنند تعیین کنند، چون که بیمه‌گذارانی که نزد بیمه خصوصی دیگری پوشش درمانی جامع دارند یا به عنوان بخشی از طرح بیمه گروهی هستند را نیز حساب می‌کنند. در نتیجه بسیاری از بیمه‌گذاران دوبار محاسبه می‌شوند. در کل، شرکت‌های عضو در تاریخ ۱۳۷۷۵/۱۲/۳۱، ۱۹۹۹/۱۲/۳۱، براساس شماره‌های یک سرشماری جزئی، تعداد داده‌های یک سرشماری جزئی، تعداد افرادی که از بیمه تکمیلی استفاده می‌کنند حدود ۷/۵ میلیون نفر هستند (۹٪ جمعیت) منهای استفاده‌کنندگان VHI در دوران مسافرت، این تعداد از ۵/۳ درصد در سال ۱۹۹۱ به ۷٪ در سال ۱۹۹۷ و ۷/۶٪ در سال ۱۹۹۸ افزایش یافت این آمار و ارقام از سال ۱۹۹۶ با توجه به ارائه بیمه‌های تازه برای پوشش تاج دندان و دندان مصنوعی افزایش قابل توجهی داشته است. متولذین سال ۱۹۷۸ به بعد از این پوشش مستثنی شده‌اند. حدود ۴/۴ میلیون بیمه‌نامه VHI (معادل ۶٪ افرادی که از پوشش SHI برخوردارند)، برای ذینفعان بیمارستانی (VHI تکمیلی) صادر شده

درحالی‌که کمتر از ۲/۰٪ آلمانی‌ها بیمه نیستند.

در اصل، Social Code الزامی می‌سازد که کلیه افراد با درآمد خوب، همچنین سایر گروه‌های مشخص نظیر بیکاران، مستمری بگیران، کشاورزان، دانشجویان، هنرمندان و معلولین، باید در برابر بیماری تحت طرح SHI بیمه شوند. اما، شاغلانی که از سطح درآمد خوبی برخوردارند که هر سال اداره کار فدرال به موازات تغییر سطح متوسط دریافتی آن را تعدیل می‌کند (درآمد ماهانه ۳۳۷۵ یورو در سال ۲۰۰۲)، کارمندان دائمی دولت (قضات و کارمندان رسمی دولت) و سربازان به اضافه گروه دیگر (مثلاً کسانی که تحت پوشش Etl قرار دارند) صریحاً از این الزام معاف هستند. همسران بیکار و کودکان افرادی که تحت پوشش SHI قرار دارند، بدون هیچگونه حق بیمه‌ای تحت پوشش قرار می‌گیرند.

گروه دیگری که درآمدها از سقف درآمدی تعیین شده پایین‌تر است در مورد استفاده از پوشش طرح SHI آزادند. بنابراین ۷/۴ میلیون نفر (در سال ۱۹۹۹) از بیمه



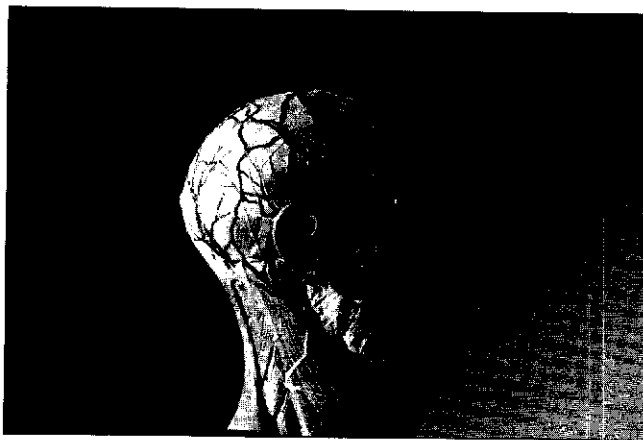
۲- چه کسانی سود می‌برند؟ و چه مزایایی وجود دارد؟

۱-۲ پوشش بیمه‌ای

۸۸٪ مردم تحت پوشش بیمه درمان اجباری (SHI) قرار دارند. ۷۴٪ مردم به همراه وابستگان خود از پوشش اجباری و ۱۴٪ بقیه به همراه خانواده از پوشش اختیاری برخوردارند. بیمه‌های درمان خصوصی ۹٪ مردم را تحت پوشش قرار می‌دهد و ۱۲ درصد نیز تحت پوشش خدمات درمان دولتی رایگان قرار دارند (افسران پلیس، سربازان، و آن دسته از افرادی که خدمات شهری را برای بخش نظامی انجام می‌دهند و همچنین افراد تحت پوشش تامین اجتماعی)

از ۸/۴٪ هزینه کل بهداشت، مالیات‌ها فقط نقش کمی در جبران این هزینه‌ها ایفا می‌کنند.

۲-۳- حق بیمه بیمه تامین اجتماعی: حق بیمه‌های SHI بخش زیادی از بودجه بهداشت را در آلمان تشکیل می‌دهد. این حق بیمه‌ها به عنوان بخشی از درآمد جمع‌آوری می‌شود نه نرخ



است. تعداد بیمه‌نامه‌های VHI تکمیلی، زمانی که در سال ۱۹۹۷/۹۸ بهداشت دندان محدود شد/ یا از سبد بیمه‌ای بیمه‌شدگان مستثنی شد، به اوج خود رسید. بعد از تجدید نظر در تعریف ذینفعان، تعداد کودکانی که تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار داشتند در فاصله سال ۱۹۹۸ تا ۱۹۹۹ از ۲/۲ میلیون به ۱/۴ میلیون کاهش یافت.

