

مروری بر نظام سلامت در کشورهای منتخب اروپایی

ناهید رضائی^۱، مجتبی قاسمی^۲

چکیده

نظام‌های سلامت در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه نقشی مهم و اساسی در ارتقای سلامت عمومی جامعه از طریق پیشگیری و درمان دارند. هر چند نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف ویژگی‌های مشترک بسیاری دارند اما در عین حال هر یک از این نظام‌ها دارای ویژگی‌های منحصر به فرد خود نیز می‌باشند. با این وجود تحولات دهه‌های اخیر در نظام‌های سلامت در جهان حاکی از همگرایی این نظام‌ها به سوی اهداف مشترکی است که از جمله مهمترین آنها می‌توان به افزایش دامنه پوشش، حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر با ارائه بیمه‌های درمان پایه هدفمند به آنها، حرکت در جهت عدالت در دسترسی به خدمات درمانی و بهداشتی، تلاش برای کاهش هزینه‌های درمانی در نظام سلامت (به ویژه هزینه‌های درمان تخصصی) از طریق نظام ارجاع اشاره کرد. این مقاله به مرور ویژگی‌های نظام سلامت در منتخبی از کشورهای اروپایی و تجربه اصلاحات آنها می‌پردازد. شناخت ویژگی‌های این نظام‌ها و آگاهی از جنبه‌های مختلف اصلاحات صورت گرفته می‌تواند حاوی آموزه‌هایی برای نظام سلامت کشور باشد.

کلیدواژه: نظام سلامت، اصلاحات

۱. دکترای تخصصی مدیریت دولتی و کارشناس متخصص اداره کل آموزش و پژوهش سازمان تامین اجتماعی.

Dr.narezae59@yahoo.com

۲. استادیار حقوق و اقتصاد، پژوهشکده خانواده- دانشگاه شهید بهشتی.

ایمیل: Mojtaba_ghasemi@sbu.ac.ir

۱- مقدمه

نظام سلامت در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه نقشی مهم و اساسی در ارتقای سلامت عمومی جامعه از طریق پیشگیری و ارائه خدمات درمانی پایه و تخصصی دارند. نظام‌های سلامت در بیشتر کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه در دهه‌های اخیر به سوی اهداف مشترکی گام برداشته‌اند که از جمله مهمترین آنها در بعد ارائه خدمات می‌توان به تلاش برای افزایش عدالت در دسترسی به خدمات درمانی در جامعه از طریق افزایش دامنه پوشش و ارائه خدمات درمانی یارانه‌ای به هدف آسیب‌پذیر اشاره کرد. در بعد ساختار هزینه‌ای نظام سلامت نیز حرکت در جهت بهینه کردن هزینه‌های نظام سلامت با معرفی سیستم ارجاع و کاهش سهم پرداخت از جیب شهروندان در تأمین هزینه‌های نظام سلامت بوده است. در همین طراحی مکانیسم‌هایی برای مدیریت تقاضای دارو نیز صورت گرفته تا مصرف دارو نیز بهینه گردد. علاوه بر این دولت‌ها سعی کرده‌اند نقش پررنگ‌تری در تأمین هزینه‌های نظام سلامت از طریق درآمدهای عمومی نظیر مالیات بر عهده گیرند. در عرضه خدمات درمانی نیز شاهد سیاست‌هایی در جهت افزایش مشارکت بخش خصوصی در عرضه خدمات درمانی پایه و تخصصی بوده‌ایم.

این مقاله سعی دارد تا به طور مختصر به مهمترین ویژگی‌های نظام سلامت در کشورهای منتخب اروپایی بپردازد. کشورهای مورد مطالعه عبارتند از لهستان، پرتغال، دانمارک، اسپانیا، هلند، اتریش، سوئد، ترکیه، جمهوری چک، رومانی، فرانسه، سوئیس و آلمان. در انتخاب کشورها سعی شده تا دامنه‌های از کشورها با شرایط اقتصادی، اجتماعی و سیاسی متفاوت انتخاب شود. اگرچه نظام‌های سلامت در این کشورها دارای شباهت‌های فراوانی با یکدیگر، اما هر یک از آنها به فراخور موقعیت اقتصادی، اجتماعی و سیاسی خود دارای ویژگی‌های منحصر به فردی هستند. از جمله ویژگی‌های مشترک نظام‌های سلامت در این کشورها می‌توان به بالا بودن دامنه پوشش نظام سلامت در این کشورها اشاره کرد. در تمام این کشورها دامنه پوشش بیش از ۹۲ درصد است. در کشورهای سوئد، دانمارک، پرتغال، سوئیس و جمهوری چک این نرخ ۱۰۰ درصد است. پایینترین نرخ پوشش در میان این کشورها متعلق به کشور لهستان با نرخ پوشش ۹۲ درصد است (جدول شماره یک).

از نظر منابع انسانی نظام سلامت نیز تفاوت‌های چشمگیری در میان این کشورها به چشم می‌خورد. برای مثال به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در حدود ۵۰ پزشک در نظام سلامت اسپانیا مشغول به کار هستند، حال آنکه این نسبت برای کشور ترکیه در حدود ۱۷ است (جدول شماره ۲). از نظر هزینه‌های درمان نیز با افزایش در سطح توسعه‌یافتگی کشورها درصدی از تولید ناخالص داخلی که صرف امور درمانی می‌شود افزایش می‌یابد. به عنوان مثال در هلند در

حدود ۱۳ درصد از تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۱۲ صرف امور درمانی شده است، حال آنکه همین نسبت برای کشور رومانی در حدود ۵/۵ درصد بوده است. مقایسه میان این ۱۳ کشور حاکی از آن است که هزینه سرانه سلامت^۱ با افزایش سطح توسعه‌یافتگی به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد. نکته جالب دیگر در نظام‌های سلامت این کشورها، سهم پرداخت از جیب^۲ توسط شهروندان این کشورها از کل هزینه‌های درمان است. در میان این کشورها شهروندان پرتغالی، لهستانی و سوئسی با پرداخت به ترتیب ۲۷، ۲۳ و ۲۶ درصد از کل هزینه‌های درمان از جیب خود دارای بالاترین مشارکت مستقیم در تأمین هزینه‌های مالی درمان در نظام سلامت کشورشان بوده‌اند. این میزان در کشورهای هلند و فرانسه حدود ۸ درصد و در آلمان حدود ۱۱ درصد است (جدول شماره ۳).