۲-۲- مزایا

در فصل ۳ از Social Code Book 7، مزایایی که تحت پوشش SHI قرار می‌گیرد معمولاً طبق اصطلاحات ژنریک تعریف شده است. مزایای قانونی فعلی عبارتند از: پیشگیری از بیماری، معاینه کردن جهت بیماری، مداوای بیماری (درمان حضوری)، درمان دندان، دارو، درمان غیر مجانی، لوازم پزشکی، مراقبت‌های سرپائی/بیمارستانی، پرستاری در خانه، و بخش‌های مشخصی از درمان ترمیمی و انتقال. علاوه بر پرداخت نقدی این مزایا، صندوق‌های تامین هزینه بیماری بایستی مزایای نقدی را به اعضایی که با توجه به بیماری پس از شش هفته (که کارفرمایان مسئول این مدت هستند) قادر به کار نیستند بپردازد. در حالیکه کارفرمایان باید ۱۰٪ درآمد را پرداخت نمایند، صندوق‌های تامین هزینه بیماری ۸۰٪ درآمد را بابت هر دوره ۷۸ هفته‌ای بیماری می‌پردازند.

Social Code Book خدمات پیشگیرانه و معاینه را به تفصیل مشخص می‌سازد. (مثلاً در ارتباط با بیماری مورد معاینه و فواصل معاینه) و بقیه مقررات را به عهده کمیته فدرال پزشکان و صندوق تامین هزینه بیماری قرار می‌دهد. این کمیته در تعیین فهرستی از منافع بابت روش‌های درمانی اعم از تشخیص و شفابخشی از آزادی عمل قابل توجهی برخوردار است. طیف روش‌هایی که تحت پوشش قرار می‌گیرد وسیع است و از آزمایشات اصلی جسمانی در عمل جراحی دکتر گرفته تا ویزیت در خانه، مراقبت پیش از زایمان، مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری ناعلاج،

عمل جراحی، و آزمایشات تا عکس برداری مثل MRI را در بر می‌گیرد. مزایای مربوط به درمان حضوری فقط طبق شرایط ژنریک به طور قانونی تعریف می‌شود. اما درمان دندان، بویژه مزایای مصنوعی، در فصل پنج کتاب Social Code Book با جزئیات بیشتر توضیح داده شده است. این موضوع تا حدی به عملکرد بد کمیته فدرال دندانپزشکان و صندوق‌های تامین بیماری مربوط می‌شود.

بخش درمان غیر پزشکی شامل خدماتی مثل فیزیوتراپی‌ها، گفتار درمانی، کاردرمانی به غیر از پزشکان عمومی می‌شود. این خدمات تحت پوشش SHI قرار می‌گیرند مگر آنکه صریحاً بوسیله وزارت بهداشت فدرال مستثنی شده باشد (فعالاً هیچکدام). اما، خدمات غیر پزشکی در صورتیکه کمیته فدرال پزشکان و صندوق تامین هزینه بیماری آن را به عنوان مؤثر بودن و تناسب کیفیت تصویب نماید، تحت پوشش قرار دارد.

طیف خدماتی که در بخش بیمارستان ارائه می‌شود بوسیله دو عامل تعیین می‌گردد: برنامه بیمارستان دولت ایالتی، و مذاکرات بین صندوق‌های تامین هزینه بیماری و هر بیمارستان منحصر بفرد (نتیجه مسلم آنکه بیمارستان‌ها از سازمان جمعی مشارکتی برخوردار نیستند). یک کمیته بیمارستانی با ویژگیها و ظرفیت‌های مشابه مانند کمیته فدرال خاص بیمارانی که نیاز به بستری شدن ندارند اخیراً راه‌اندازی شده است. در نتیجه میزان بیشتری از استانداردهای مزایا در آینده انتظار می‌رود.

۳- چه کسی حق بیمه میدهد و چقدر؟

۱-۳- مالیات

ریسک. حق بیمه‌ها فقط براساس درآمد می‌باشد (نه براساس پس‌انداز یا ثروت). افراد با درآمد بالای سقف درآمد ۳۳۷۵ یورو (۲۰۰۲) مجبور به پرداخت حق بیمه نیستند (این مقدار درآمد همان آستانه‌ای است که حق بیرون آمدن یا عضویت داوطلبانه را مشخص می‌سازد)، حق بیمه‌ها به طور مساوی بین کارفرما و کارمند تقسیم می‌شود. صندوق‌ها در تنظیم نرخ‌های حق بیمه خود آزاد هستند، اما تصمیمات آن‌ها منوط به تصویب است.

نرخ متوسط حق بیمه در سال ۲۰۰۲، ۱۴٪ بود (که ۷٪ آن را پس از کسر مالیات از بیمه‌شدگان با درآمد پایین‌تر از آستانه تعیین شده می‌پرداخت و کارفرما نیز به همان میزان علاوه بر دستمزد پرداخت می‌نمود).

در مورد افرادی با درآمد پائین، ۱۳۲۵ یورو، فقط کارفرمایان باید حق بیمه‌ها را می‌پرداختند (با نرخ ۱۰٪ بابت کلیه صندوق‌ها). در مورد بازنشستگان و بیکاران، صندوق‌های بازنشستگی و بیکاری به ترتیب نقش تامین مالی کارفرما را به عهده می‌گرفتند. فقط صندوق‌های کشاورزان برای پر کردن شکاف حق بیمه کارگران مسن و هزینه‌های واقعی از یارانه مالیاتی برخوردار می‌شوند.

۳-۳- حق بیمه بیمه درمانی اختیاری: حق بیمه‌ها بنا به سن، جنس، و سوابق پزشکی در زمان صدور بیمه نامه، فرق می‌کنند. برخلاف بیمه SHI، برای همسران و کودکان حق بیمه‌ها به طور جداگانه پرداخت می‌گردد - این کار بیمه‌درمانی خصوصی را برای افراد مجرد یا زوجینی که درآمد مضاعف‌تر دارند جالب‌تر می‌سازد. بیمه‌نامه‌ها و حق بیمه‌ها بسیار متفاوتند حتی

در مورد بیمه VHI جانشین. از آنجا که بخش بیمه جانشین حق بیمه‌ای معادل ۲۵ بیلیون مارک (تقریباً ۱۳ بیلیون یورو) و ۷/۴ میلیون نفر بیمه‌گذار دارد (۱۹۹۹)، متوسط حق بیمه سالانه می‌تواند تقریباً ۳۵۰۰ مارک (۱۷۹۰ یورو) یا ماهانه ۳۰۰ مارک (۱۵۳ یورو) باشد. این اعداد و ارقام را باید با



داروسازی عمدتاً قیمت‌ها را در قیمت پایه تعیین می‌کنند. هزینه‌های استفاده‌کننده زیر برای سایر ذینفع‌ها به کار می‌رود: ۱۴ روز اول بیمارستان یا مراقبت ترمیمی سالانه (روزی ۹ یورو) انتقال با آمبولانس (هر بار ۱۳ یورو) مراقبت غیر پزشکی

احتیاط مورد نظر قرار داد زیرا حق بیمه کارمندان، کودکان و غیره را نیز در بر می‌گیرد که حق بیمه‌های کاهش یافته‌ای پرداخت می‌کنند. در مقایسه با حداکثر متوسط حق بیمه بابت SHI در سال ۱۹۹۱، که ۱۰۰۰۰ مارک بود (۵۱۱۳ یورو)، نشان می‌دهد که VHI برای مجردین مناسب است. در بازار VHI آلمان بیمه گروهی مهم نیست. حق بیمه‌های بیمه درمان مانند هزینه هر نوع بیمه، اعم از اجباری یا خصوصی در یک مدت معین از محل درآمد مشمول مالیات بدست می‌آید. این عوامل انگیزه خرید پوشش‌های بیمه VHI را بوجود نمی‌آورد. خواه به این دلیل که محدودیت‌ها برای افراد متوسط با پوشش بیمه جانشین VHI پائین باشد (زیرا محدودیت برای هزینه‌های مشمول مالیات با افزایش درآمد کاهش می‌یابد) یا به این دلیل که افرادی که به خرید بیمه‌های مکمل یا اضافی علاقه‌مند هستند قبلاً از طریق حق بیمه‌های اجباری خود محدودیت‌ها را نادیده گرفته باشند.

در اصل، دیگر دولت مکلف نیست که تحت شرایط Third Non-Life Direction، شرایط و تعرفه‌های بیمه را تصویب نماید. اما شرایط عمومی بیمه‌نامه برای بیمه‌نامه درمانی جانشین، بیش از آنکه برای اولین بار به مورد اجرا گذاشته شود و هر دفعه اصلاحیه بخورد، باید برای بخش بیمه اداره نظارت فدرال (تحت نظارت وزارت مالیه فدرال) ارسال گردد. مقام ناظر بررسی می‌کند که شرایط با حداقل استاندارد که در قانون نظارت بر صدور بیمه‌نامه و سایر قوانین و مقررات لحاظ شده است مطابقت دارد. وظیفه طرح شرایط بیمه‌نامه به طور مساوی برای صادرکنندگان بیمه‌نامه به ثبت رسیده در آلمان و صادرکنندگان اعمال

می‌شود.

بیمه گران ثبت شده در آلمان نیز باید محاسبات حق بیمه خود را به بخش بیمه اداره نظارت فدرال ارائه کنند. این اداره بررسی می‌کند آیا محاسبات با شرایط قانونی برای محاسبه که برای تضمین حفظ حقوق بیمه‌گذار در نظر گرفته شده، و اینکه وظایف ناشی از قرارداد بیمه عمر می‌تواند تحقق یابد مطابقت دارد؟ علاوه بر این، هر نوع اصلاحی در شرایط بیمه‌نامه و حق بیمه‌ها باید مورد توافق یک فرد اصیل مستقل قرار گیرد.

یکی از حوزه‌هایی که سخت پایبند مقررات است ذخایر مالی بیمه‌گذاران مسن تر VHI است. مسئله این بود که کسانی که تحت VHI بیمه شده‌اند (در مقایسه با SHI) با افزایش قابل ملاحظه مبلغ حق بیمه با توجه به افزایش سن مواجه‌اند. بنابراین بخشی از حق بیمه فعلی برای تشکیل ذخایر مالی مورد استفاده قرار می‌گیرد که از این ذخایر برای حفظ تعادل حق بیمه در طول عمر فرد استفاده می‌شود. از سال ۲۰۰۰، ۱۰٪ هزینه اضافی به حق بیمه بیمه جایگزین درمان اضافه شده است. این مقایسه اضافی برای ارائه یارانه بابت افزایش حق بیمه بیمه‌گذار در سن ۶۵ سالگی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۳-۴- هزینه‌های استفاده‌کننده

زمانی در بخش داروئی مشارکت در هزینه وجود داشت. در سال ۲۰۰۲، نرخ پرداخت مشترک بابت هر بسته دارو (نه هر نسخه) بین ۴ یورو تا ۵ یورو، با توجه به اندازه بسته، فرق می‌کرد. علاوه بر این، بیماران ملزم به پرداخت ماهه تفاوت بین قیمت واقعی و قیمت پایه (Price Reference) بودند. اما شرکت‌های

(۱۵٪)

مداوای تاج دندان و دندان مصنوعی (۵۰٪-۳۵٪ بنا به دفعات معاینه) درمان حضوری و مداوای پیشگیرانه دندان نیازی به پرداخت مشترک ندارد.

هزینه بیمار براساس مجموعه‌ای از معیارها محدود می‌شود:

افراد با درآمدهای پائین (ماهی ۹۳۸ یورو برای مجردین، ۱۲۸۹/۵۰ یورو برای زوجین و ۲۳۴/۵۰ یورو برای هر فرد اضافی)، البته مزایای بیکاری یا رفاه اجتماعی از بسیاری از الزامات هزینه مشترک معافند - با استثناء قابل توجهی پرداخت مشترک مداوا در بیمارستان.

افراد تا ۱۸ سالگی از هزینه مشترک معاف هستند به استثنای حق بیمه مشترک بابت تاج دندان و دندان‌های مصنوعی و پرداخت مشترک بابت حمل.

محدودیت سالانه هزینه دم‌دستی معادل ۲٪ درآمد خالص افراد مجرد که برای همه افراد عضو صندوق تامین هزینه بیماری بابت دارو، مراقبت، حمل (ولی نه بابت بیمارستان و ترمیم) به کار می‌رود. اگر پیش از دو نفر زندگی شان به این درآمد وابسته باشد خط آستانه برای هر نفر تا ۴۲۲۱ یورو و برای هر فرد اضافی سالی تا ۲۸۱۴ یورو پائین می‌آید. پرداخت‌های بیمه مشترک بابت تاج دندان یا دندان‌های مصنوعی برای این افراد نیز پائین است.