علاوه بر بیان ویژگی‌های کلی نظام سلامت در این کشورها به برخی از مهمترین اصلاحات صورت گرفته در نظام سلامت آنها در دهه‌های اخیر اشاره خواهد شد. شاکله نظام فعلی سلامت در این کشورها محصول این اصلاحات بوده است. آشنایی با ویژگی‌های نظام سلامت این کشورها و اصلاحات مهم صورت گرفته در آنها هدف اصلی این نوشتار است. در ادامه بخش دوم به بیان ویژگی‌های کلی نظام سلامت در این کشورها می‌پردازد. بخش سوم نیز به جمع‌بندی خواهد پرداخت.

۲- نظام سلامت در کشورهای منتخب

این بخش به طور خلاصه به تبیین نظام سلامت در منتخبی از کشورهای اروپایی و تجربه اصلاحات صورت گرفته توسط آنها در نظام سلامت می‌پردازد.

۲-۱- لهستان

منبع اصلی تأمین مالی نظام سلامت در کشور لهستان، حق بیمه‌های دریافتی از مشترکین است. در این نظام سلامت یک بیمه درمان عمومی وجود دارد که طیف وسیعی از کارکنان از جمله کارکنان دولت، کارکنان بخش خصوصی، کشاورزان، افراد تحت پوشش برنامه‌های حمایتی تأمین اجتماعی، افراد بیکار و دانشجویان را در بر می‌گیرد. اعضای خانواده بیمه شده از جمله همسر، فرزندان تا سن ۱۸ سالگی (۲۶ سالگی در صورت ادامه تحصیل)، والدین بیمه شده اصلی در صورتی که تحت تکفل وی باشند نیز تحت پوشش بیمه قرار خواهند گرفت. تمام گروه‌های اجتماعی

1. Health Expenditure Per Capita
2. Out of Pocket health Expenditures

تحت پوشش بیمه درمانی هستند و مشارکت در آن اجباری است. بخشی از منابع مالی نظام سلامت در کشور لهستان توسط دولت و از محل درآمدهای عمومی تأمین مالی می‌شود. این بخش از منابع مالی به ارتقای سلامت عمومی جامعه، پوشش بیمه‌ای گروه‌های خاص (مانند افراد بیکاری که از بیمه بیکاری استفاده می‌کنند، کهنه سربازان جنگ جهانی، کشاورزان، افرادی که از مستمری‌های حمایتی بهره‌مند هستند و ...)، سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های مرتبط با سلامت عمومی جامعه، پرداخت هزینه جراحی‌های خاص و داروهای خاص که پرهزینه هستند اختصاص می‌یابد. مدیریت نظام سلامت بر عهده صندوق ملی سلامت^۱ (NFZ) است که مسئولیت بستن قرارداد با عرضه‌کنندگان عمومی و خصوصی خدمات درمانی را بر عهده دارد. صندوق ملی سلامت، متشکل از ۱۶ نمایندگی در نواحی مختلف کشور است که از سال ۲۰۰۴، مدیریت نظام سلامت را در لهستان به عهده دارد و از آن زمان تا کنون تغییری نکرده است. نظارت بر عملکرد صندوق ملی سلامت نیز در برعهده وظایف وزات بهداشت است.

پزشکان با نمایندگی‌های صندوق ملی سلامت که در نواحی ۱۶ گانه مستقر هستند، قرارداد می‌بندند. هر مشترک بیمه شده باید در منطقه‌ای که زندگی می‌کند برای خود یک پزشک عمومی انتخاب کند. به ازای هر بیمه شده‌ای که یک پزشک مشخص را به عنوان پزشک خود اعلام کند، مبلغی ثابت به آن پزشک پرداخت خواهد شد. تعداد دفعاتی که فرد به عنوان بیمار به این پزشک مراجعه می‌کند تأثیری بر این مبلغ پرداختی نخواهد داشت. مبلغ مورد اشاره طی مذاکرات صورت گرفته بین پزشک و نمایندگی صندوق ملی سلامت تعیین می‌شود. به همین ترتیب بیمارستان‌های خصوصی و عمومی نیز با نمایندگی‌های صندوق ملی سلامت قرارداد می‌بندند. این قراردادها معمولاً یک ساله بوده و در پایان سال هزینه‌های درمان از طریق صندوق ملی سلامت به این بیمارستان‌ها و عرضه‌کنندگان خدمات درمانی استرداد می‌شود.

علاوه بر انتخاب پزشک عمومی توسط بیمه‌شدگان، آنها می‌توانند پرستار، ماما، دندانپزشک و یکی از بیمارستان‌های طرف قرارداد با صندوق ملی سلامت را برای خود انتخاب کنند. امکان انتخاب آزاد و دسترسی مستقیم به برخی از متخصصین (از جمله متخصصان زنان، پوست، غدد و روانپزشک) نیز برای بیمه‌شدگان در مراکز درمانی وجود دارد. دسترسی به سایر متخصصین در مراکز درمانی طرف قرارداد با صندوق ملی سلامت صرفاً با ارجاع پزشک عمومی بیمه شده امکانپذیر خواهد بود.