بیمارانی که حداقل ۱٪ درآمد خالص خود را بابت دارو، مراقبت غیر پزشکی، و انتقال می‌پردازند از این پرداخت‌ها در مدت بیماری معاف هستند. این معافیت فقط به فرد مورد نظر تعلق می‌گیرد.

در چند مورد نادر، زمانی که هزینه‌های

بیمه‌شده‌ای حق می‌داد به اختیار، صندوق تامین هزینه بیماری را انتخاب کنند (از سال ۱۹۹۶) و یا صندوق‌ها را هر سال با مهلت سه ماهه عضو کنند (از ۳۰ سپتامبر ۱۹۹۶ با ۱ ژانویه ۱۹۹۷). کلیه صندوق‌های عمومی منطقه‌ای و کلیه صندوق‌های جانشین به طور قانونی رویه هر کسی باز است و مجبور است با هر فردی (متقاضی) قرارداد منعقد نماید. صندوق‌های شرکت محور و صندوق‌های اصناف ممکن است بخواهند به فعالیت نپردازند اما در صورت باز بودن آنها نیز مجبور خواهند بود با افراد متقاضی قرارداد منعقد نمایند. فقط صندوق‌های تامین کشاورزان، صندوق‌های معدنچیان و ملوانان همچنان نظام عضوگیری تخصیص یافته را حفظ می‌کنند.

به منظور آنکه کلیه صندوق‌های رقیب در میدانی برابر عمل نمایند، یک طرح جبران غرامت تفاوت‌های درآمدی (با توجه به تفاوت درآمد متوسط اعضا) و هزینه (با توجه به سن و جنسیت) را برابر می‌سازد. ساختار ریسک این طرح ایجاب می‌کند کلیه صندوق‌های تامین هزینه بیماری با توجه به



درآمدهای متفاوت حق بیمه و هزینه‌های متوسط، پول را وارد یا خارج کنند. آن دسته که به انتخاب صندوق دست می‌زنند عمدتاً افراد جوان سالم هستند، در نتیجه مبلغ انتقال بالا لازم است (۸/۱ درصد کل هزینه در سال ۱۹۹۶ تا ۹/۶٪ به سال ۲۰۰۰ افزایش می‌یابد). آنها به سوی صندوق‌هایی با نرخ حق بیمه پائین، معمولاً صندوق‌های متکی به شرکت با رواساخت خدماتی که به خط مستقیم وب سایت متکی است گرایش یافته‌اند. در سال ۲۰۰۱، برخی از تغییرات در طرح تصویب شد:

تاریخ یک ساله تغییر صندوق به نفع حق مستمر حذف شد ولی وظیفه‌ای برای صندوق تازه به مدت حداقل ۱۸ ماه باقی

دم‌دستی بسیار بالا است، هزینه‌های درمان را می‌توان از درآمد مشمول مالیات کسر کرد. هیچ بیمه‌گری بیمه‌نامه‌هایی را که هزینه‌های مشترک را پوشش می‌دهند، ارائه نمی‌دهد (هر چند که چنین بیمه‌نامه‌هایی غیر قانونی نخواهد بود).

۴- چه کسی پول را جمع می‌کند و کجا مصرف می‌شود؟

۴-۱- سازمان تامین بودجه

(با توجه به سهم پائینی که مالیات در هزینه کل دارد در اینجا مورد بحث قرار نمی‌گیرد).

صندوق‌ها مستقیماً حق بیمه‌ها را از کارفرمایان و کارمندان جمع‌آوری می‌کنند. در بیشتر موارد کارفرمایان هر دو سهم را مستقیماً پرداخت می‌کنند (سهم کارمندان به طور خودبخودی از حقوق‌شان کم می‌شود).

در سال ۲۰۰۰، نظام SHI شامل ۴۲۰ صندوق تامین هزینه بیماری بود، که به طور رسمی به هفت گروه تقسیم می‌شدند: ۱۷ صندوق عمومی منطقه‌ای، ۱۲ صندوق جانشین که به دو زیر گروه تقسیم شدند هفت صندوق کارگران یقه سفید و ۵ صندوق یقه آبی‌ها؛ ۳۷ صندوق شرکتی، ۳۲ صندوق صنفی، ۲۰ صندوق کشاورزان، صندوق معدنچیان و صندوق ملوانان به طور سنتی، اکثریت بیمه‌شدگان در مورد صندوق تامین هزینه بیماری خود حق انتخاب ندارند و براساس ویژگی‌های جغرافیایی و / یا شغلی آن را انتخاب می‌کنند. بنا به درآمد و ارائه شمای از ریسک این توزیع اجباری اعضای صندوق به نرخ‌های حق بیمه بسیار متفاوتی منجر می‌شود. فقط اعضای یقه سفید داوطلب - و از سال ۱۹۸۹ اعضای داوطلب یقه آبی - حق داشتند از میان چند صندوق دست به انتخاب بزنند و عضویت خود را با مهلت دو ماهه فسخ کنند. سایر کارگران یقه سفید (و کارگران یقه آبی معین) وقتی عضو می‌شوند یا وقتی شغل خود را تغییر می‌دهند قادر به انتخاب خواهند بود. از زمانی که این گروه در طول دهه‌ها رشد قابل ملاحظه‌ای بدست آورد، حدود ۵۰٪ جمعیت در اوائل دهه ۱۹۹۰ حداقل انتخاب جزئی داشتند.

لایحه ساختار بهداشت تقریباً به هر

مانند معرفی یک صندوق مشترک برای ریسک‌های بالا که ۶۰٪ هزینه فرد را مازاد بر ۲۰/۰۰۰ یورو پوشش می‌دهد.