بیمه‌شدگان هنگام مراجعه به پزشکان عمومی و متخصصین و سایر خدمات درمانی در بیمارستان‌های طرف قرارداد صندوق ملی سلامت، هزینه‌ای بابت ویزیت پرداخت نمی‌کنند. در

مورد داروها نیز، یک طبقه‌بندی کلی وجود دارد که داروها را به سه دسته کلی تقسیم می‌کند: داروهای اساسی و پایه که قیمت ثابت و ناچیز مصوب وزارت بهداشت برای آنها پرداخت می‌شود (در حدود ۱ یورو). دسته دوم داروهای ویژه هستند که در حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد قیمت آنها باید توسط بیمه شده پرداخت شود و نهایتاً سایر داروها که تمام قیمت آنها توسط بیمه شده پرداخت خواهد شد.

از سال ۲۰۱۰ زمره‌های اصلاحات در نظام سلامت لهستان آغاز شده است که مهمترین بخش آن تبدیل بیمارستان‌ها به شرکت‌های سهامی است. در نسخه جدید قانون سلامت که در آوریل ۲۰۱۱ به تصویب رسید، تبدیل داوطلبانه بیمارستان‌های عمومی به شرکت‌های سهامی آمده است. پیش از آن در سال ۲۰۰۸، تلاش‌هایی برای تصویب اجباری کردن تبدیل بیمارستان‌های عمومی به شرکت‌های سهامی صورت گرفته بود که با مخالفت دولت وقت روبرو شد. این اصلاحات با هدف افزایش کارایی عرضه‌کنندگان خدمات درمانی در سطح خرد و در نتیجه ارتقای کارکرد نظام درمان پیشنهاد شده است. هدف اصلی این اصلاحات ارتقاء و بهبود کیفیت ارائه خدمات درمانی به بیماران از طریق افزایش رقابت بین عرضه‌کنندگان خدمات درمانی می‌باشد. دولت‌های محلی که مدیریت بیمارستان‌های دولتی را بر عهده دارند می‌توانند در صورت تمایل، آنها را به بخش خصوصی واگذار کنند. البته این طرح با مخالفت‌ها و انتقادهای شدیدی نیز همراه بوده است. برخی از کارشناسان حوزه سلامت در لهستان بر این باورند که خصوصی‌سازی بیمارستان‌ها ممکن است عدالت در دسترسی به خدمات درمانی را مختل کند. آنها بر این نکته تاکید می‌کنند که بیمارستان‌ها باید بنگاه‌هایی غیرانتفاعی باشند و نهایتاً این دولت است که باید مسئول اصلی سلامت جامعه باشد.

بخش‌های دیگری از قانون جدید سلامت مصوب سال ۲۰۱۱، در برگیرنده مصوباتی در مورد شرایط استخدام پرستاران، نحوه گذراندن دوره انترشیپ دانشجویان پزشکی، یارانه دارویی و ... بوده است. در مورد آخر به طور خلاصه لیست اقلام دارویی که شامل یارانه و کمک دولت می‌شده‌اند، کوچکتر شده و بسیاری از اقلام از آن حذف شده‌اند که منجر به بحث‌های گسترده‌ای در بین کارشناسان در این زمینه شده است.

۲-۲- پرتغال

نظام سلامت کشور پرتغال شبکه‌ای از عرضه‌کنندگان خدمات درمانی بخش خصوصی و دولتی را در بر می‌گیرد که در سرتاسر کشور اقدام به ارائه خدمات درمانی می‌کنند. البته بخش عمده خدمات درمانی توسط بخش دولتی که تحت عنوان خدمات سلامت ملی (SNS) شناخته می‌شود عرضه می‌شود.

خدمات سلامت ملی (SNS) که منابع خود را از طریق مالیات تأمین مالی می‌کند، خدمات درمانی را برای تمام افراد تقریباً رایگان ارائه می‌کند. SNS دارای نمایندگی‌هایی در نقاط مختلف کشور است که از استقلال بالایی در مدیریت اجرایی خود برخوردار هستند. خدمات سلامت ملی (SNS) که یک نهاد دولتی است عمده خدمات درمانی را به بیمه‌شدگان از طریق ارائه خدمات در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خود صورت می‌دهد. دریافت کنندگان خدمات درمانی تنها بخشی از هزینه‌های مربوط به دارو را پرداخت می‌کنند. علاوه بر این بیمه‌های تکمیلی نیز برای گروه‌های خاصی از جمعیت در نظر گرفته شده است. در برخی موارد نیز SNS اقدام به بستن قرارداد با بخش خصوصی برای ارائه خدمات به بیمه‌شدگان می‌کند. در کنار خدمات ارائه شده توسط SNS، عرضه‌کنندگان خصوصی نیز وجود دارند که اقدام به ارائه خدمات به افراد می‌کنند.

دامنه پوشش بیمه‌ای گسترده توسط SNS باعث ارتقای سلامت عمومی جامعه شده و شاخص‌های سلامت در این کشور را هم‌تراز با کشورهای پیشرفته جهان قرار داده است. نظام سلامت پرتغال از تنظیمات^۱ بسیار گسترده‌ای برخوردار است که انتخاب بیمه‌شدگان را برای استفاده از خدمات مربوط به سلامت محدود کرده است. نظام سلامت این کشور نیز از بحران مالی گسترده جهانی که از سال ۲۰۰۸ آغاز شد در امان نبوده و با توجه به تأمین مالی آن از طریق بودجه عمومی و ناپایداری منابع مالی منجر به اجرای اصلاحات گسترده در آن شده است که در ادامه مختصراً به شرح برخی از این اصلاحات پرداخته خواهد شد. برخی از این اصلاحات توسط نهادهای مالی بین‌المللی مانند IMF پیشنهاد شده است:

- کاهش اتکاء بیش از حد به پزشکان و دادن اولویت بیشتر به پرستاران در فرآیند درمان
 - کاهش ساعت اضافه کاری پزشکان که استفاده از آن در نظام درمان پرتغال برای افزایش درآمد پزشکان بسیار معمول بوده است.
 - کاهش اتکاء بر بیمارستان‌های تخصصی و گران قیمت (بر اساس مشاهدات بسیاری افراد ترجیح می‌داده‌اند که اقامت‌های طولانی در بیمارستان‌های گران قیمت داشته باشند، حال آنکه بیماری آنها قابل درمان در بیمارستان‌های معمولی نیز بوده است).
 - کاهش اتکاء بر خدمات اورژانسی پرهزینه (بر اساس مشاهدات در بسیاری از موارد افراد حتی در موارد غیر اورژانسی به اورژانس مراجعه می‌کرده‌اند).
 - پیگیری ناکارایی‌های ناشی از وجود زیربخش‌های مختلف در نظام سلامت عمومی کشور (زیربخش‌های مورد اشاره کارکنان دولت، ارتش، پلیس و برخی دیگر از گروه‌ها را در بر می‌گیرد)
- همان طور که مشاهده می‌شود با توجه به وجود بحران مالی در این کشور و اتکاء بسیار زیاد نظام درمان این کشور به منابع عمومی، بیشتر اصلاحات پیشنهاد شده در راستای کاهش هزینه‌های نظام سلامت بوده است.

۲-۳- دانمارک

نظام سلامت در کشور دانمارک در حال حرکت از یک نظام "درمان محور" به سوی یک نظام سلامت «پیشگیری محور» است. نظام سلامت فعلی در کشور دانمارک محصول اصلاحات ساختاری اعمال شده در سال ۲۰۰۷ است. پیش از سال ۲۰۰۷، از نظر ساختاری نظام سلامت به ۱۳ منطقه مختلف کشور تقسیم شده بود که هر یک از این نمایندگی‌ها دارای قدرت وضع مالیات نیز بودند. پس از اصلاحات سال ۲۰۰۷ نه تنها تعداد این مناطق به ۵ منطقه کاهش یافت، بلکه قدرت و اختیار وضع مالیات نیز از آنها سلب گردید. علاوه بر این بیشتر اقدامات پیشگیرانه در حوزه سلامت نیز به دولت‌های محلی (شهرداری‌ها) واگذار گردید. تعداد شهرداریهای مجاز به اعمال این اقدامات که قبلاً ۲۷۳ بود به ۹۸ کاهش یافت. به این ترتیب در نظام سلامت کنونی، شهرداریهای بزرگتر نقش پررنگتری در بخش سلامت بازی می‌کنند.

نظام سلامت کشور دانمارک، نظامی با پوشش همگانی است که از طریق مالیات تأمین مالی می‌شود. نظام سلامت در این کشور دارای دو بخش عمده است: بخش خدمات درمانی پایه و بخش خدمات بیمارستانی. بخش خدمات درمانی پایه به مسائل مربوط به حوزه سلامت عمومی می‌پردازد و خود از دو بخش عمده تشکیل شده است: بخش معاینه و درمان و بخش پیشگیری. افراد بیمار در وهله اول به خدمات درمانی پایه مراجعه می‌کنند. درمان و معاینات پیشرفته که مستلزم بکارگیری لوازم و تجهیزات پیشرفته و نیز تخصص بیشتر است در بخش بیمارستانی پیگیری می‌شود. ارجاع بیمار به بیمارستان برای دریافت خدمات درمانی تخصصی و پیشرفته‌تر مستلزم ارائه گواهی پزشکان عمومی شاغل در خدمات درمانی پایه است. علاوه بر ارائه خدمات درمانی به بیماران، هر دو بخش خدمات درمانی پایه و خدمات بیمارستانی در فعالیتهای آموزشی نیز نقش ایفا می‌کنند.

همان طور که اشاره شد در ساختار جدید از نظر اجرایی، دولت‌های محلی نقش پررنگی در ارائه خدمات درمانی به شهروندان دارند. از جمله اقدامات دولت‌های محلی در نظام سلامت می‌توان به مواردی نظیر ارائه خدمات پرستاری در منزل، خدمات بهداشتی و درمانی به مدارس، ارائه خدمات دندانپزشکی، ارائه منازل مسکونی با خدمات و تجهیزات ویژه به سالمندان اشاره کرد. با این وجود مدیریت بیمارستان‌ها بر عهده دولت‌های منطقه‌ای است که در تقسیم‌بندی جدید کل کشور به ۵ منطقه تقسیم شده است. نقش دولت مرکزی در نظام سلامت فعلی در دانمارک نظارت، ایجاد هماهنگی بین دولت‌های محلی و منطقه‌ای و ارائه مشاوره به آنها در راستای ارائه بهتر خدمات درمانی به شهروندان است. در واقع دولت مرکزی مسئول تنظیم سیاست‌های کلی بخش سلامت بوده و بر حسن اجرای این سیاست‌ها نیز نظارت می‌کند. وزارت بهداشت و درمان بازیگر اصلی در دولت مرکزی در این زمینه است. وظیفه اصلی این وزارتخانه تدوین قوانین جهت

هموارسازی ارائه انواع خدمات درمانی و پیشگیری به شهروندان است. منبع اصلی تأمین منابع مالی در نظام سلامت کشور دانمارک حق بیمه‌های پرداختی و مالیات‌های دریافتی از شهروندان است. البته بخشی از هزینه‌های مربوط به خدمات دندانپزشکی و دارو توسط خود افراد پرداخت می‌شود.