آلمان بزرگترین بازار VHI را در اروپا دارد. ۵۲ شرکت بیمه درمان خصوصی این پوشش را عرضه می‌کنند این شرکت‌ها در انجمن شرکت‌های خصوصی بیمه درمان Association of Private Health Insurance (در سال ۱۹۹۹) جمع شده‌اند؛ از میان این شرکت‌ها، ۴۶ شرکت بیمه جانشینی را عرضه می‌کنند. ۱۸ بیمه‌گر هر یک بیش از ۱۰۰/۰۰۰ بیمه شده با پوشش کامل دارند و در نتیجه ۹۱/۳٪ کل بیمه‌شدگان را پوشش می‌دهند. سه شرکت از این شرکت‌ها هر یک بیش از ۵۰۰/۰۰۰ نفر را پوشش می‌دهند. ۵ بیمه‌گر بیش از ۵۰۰ میلیون یورو از درآمد حق بیمه و در نتیجه ۷۲/۸٪ کل را تشکیل می‌دهد.

از ۵۲ بیمه‌گر عمده بخش خصوصی، ۲۲ شرکت، انجمن‌های متقابل بیمه‌ای بودند. این در حالی است که ۲۵ شرکت از شکل قانونی یک شرکت مشترک برخوردار می‌باشند. هر دو گروه تقریباً از نظر اندازه برابر بودند.

۴-۲- سازمان خرید / انعقاد قرارداد

در مورد پوشش‌های SHI صندوق‌های تامین هزینه از خریداران بیمه درمان به شمار می‌آیند، زمانیکه قراردادهای و شرایط با ارائه دهندگان این بیمه‌نامه به مذاکره گذاشته می‌شود، صندوق‌های تامین هزینه بیماری طبق معمول به طور گروهی یا حتی مشترک عمل می‌کنند. فقط به تازگی، خرید انتخابی به موضوعی بدل شده است، طبق یک قاعده کلی اعضای صندوق تامین هزینه بیماری کلیه خدمات را به عنوان مزایایی دریافت می‌کنند. به عبارتی این صندوق‌ها بابت مراقبت و درمان پول می‌پردازند. افرادی که به طور اختیاری پوشش SHI دارند ممکن است بازپرداخت هزینه را قبول کرده باشند. مراقبت حضوری:

پرداخت بابت مراقبت حضوری در مطب در ابتدا با پوشش SHI یک فرایند دو مرحله‌ای را بدنبال دارد. ابتدا، صندوق‌های تامین هزینه بیماری بودجه‌ای فراگیر به انجمن‌های پزشکان اختصاص می‌دهد. این

بودجه به عنوان یک مالیات هر عضو یا بیمه شده مورد مذاکره قرار می‌گیرد. این مالیات که بین صندوق‌های جانشینی و سایر صندوق‌های هر ایالت و مردم متفاوت است کلیه خدمات پزشکان مربوط به SHI را لازمه تخصص‌ها تحت پوشش قرار می‌دهد. ثانیاً انجمن‌های پزشکان به اعضای خود طبق یک مقیاس ارزشی واحد (EBM) و مقررات اضافی پرداخت می‌کنند. به هر روش درمانی یک ارزش معین (در اینجا بنام مقیاس عددی) اختصاص داده می‌شود و فهرستی از پیش شرط‌ها برای ادعای بازپرداخت ارائه می‌گردد. مثلاً شاخص‌های ویژه برای استفاده یا استثناء کردن سایر خدمات درمان در همان معاینه. یک کمیته مشترک جداگانه در سطح فدرال، کمیته ارزش‌گذاری این اعداد را تنظیم می‌کند. در پایان هر فصل، هر دکتری که در مطب خصوصی به طبابت می‌پردازد بابت کل خدمات ارائه شده صورت حسابی به انجمن‌اش ارائه می‌دهد. بودجه کل برای صندوق‌های تامین هزینه بیماری به تعداد کل خدمات ارائه شده قابل بازپرداخت یک انجمن منطقه‌ای تقسیم می‌شود. ارزش پولی برای محاسبه بازپرداخت پزشک به طور فصلی مورد استفاده قرار

می‌گیرد. از مکانیزم‌های نظارتی برای جلوگیری از استفاده بیشتر یا خسارتهای ساختگی در مورد این بازپرداخت‌ها استفاده می‌شود. ممکن است پزشکان به طور تصادفی یا اگر سطح آماده‌سازی خدمات یا تعداد ارجاعات به بیمارستان به طور سرانه بیشتر از همکاران دیگران شان با همان تخصص و تحت همان شرایط باشد از نظر سوء استفاده مورد بررسی قرار گیرند. برای آنکه پزشکان از مجازاتهای مالی نجات یابند باید نرخ بهره‌گیری و ارجاعی بالاتر را توجیه کنند. برخلاف SHI، افرادی که به طور خصوصی بیمه شده‌اند عموماً باید به طور مستقیم هزینه مراجعات حضوری را بپردازند و سپس به بیمه‌گران خود مراجعه کنند. در حالیکه یک فهرست قیمت بابت خدمات درمانی که به طور خصوصی ارائه

می‌شود، به عنوان یک حکم که بوسیله وزارت فدرال درمان صادر شده است وجود دارد. پزشکان معمولاً هزینه بیشتر با نرخ ۱/۷ یا ۲/۳، و به مراتب نرخ‌های بیشتری را طلب می‌کنند. بازپرداخت واقعی پولی در قبال ارائه خدمات برای بیمه‌شدگان خصوصی به افزایش هزینه‌هایی منجر شده است که به طور متوسط ۴۰٪ بیشتر از پوشش SHI طی دوره ۱۹۹۹-۱۹۸۹ با لحاظ کردن هزینه‌های مضاعف دندان، دارو و مراقبت بیماران که نیاز به بستری شدن ندارند می‌باشد.