۲-۴- اسپانیا

کشور اسپانیا دارای یک نظام سلامت با پوشش همگانی است که به طور غیرمتمرکز در استان‌های آن مدیریت می‌شود. مطابق ماده ۴۳ قانون اساسی اسپانیا تمام شهروندان این کشور از حق برخورداری از مراقبت‌های پزشکی و خدمات درمانی برخوردار هستند. مجموعه‌ای از قوانین و مقررات نحوه برخورداری شهروندان از این حق و نحوه تعامل دستگاه‌های درگیر در ارائه خدمات درمانی در سطح ملی و منطقه‌ای را مشخص می‌کنند. نهادی تحت عنوان خدمات سلامت ملی (SNS) متولی اصلی ارائه خدمات درمانی به شهروندان اسپانیایی است که در مناطق مختلف کشور دارای نمایندگی است. البته این نمایندگی‌ها تا حدودی دارای اختیارات مستقل هستند. مهمترین چالش‌های پیش روی نظام سلامت در اسپانیا به باور کارشناسان این حوزه مدیریت غیرمتمرکز، افزایش هزینه‌های دارویی، افزایش هزینه‌های مربوط به منابع انسانی و پیری روزافزون جمعیت است که خود ناشی از افزایش امید به زندگی در دهه‌های اخیر در این کشور بوده است.

اولین تلاش‌های جدی برای اصلاح نظام سلامت در اسپانیا به سال‌های دهه ۹۰ میلادی بازمی‌گردد که مجموعه‌های از عوامل از جمله بحران اقتصادی آن سال‌ها، پیری جمعیت و افزایش تقاضا برای خدمات درمانی موتور محرکه اصلاحات بودند. البته هیچ یک از ۶۴ پیشنهاد ارائه شده برای اصلاحات نظام سلامت در آن سال‌ها به طور رسمی به اجرا در نیامدند. اگر چه برخی از این پیشنهادات پایه اصلی اصلاحات صورت گرفته در سال‌های بعدی شدند.

یکی از اصول اساسی در نظام سلامت اسپانیا عدالت در دسترسی و برخورداری از خدمات درمانی و مراقبت‌های پزشکی است. اگر چه با توجه به نابرابری‌های موجود در منابع مالی در نواحی مختلف کشور این اصل به طور مکرر نقض شده است. به ویژه این امر در مورد ارائه خدمات درمانی تخصصی در بیمارستان‌ها بیشتر مشهود بوده است. در این راستا و به منظور رفع نابرابری‌های موجود در دسترسی به خدمات درمانی تخصصی، قانونی در سال ۲۰۰۳ تصویب شد که هدف اصلی آن افزایش هماهنگی و همکاری میان دستگاه‌های ذیربط جهت افزایش دسترسی آحاد مختلف جامعه به خدمات درمانی تخصصی بوده است.

یکی دیگر از اصلاحات مهم در نظام سلامت کشور اسپانیا در سال ۲۰۱۲ در قالب یک قانون تصویب شد. هدف اصلی این اصلاحات افزایش کیفیت خدمات درمانی و پایداری نظام سلامت عنوان شده است. افزایش دامنه

پوشش، مشخص کردن سبد خدمات درمانی یکسان در مناطق مختلف کشور، معرفی ابزارهای سیاستی به منظور کنترل بهینه تجویز و مصرف دارو و سیاست‌های مربوط به به کارگیری منابع انسانی در نظام درمان از اهم اهداف در اصلاحات سال ۲۰۱۲ بوده‌اند.

آخرین اصلاحات صورت گرفته در نظام سلامت کشور اسپانیا به سال ۲۰۱۴ باز می‌گردد. طی اصلاحات اعمال شده افراد بیکاری که بیش از ۹۰ روز را در یک سال خارج از مرزهای کشور سپری کنند از پوشش بیمه‌ای خارج شده و خدمات درمانی به آنها تعلق نخواهد گرفت. این اصلاحات با هدف محدود کردن ارائه خدمات درمانی به افراد مقیم کشور (شهروندان اسپانیایی و افراد خارجی مقیم) صورت گرفته است. مهاجران غیر قانونی و افراد بالای ۲۶ سال که وارد بازار کار نشده‌اند (این افراد نه به طور رسمی شاغل بوده و نه به عنوان بیکار از بیمه بیکاری استفاده می‌کنند)، در دامنه پوشش خدمات درمانی قرار ندارند. استثنائاتی نیز در این زمینه وجود دارد که از آن جمله می‌توان به زنان باردار، پناهندگان سیاسی و قربانیان قاچاق انسان اشاره کرد.

خدمات درمانی ارائه شده در نظام سلامت کشور اسپانیا را می‌توان در دو گروه کلی جای داد: خدمات درمانی پایه شامل پیشگیری، تشخیص و درمان که در مراکز درمانی انجام می‌شوند و از طریق منابع عمومی تأمین مالی می‌شوند. خدمات درمانی تکمیلی شامل داروها، ارتوپدی، مشاوره‌های تغذیه‌ای و ... که بخشی از هزینه‌های آنها از طریق منابع عمومی و باقی مانده آنها با مشارکت بیمه‌شدگان تأمین مالی می‌شود.

۲-۵- هلند

نظام سلامت فعلی کشور هلند محصول بیش از دو دهه بحث و کشمکش‌های سیاسی است که سرانجام در سال ۲۰۰۶ با معرفی این نظام سلامت به پایان رسید. در نظام سلامت جدید طرح بیمه سالمندان بیمار و سایر طرح‌های بیمه درمان که عمدتاً خصوصی بودند یکپارچه شد و به صورت یک نظام بیمه اجباری که تمام جمعیت کشور را تحت پوشش بیمه درمان قرار می‌دهد درآمد. در واقع هر شهروند هلندی باید یک بیمه درمان برای خود خریداری نماید که هزینه‌های دارویی، پزشکی و بیمارستانی را تحت پوشش قرار می‌دهد. اعتبار بیمه‌های خریداری شده یکساله بوده و در پایان مهلت اعتبار، افراد می‌توانند اقدام به تغییر بیمه‌گر خود نمایند. خانوارهای با درآمد پایین از امتیارات مالیاتی در هنگام خرید بیمه بهره‌مند خواهند شد. افراد بیمه شده شاغل مبالغی را نیز که به صورت درصدی از درآمد آنها است توسط کارفرمای خود پرداخت می‌کنند. هزینه‌های بیمه‌ای کودکان زیر ۱۸ سال در خانواده نیز توسط دولت از محل درآمدهای عمومی پرداخت می‌شود. شکل شماره ۱ بازیگران عمده در نظام سلامت کشور هلند و نحوه تعامل میان آنها را نشان می‌دهد. چهارچوب نهادی نظام سلامت جدید نیز بر مبنای رقابت مدیریت شده^۱ قرار گرفته است تا بیمه‌گران و عرضه‌کنندگان خدمات درمانی از طریق رقابت بتوانند نه تنها کیفیت خدمات درمانی را ارتقاء بخشند بلکه در راستای افزایش پایداری مالی نظام سلامت نیز حرکت کنند.

مانند بسیاری دیگر از کشورهای اروپایی رشد هزینه‌های درمانی یکی از مشکلات پیش روی کشور هلند بوده است. مطابق آخرین برآوردهای OECD نزدیک به ۱۲ درصد از GDP این کشور به هزینه‌های درمانی اختصاص پیدا می‌کند. در واقع کشور هلند پس از آمریکا دارای بالاترین هزینه‌های درمانی به صورت درصدی از تولید ملی است. در حال حاضر کاهش این هزینه‌ها در کانون توجه سیاستگذاران و اصلاحات در حوزه سلامت در این کشور است تا پایداری آن را در آینده تضمین نماید.

نظام سلامت کشور هلند ترکیبی از عرضه‌کنندگان خصوصی خدمات درمانی است که توسط منابع عمومی تأمین مالی می‌شوند. دو نوع بیمه سلامت در این کشور مرسوم است: «بیمه عمومی سلامت» و «بیمه‌های خاص سلامت» که در مواقع انجام هزینه‌های خاص پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرند. خدمات درمانی نیز در گروه خدمات پایه و خدمات تخصصی به افراد ارائه می‌شوند. هر خانواده هلندی باید یک پزشک خانواده برای خود انتخاب نماید. ارائه خدمات پایه توسط پزشک خانواده که یک پزشک عمومی است به افراد ارائه می‌شود. استفاده از خدمات تخصصی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی پیشرفته مستلزم ارجاع توسط پزشک خانواده است. تنها در این صورت است که هزینه خدمات پزشکی تخصصی به افراد بازپرداخت می‌شود. در واقع در صورت مراجعه مستقیم افراد به بیمارستان‌ها جهت دریافت خدمات درمان تخصصی هزینه‌های آن بر عهده خود فرد خواهد بود و بیمه‌گر هیچ تعهدی برای بازپرداخت هزینه‌ها نخواهد داشت. این مکانیسم به منظور افزایش بهره‌وری در ارائه خدمات درمانی تخصصی طراحی شده است تا تنها افرادی به این مراکز مراجعه کنند که واقعاً به آن نیاز دارند.



شکل ۱- ساختار بیمه درمان در کشور هلند پس از اصلاحات سال ۲۰۰۶

۲-۶- اتریش

ریشه‌های تاریخی نظام سلامت در کشور اتریش به اواخر قرن نوزدهم میلادی بازمی‌گردد که در قالب مدل برنامه‌های اجتماعی بیسمارک، بیمه‌های درمان و حادثه برای کارگران معرفی شد. پس از آن نیز تحولات صورت گرفته در این حوزه عمدتاً در جهت افزایش دامنه پوشش بیمه‌های درمانی برای شاغلین در بخش‌های مختلف و اعضای خانواده آنها بوده است. به عنوان نمونه، دامنه پوشش بیمه درمانی از ۶۶ درصد در سال ۱۹۴۸ به حدود ۹۶ درصد در سال ۱۹۸۶ افزایش یافت. افزایش دامنه پوشش مرهون اجرای برنامه‌هایی از جمله برقراری بیمه‌های درمانی برای خویش فرمایان و روستائیان بوده است. در این دوره شاهد افزایش و تنوع خدمات ارائه شده به بیمه‌شدگان نیز بودیم که از جمله آن می‌توان به دسترسی نامحدود به خدمات بیمارستانی، افزایش برنامه‌های پیشگیری و ... اشاره کرد.

از جمله موارد بحث‌برانگیز در نظام سلامت کشور اتریش که موضوع اصلی اصلاحات در دو دهه اخیر نیز بوده است، خدمات درمانی ارائه شده در بیمارستان‌ها و نحوه تأمین مالی آنها است. عمده مقررات‌گذاریه‌های جدید صورت گرفته در سال‌های اخیر نیز در همین حوزه بوده است که یکی از مهمترین آنها در سطح ملی و مابقی در سطح ایالتی (استانی) بوده است. مطابق قانون کشور اتریش، تصمیمگیری‌های کلی و تعیین خطی‌مشی در مورد خدمات بیمارستانی بر عهده دولت فدرال است. البته دولت‌های ایالتی از اختیارات اجرایی گسترده در این حوزه برخوردار هستند. ترتیبات هماهنگی و میزان مسئولیت دولت فدرال و دولت‌های ایالتی در حوزه ارائه خدمات بیمارستانی در قانون آمده است. دو برنامه اصلاحات مهم در حوزه سلامت در سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۱۰ معرفی و اعمال شده است که در ادامه به طور مختصر به آنها اشاره خواهد شد.

دولت فدرال بازبگر و مسئول اصلی در نظام سلامت در کشور اتریش است. تنها استثنای موجود ارائه خدمات بیمارستانی است که در آن نقش و اختیارات گسترده‌تری به دولت‌های ایالتی داده شده است. تأمین مالی نظام درمان در این کشور به صورت ترکیبی است. به عنوان نمونه در سال ۲۰۱۱، در حدود ۲۳ درصد از هزینه‌های نظام درمان از منابع خصوصی و مابقی ۷۷ درصد از منابع عمومی تأمین مالی شده‌اند. از منابع مالی خصوصی اختصاص داده شده به درمان نیز در حدود ۷۵ درصد توسط پرداخت خود افراد (Out-of-Pocket Payment) و مابقی ۲۵ درصد توسط بیمه‌های خصوصی و بنگاه‌های خیریه پرداخت شده است. در مورد منابع عمومی نیز در حدود ۵۸ درصد آن از محل کسورات دریافتی از بیمه‌شدگان، ۴۲ درصد آن از محل مالیات تأمین مالی شده است. به این ترتیب سهم مبالغ پرداخت شده از جیب توسط افراد در نظام سلامت اتریش در این سال در حدود ۱۷ درصد بوده است.