مراقبت در بیمارستان

بیمارستان‌ها پول خود را از دو منبع بدست می‌آورند: هزینه‌های سرمایه‌گذاری از طریق ساکنان و هزینه‌های جاری (از جمله هزینه پرستل) از طریق صندوق تامین هزینه بیماری (به اضافه بیماران خصوصی). برای



آنکه هزینه‌های سرمایه‌گذاری مناسب باشد بیمارستان‌ها مجبورند در طرح ارائه شده مشارکت کنند. یک بودجه هدف بابت هزینه‌های جاری تنظیم می‌شود. این بودجه در طول مذاکره بین صندوق‌ها و بیمارستان‌ها تنظیم می‌گردد. بودجه هدف تعداد خدمات را مشخص می‌سازد (برای پرداخت‌های موردی و هزینه اقدامات و مواردی که روزانه پرداخت می‌شود). اگر بیمارستان به اهداف دست یابد، در نتیجه هیچ نوع حسابرسی مالی صورت نمی‌گیرد. ولی اگر واقعاً فعالیت از هدف بیشتر باشد در نتیجه باید بخش عمده‌ای از درآمد و هزینه‌های اقدامات روزانه را ۹۰٪ تا ۸۵٪ عودت دهند ولی اگر فعالیت واقعی پائین‌تر از هدف باشد ۴۰٪ درصد مابه‌التفاوت عایدش می‌شود.

به بیمارستان از طریق ترکیبی از دستمزد آینده، هزینه‌های مربوط به تشریفات موردی و روزانه بازپرداخت صورت می‌گیرد. لایحه اصلاحات SHI ۲۰۰۰ معرفی نظام جدید پرداخت را برای بیمارستان براساس دستمزد موردی بابت کلیه بیماران (به استثنای روانی) اجباری می‌سازد. این لایحه از سال ۲۰۰۳ به طور اختیاری و از سال ۲۰۰۴ به طور اجباری معرفی شد.

کلیه کارکنان بیمارستان حقوق بگیرند. رؤسای بخش‌های درمانی معمولاً حق دارند از بیماران خصوصی به اندازه حقوق خود دستمزد بگیرند. ولی اینکه چقدر از این درآمد حفظ می‌شود به قراردادشان با بیمارستان بستگی دارد.

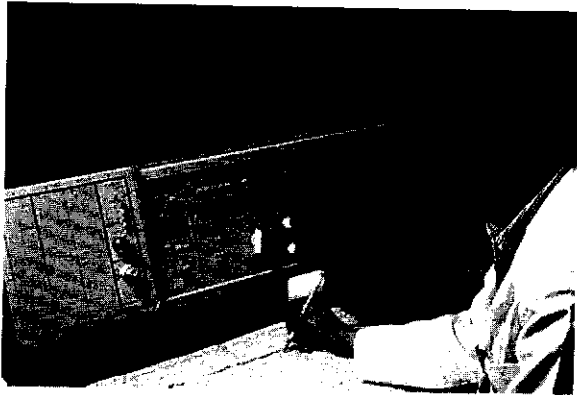
۵- چقدر خرج می‌شود و در کجا از زمان یکی شدن دو آلمان طبق حساب‌های ملی هزینه درمان ۱۱٪ GDP بوده است و طبق آمار بین‌المللی ۱۰٪/۵ معرفی بیمه درمان بلند مدت در اواسط سال‌های ۹۰ به کاهش درآمد مالیاتی و افزایش درآمد بیمه اجتماعی انجامید. با توجه به بخش توسعه یافته حضوری، هزینه‌های بیمارستانی در مقیاس جهانی پائین است.

۶- چگونه بیماران به خدمات دسترسی می‌یابند؟

۱-۶- دسترسی

Social Code book قانون‌گذار اصلی است که حقوق اعضای طرح تامین اجتماعی را تنظیم می‌کند. دادگاههای اجتماعی، که در سطح محلی، منطقه‌ای و فدرال وجود دارند کاملاً به موضوع بیمه اجتماعی اختصاص دارند. در صورت اختلاف بین افراد و مؤسسات بیمه اجتماعی یا بین شرکت‌های بیمه اجتماعی قانون وضع می‌کنند.

Social Code book درمان را به خاک آلمان محدود می‌کند جز در مواردی که تحت قانون Ec Regulation (۱۴۰۸/۷۱) باشد که به کارگران مهاجر و خانواده‌هایشان اجازه می‌دهد از مراقبت پزشکی کشوری که در آن کار می‌کنند برخوردار گردند. صندوق‌های تامین هزینه بیماری به خاطر



بیماران خصوصی می‌پردازند. آلمانی‌ها نظام حراستی ندارند، در عوض بیماران در انتخاب پزشک آزاد هستند.

طبق Code Book Social، بیمارانی که عضو صندوق تامین هزینه بیماری هستند پزشک

انعقاد قرارداد با ارائه دهندگان بیمه در محدوده آلمان تحت فشار قرار دادند؛ و همین موضوع اعضای این صندوق‌ها را قادر می‌سازد تا مستقیماً به آنها دسترسی داشته باشند.

در حالیکه آلمانی‌های تحت پوشش بیمه SHI، کارت هوشمند در اختیار دارند، که اساساً به آنها اجازه می‌دهد اطلاعات دارویی را ذخیره کنند، به طور رسمی فقط این کارت حاوی اطلاعات اداری است. همچنین، از آنجا که فقط یک پزشک واقعاً مسئول هر بیمار نیست، موضوع اسناد پزشکی مسئله‌ساز است، - یعنی مسئله جداگانه‌ای وجود ندارد و اطلاعات از درمان قبلی (و گاهی اوقات درمان جاری)، معاینات، اشعه ایکس و غیره بدست می‌آید که کار دشواری است. بیمارستان‌ها معمولاً گزارش را به پزشک فرد مراجعه‌کننده انتقال می‌دهند که پس از پرداخت هزینه نمی‌تواند به مداوا ادامه دهد. موضوع حفظ اطلاعات اضافی روی کارت هوشمند بدنبال تبعات مسائل دارویی از سال ۲۰۰۱ در دستور کار قرار گرفت.