نظام درمان در این کشور دامنه‌های از خدمات درمانی متنوع را به افراد تحت پوشش ارائه می‌دهد که از جمله آن می‌توان به خدمات درمانی پایه که توسط پزشکان عمومی طرف قرارداد با بیمه‌های اجتماعی ارائه می‌شود، خدمات تخصصی درمانی، خدمات اورژانسی، خدمات دندانپزشکی، ارائه داروها و تجهیزات پزشکی مانند ویلچر، خدمات پیشگیری از جمله واکسناسیون و اشاره کرد. در صورتی که افراد بخواهند از خدماتی که خارج از لیست مجاز، خدمات ارائه شده توسط بیمه‌های اجتماعی استفاده کنند باید هزینه‌های مربوطه را از جیب خود بپردازند. از نظر دامنه پوشش نیز، نظام سلامت اتریش با تحت پوشش قرار دادن ۹۹ درصد جمعیت کشور، دارای یکی از بالاترین نرخ‌های پوشش بیمه‌های درمانی در جهان است.

اصلاحات پیشنهادی و صورت گرفته در نظام سلامت اتریش حول دو محور اصلی بوده است: ساختار سازمانی نظام درمان و دامنه و تنوع خدمات ارائه شده توسط بیمه‌های اجتماعی درمان و مشارکت متناسب افراد در تأمین مالی این خدمات. البته محور اول به طور نسبی بیشتر در کانون توجه و موضوع اصلاحات بوده است. پیچیدگی‌های ساختاری و همپوشانی وظایف و اختیارات و تا حدودی تأمین مالی، به ویژه در بخش خدمات بیمارستانی یکی از معضلات ساختاری نظام سلامت اتریش در دهه‌های اخیر بوده است که موضوع اصلی اصلاحات سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۱۲ بوده است.

یکی دیگر از اصلاحات صورت گرفته در سال ۲۰۱۲، الزام ثبت الکترونیک تمام سوابق پزشکی مشترکین از جمله داروهای تجویز شده به آنها بوده است تا در صورت لزوم پزشکان، بیمارستان‌ها و داروخانه‌ها بتوانند با دسترسی به پرونده پزشکی آنها و استفاده از اطلاعات درج شده در آنها، فرآیند درمان را بهینه کنند. به ویژه پزشکان می‌توانند با دسترسی به اطلاعات گذشته بیماران خود نه تنها فرآیند درمان را سرعت ببخشند بلکه آن را بهینه‌تر (از نظر هزینه‌ای) نیز نمایند. ایجاد چنین پایگاه اطلاعاتی در جهت بهینه کردن نظام سلامت بوده است. البته ایجاد این سیستم یکپارچه اطلاعاتی با انتقاداتی از سوی برخی از پزشکان و سازمان‌های مرتبط با آنها مواجه بوده است. منتقدین بر هزینه‌های اجرایی ایجاد چنین پایگاه اطلاعاتی، امنیت اطلاعات و حفظ حریم شخصی بیماران به عنوان نقاط ضعف احتمالی این برنامه تاکید کرده‌اند. در واقع مطابق گزارش ارائه شده توسط وزارت بهداشت، هزینه اولیه اجرای طرح "ایجاد شبکه یکپارچه اطلاعات بیماران" در حدود ۱۳۰ میلیون یورو و هزینه‌های سالانه نگهداری آن در حدود ۱۸ میلیون یورو برآورد شده است. البته این گزارش در ادامه این نکته را نیز اضافه می‌کند که در صورت اجرای کامل طرح که از ابتدای سال ۲۰۱۷ امکانپذیر خواهد بود، سالانه در حدود ۱۲۹ میلیون یورو صرفه‌جویی در منابع نظام درمان وجود خواهد داشت. بنابراین به نظر میرسد که در مجموع اجرای این طرح بر خلاف نظر منتقدین از صرفه‌های اقتصادی قابل توجهی برخوردار است. ضمن آنکه جهت برطرف کردن امکان سوء استفاده از اطلاعات شخصی بیماران، جرم‌انگاری آن و دادن اختیار به بیماران برای ثبت اطلاعات در این سامانه نیز پیشنهاد شده است.

۲-۷- سوئد

تشکیل نظام سلامت کشور سوئد ریشه در دولت‌های محلی دارد که در اواخر قرن نوزدهم و ابتدای قرن بیستم به ارائه خدمات درمانی به شهروندان می‌پرداخت‌هاند. در ابتدا گروه‌های هدف فقط فقرا بودند. در ادامه مقابله با بیماری‌های اپیدمیک^۱ نیز در زمره وظایف این نهادهای محلی قرار گرفت. در ادامه لیست مجاز خدمات ارائه شده توسط این نهادها رفته رفته با افزایش همراه بوده است. به عنوان مثال در دهه ۳۰ میلادی، خدمات دندانپزشکی نیز به لیست خدمات ارائه شده اضافه شد. بین سال‌های دهه ۱۹۵۰ تا ۱۹۸۰ میلادی نیز شاهد ارائه خدمات درمانی تخصصی در بیمارستان‌های بزرگ، در نظام درمان این کشور بوده‌ایم. از اواسط دهه ۱۹۸۰ میلادی دولت‌های محلی با مشکلات جدی کسری بودجه و بهره‌وری پایین در ارائه خدمات به بیمه‌شدگان خود دست و پنجه نرم کرده‌اند. این امر با بروز رکود در دهه ۱۹۹۰ میلادی تشدید شده و با کاهش شدید تعداد تخت‌های بیمارستانی و پرسنل درمان به ویژه کمک پرستار همراه بوده است. در حوزه خدمات نیز ارائه خدمات اورژانسی جهت کاهش هزینه‌ها به بیمارستان‌های خاصی محدود شده است.