مراقبت حضوری (مراقبت اولیه و ثانویه)

کلیمه مراقبت‌های حضوری، از جمله مراقبت اولیه مراقبت سرپایی بعدی، تقریباً به طور انحصاری بوسیله پزشکان در مطب خصوصی انجام می‌شود (که یک انحصار قانونی برای ارائه این گونه خدمات دارند). اکثریت پزشکان مطب جداگانه دارند. فقط حدود ۳۰۵ نفر مطب مشترک دارند. انجمن پزشکان بودجه ساختمان، تجهیزات و پرسنل آنها را تامین می‌کند. پزشکان حضوری کلیمه خدمات تخصصی را از تجهیزات پزشکی گرفته تا اسکنرهای MRI ارائه می‌کنند. در کنار GP ها رایج‌ترین خدمات تخصصی عبارتند از متخصصین بیماری داخلی (از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۱۶ نفر) متخصص زنان (۹) متخصص اطفال (۶)، چشم پزشک (۵)، ارتوپد و رادیولوژیست (هر یک ۲). تمام این متخصصین هم بیماران تحت پوشش SHI و هم بیماران خصوصی را درمان می‌کردند، علاوه بر این اقلیت بسیار کمی (کمتر از ۳٪) وجود دارند که فقط به مداوای

در آلمان این نوع مراقبت سرپایی نامیده می‌شود. در آلمان شرقی شرایط بسیار بد برخی از تجهیزات منجر به تعطیلی بیش از حد میانگین تخت‌ها شد، در حالیکه فرایندهای کوچک سازی در غرب دقیقاً به سرعت میانگین اتحادیه اروپا بود. تعداد ۵۰٪ بالاتر از حد متوسط اتحادیه اروپا باقی ماند.

جز در موارد بسیار فوری (بویژه اگر بیمار بوسیله آمبولانس حمل شود)، دسترسی به بیمارستان‌ها به معرفی نامه‌ای از جانب پزشکان حضوری نیاز دارد. (GP یا متخصص). کلیمه بیمارستان‌ها به طور قانونی ملزم هستند که بیماران اورژانس را بپذیرند (این بیماران بخوبی تعریف شده‌اند، از جمله مواردی که ممکن است در کشورهای دیگر اختیاری باشد) حتی اگر نرخ پر بودن بیمارستان بیش از ۱۰۰٪ باشد. بیماران می‌توانند بیمارستان را انتخاب کنند، اگرچه در عالم واقع پزشک مرجع، صاحب اختیار هستند. بنابراین پذیرش معمولاً در همان روز زمانی که برگ توصیه صادر می‌شود انجام می‌گردد (برخی از واحدهای دانشگاهی استثناء است). در نواحی شهری با بیش از یک بیمارستان، ممکن است یک بیمارستان خاص را به مرکز تلفن معرفی کنند، بیمارستان‌های دیگر اتاق خالی نداشته باشند (در جائیکه کلیمه تماس‌های فوری انتقال داده می‌شود و خدمات آمبولانس در سطح کشور انجام می‌شود).

کاهش کلی تخت‌ها در نتیجه کاهش بیمارستان‌های عمومی اتفاق افتاد در حالیکه بیمارستان‌های خصوصی غیر انتفاعی تعداد تخت‌های خود را حفظ کردند و بیمارستان‌های انتفاعی تعداد تخت‌های خود را تا ۲/۳ افزایش دادند (عمدتاً از طریق

خانوادگی را انتخاب می‌کنند، که تا سه ماه نمی‌توان او را عوض کرد (دوره معمول بازپرداخت). از آنجا که مکانیسمی برای کنترل یا تقویت این خود مراقبتی وجود ندارد بیماران مکرراً به طور مستقیم از پزشکان صاحب مطب استفاده می‌کنند. پزشکان خانوادگی (از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۴۷ پزشک) شامل GP ها و پزشکان عمومی می‌شود، پزشکان عمومی داخلی و متخصصین اطفال می‌توانند یا به عنوان پزشک خانوادگی به ثبت برسند یا به عنوان متخصصین. به رغم تلاش دولت فدرال برای بهبود وضعیت پزشک خانواده در بخش حضوری، تعداد متخصصین صاحب مطب سریعتر از تعداد پزشکان خانواده در چند دهه گذشته افزایش یافته است. GP ها به عنوان شرکای کلیمه پزشکان صاحب مطب، کمتر از ۴۰٪ کاهش داشتند. زمان انتظار، گزارش داده نشده است. بیشتر پزشکان (به استثنای متخصصین بالا) ساعات کاری خود را به ساعاتی خاص بیماران با وقت قبلی و بیماران حاضر و آماده تقسیم کرده‌اند. انجمن پزشکان به طور قانونی ملزم شده‌اند خدمات بیست و چهار ساعته ارائه کنند. در حالیکه در مناطق روستایی هر پزشکی با بیماران خود ملاقات خواهد کرد، پزشکان در شهرهای کوچک معمولاً خارج از وقت خدمات می‌دهند. در شهرها انجمن‌های پزشکی، در مراکز اصلی به ارائه خدمات فوری می‌پردازند. به رغم این خدمات، تعداد معینی از بیماران مستقیماً به بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند. از آنجا که بیمارستان‌ها واقعاً با این اهداف هماهنگ نیستند، این امر موجب هزینه‌های غیر ضروری می‌شود.

۳-۶- مراقبت ثانویه

تصاحب).

به مالکیت در آوردن بیمارستان های عمومی قبلی بوسیله سرمایه گذاران خصوصی در آلمان شرقی رایج تر بود (کشوری که در آن سهم تخت های خصوصی در بخش همسران در حال حاضر بالای ۱۰٪ است. دو برابر آلمان غربی) در موارد دیگر فقط مدیریت با شرکت های خصوصی قرارداد می بندد.

بخش انتفاعی خصوصی، مثل کشورهای دیگر، دو بخش فرعی بسیار متفاوت دارد. آن دسته از بیمارستان هایی که طرف قرارداد صندوق های حمایت از بیماران هستند و خدمات درمانی را که با بودجه عمومی تامین می شود ارائه می نمایند و گروه دیگری از بیمارستان ها که فقط به بیماران خصوصی خدمات ارائه می دهند. در آلمان، اکثریت قریب به اتفاق بیمارستان های انتفاعی (و کلیه بیمارستان های غیرانتفاعی) در گروه طرف قرارداد قرار می گیرند. از نظر بیماران بیمه شده وضعیت بیمارستان مهم نیست و حتی معلوم هم نیست.

اطلاعات قابل اعتماد و قابل مقایسه در مورد نگرش بیماران بسیار کم است. طبق یک تحقیق تازه، که در پنج کشور با پرسشنامه مشابهی انجام شد، عموماً گفته می شود که بیماران آلمانی پائین ترین نرخ مشکلات را بعد از کشور سوئیس دارند مسئله ای که بیش از همه طرح می شود «استمرار و انتقال» بود، شاید بین بخش ها جدائی کامل را بوجود می آورد.

۶-۴ خدمات تشخیص

کلیه خدمات تشخیص در بخش بیماران حضوری ارائه می شود. برنامه ریزی مشترک برای استفاده از فن آوری های بالا در بخش ها در سال ۱۹۹۷ رها شد. امروزه نیز قانون ویژه ای بر آن حاکم نیست. ساز و کار برنامه ریزی معمولی برای رادیولوژیست ها و متخصصین آزمایشگاه نیز به کار می رود.

۶-۵ مراقبت دارویی

داروخانه های عمومی - که واقعاً کاملاً در مالکیت خصوصی هستند، در مورد توزیع دارو به جز بیمارستان ها دارای انحصار هستند (فروش دارو به ارزش ۵۲۰ میلیون مارک معادل ۲۶/۶ میلیارد یورو).

بیمارستان ها داروهارا از داروسازی به ارزش ۷/۸ میلیارد مارک (معادل ۲/۵ بیلیون یورو) در سال ۱۹۹۸ می خرند. برنامه ریزی معینی در مورد محل داروخانه وجود ندارد اما این محدودیت وجود دارد که هر داروسازی می تواند یک داروخانه داشته باشد، داروخانه های زنجیره ای و (اینترنتی). غیر قانونی هستند. همچنین هزینه اضافی قیمت های قبل از تولید غیر قانونی هستند. از آنجا که بیشتر محصولات را مربوط به داروسازی در نظر می گیرند ممکن است به عنوان «فقط در داروخانه» بازاریابی شود. لازم است این گونه داروها در داروخانه فروخته شود. نوع دوم «فقط با نسخه» است.

۶-۶ - مراقبت توان بخشی

تقریباً ۱۴۰۰ مؤسسه با ۱۹۰۰۰ تخت (برای هر ۱۰۰۰ نفر ۲/۳۲ تحت) به مراقبت توان بخشی و پیشگیری اختصاص دارد. در مقایسه با بیمارستان های عمومی، مالکیت تخت ها بین ۱۵٪، ۱۶٪ و ۶۹٪ متفاوت است و شامل تخت های عمومی، خصوصی غیر انتفاعی و خصوصی انتفاعی می گردد. تفاوت های دیگری نیز وجود دارد:

۱- ظرفیت های این موسسات به لحاظ عمومی برنامه ریزی نشده اند.

۲- هزینه سرمایه گذاری را به طور عمومی پوشش نمی دهند.

۳- صندوق های تامین هزینه بیماری (و بویژه صندوق های مستمری) برخی از این موسسات را در مالکیت دارند (از جمله موسسات غیر انتفاعی).

۴- صندوق های تامین هزینه بیماری به طور انتخابی با این موسسات قرارداد می بندند نه بطور جمعی. این دو ساز و کار آخری انتخاب بیمار را برای آزمایشات توان بخشی محدود می سازد.

۶-۷ - مراقبت اجتماعی:

در اواسط دهه ۱۹۹۰، مرز بخش مراقبت اجتماعی را مجدداً تعریف کردند. وقتی بیمه درمان بلندمدت ایجاد شد، کلیه بیمارانی که از این نوع بیمه اجباری استفاده می کردند (از جمله مستمری بگیران و بیکاران) به علاوه کلیه افراد با بیمه درمان کاملاً خصوصی انحصاری اجباری اعلام شدند- و این بیمه را به اولین بیمه اجتماعی با اعضاء سراسری

تبدیل کردند. برخلاف SHI، نرخ حق بیمه واحد ۱/۷٪ (که نصف آن را کارفرما و نصف آن را فرد شاغل میداد) بین کارفرما و کارگر (به استثنای استان ساکنی) اعمال می شد. بیمه مراقبت بلندمدت را صندوق تامین مالی هزینه های بیماری راه اندازی کرده بود (به عنوان یک شکل کاملاً متفاوت از بخش بیمه درمان ولی بدون یک انجمن جداگانه)، و بیمه گران درمان در بخش خصوصی. مراقبت های پزشکی در بخش بیماران حضوری ۲۴ ساعته انجام می شود در حالیکه هزینه مراقبت در مؤسسه روزانه پرداخت می گردد. قیمت ها را صندوق های تامین درمان و انجمن های ارائه خدمات درمانی در سطح ایالتی مورد مذاکره قرار میدهند. وظیفه ضمانت دسترسی به مراقبت پزشکی بیماران حضوری بطور قانونی به صندوق های تامین مراقبت بلندمدت اجباری واگذار شده است در حالیکه نهادهای محلی موظف هستند دسترسی به «تامین مالی دو جانبه» در مورد پرستاری بدین معنی است که سازمان های محلی باید هزینه سرمایه گذاری برای مؤسسات را و تا حدی برای عرضه کنندگان بیماری حضوری را بپردازند. نهاد محلی همچنین مسئول برنامه ریزی است اما به طور قانونی به آنها اجازه داده نمی شود تعداد عرضه کنندگان در بخش بیماران حضوری را به منظور توسعه رقابت محدود کنند.

بخش ششم از Social Code Book

مزیت قانونی سازمان های رفاه را بر عرضه کنندگان انتفاعی در بخش خصوصی، برای ارائه رقابت از نظر قیمت و کیفیت به صراحت بیان کرده است. بنابراین عرضه کنندگان انتفاعی در مذاکرات سالانه با صندوق های تامین درمان شرکت می کنند. هیچ آمار سرانه قابل اعتمادی در دسترس نیست. ممکن است ذینفعان انتخاب کنند که بابت مراقبت بلند مدت نقدی بگیرند یا جنسی.

۷- سردرگمی بیمار

سردرگمی معمول یک بیمار ممکن است از هر جایی در بخش بیماران سرپایی حضوری خواه در مطب GP یا مطب یک متخصص شروع شود. بیمارانی که به