کشور سوئد دارای یک نظام سلامت غیرمتمرکز است. هر چند دولت مرکزی مسئول اصلی سیاست‌گذاری در بخش سلامت است اما این دولت‌های محلی (۱۶ دولت محلی) و منطقه‌ای (شامل ۴ منطقه) هستند که نقش عمده‌ای در ارائه خدمات درمانی به شهروندان سوئدی دارند. حدود ۷۰ درصد از منابع مالی نظام درمان در این کشور از محل مالیات‌ها (شامل کسورات پرداختی توسط شاغلین)، ۲۶ درصد از محل کمک‌های دولتی و ۴ درصد باقی مانده توسط بیماران تأمین مالی می‌شود. دولت‌های محلی در تعیین نرخ مالیات برای بیمه‌های اجتماعی دارای اختیار بوده و نقش اساسی در مدیریت و ارائه خدمات درمانی پایه دارند. این خدمات توسط ۱۱۰۰ واحد درمانی در سرتاسر کشور عرضه می‌شوند. برخی از این خدمات درمانی پایه توسط بخش خصوصی ارائه می‌شود که طرف قرارداد با دولت‌های محلی هستند. با توجه به اختیارات داده شده به دولت‌های محلی در سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت، توزیع جغرافیایی ارائه‌دهندگان خصوصی خدمات درمانی در شهرهای مختلف نیز متفاوت است. به عنوان مثال در شهر استکهلم بیش از نیمی از ارائه‌کنندگان خدمات درمانی پایه توسط بخش خصوصی اداره می‌شوند. این نسبت برای شهرهای دیگر بسیار کمتر است. خدمات بیمارستانی نیز توسط دولت‌های محلی مدیریت می‌شوند که ۷۰ بیمارستان به افراد تحت پوشش، خدمات بیمارستانی ارائه می‌دهند. در مقابل، ارائه خدمات درمانی فوق تخصصی که در بیمارستان‌های تخصصی و برخی از دانشگاه‌ها ارائه می‌شود توسط دولت‌های

منطقه‌ای مدیریت می‌شوند. تعداد ۷ بیمارستان فوق تخصصی وجود دارند که در مناطق مختلف کشور به افراد تحت پوشش خدمات درمانی فوق تخصصی ارائه می‌دهند.

نقش دولت مرکزی در نظام سلامت کشور سوئد تصویب قوانین مربوطه در این حوزه و ایجاد هماهنگی میان دولت‌های محلی و منطقه‌ای به منظور ارائه خدمات درمانی به شهروندان سوئدی است. این هماهنگیها توسط ۱۰ نهاد دولتی صورت می‌گیرد که به طور مستقیم درگیر فرآیند برنامه‌ریزی، نظارت و سیاستگذاری در حوزه درمان و سلامت عمومی کشور هستند.

برخی از اصلاحات صورت گرفته در نظام سلامت سوئد در بخش دارو بوده است. به عنوان نمونه در سال ۲۰۰۹ در مورد امکان فعالیت‌های داروخانه‌های خصوصی تجدید نظر صورت گرفته و به آنها اجازه فعالیت داده شد. در مورد داروهای غیرتجویزی^۱ (بدون نسخه) نیز اجازه فروش آنها در خارج از داروخانه‌ها صادر شد. نتایج ارزیابی حاصل از اصلاحات صورت گرفته در بخش دارو حاکی از آن است که تعداد داروخانه‌ها در فاصله بین سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۳ با ۴۰ درصد افزایش یافته و به ۱۳۰۰ داروخانه رسیده است. در نتیجه امکان فروش داروهای غیرتجویزی در خارج از داروخانه‌ها، برندهای جدیدی از آنها به بازار آمد که نسبت به برندهای موجود ۱۵ تا ۷۵ درصد قیمت‌های پایینتری دارند. اصلاحات دیگری نیز در جهت پرننگتر کردن نقش دولت مرکزی در نظام سلامت کشور و بررسی عدالت در دسترسی به خدمات درمانی برای تمام شهروندان و رفع هر گونه تبعیض بر علیه گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله اقلیت‌ها و افراد با شرایط خاص (مانند معلولین و بیماران روانی) در دست اجرا بوده‌اند. در واقع دولت مرکزی سوئد تاکید زیادی بر آزادی انتخاب افراد برای خدمات درمانی پایه و امکان فعالیت ارائه‌کنندگان خصوصی خدمات درمانی پایه به منظور افزایش عدالت در دسترسی به خدمات درمانی برای تمام افراد در این اصلاحات داشته است. افزایش دامنه انتخاب برای افراد در حوزه خدمات درمانی تخصصی نیز اخیراً در دستور کار بسیاری از دولت‌های محلی قرار داشته است.

از نظر دامنه پوشش بیمه‌های اجتماعی درمان، تمام افراد مقیم کشور سوئد با هر ملیتی تحت پوشش خدمات درمانی قرار دارند. خدمات درمانی اورژانسی نیز برای تمام افراد مقیم اتحادیه اروپا^۲ و منطقه اقتصادی اروپا^۳ و ۹ کشور دیگر که دارای توافق‌های دوجانبه^۴ با کشور سوئد هستند ارائه می‌شود. در مورد افراد غیرمقیم مانند مهاجران غیرقانونی و یا متقاضیان پناهندگی، امکان ارائه خدمات درمانی و دندانپزشکی ارزان وجود دارد. در مجموع خدمات درمانی ارائه شده به لطف

-
1. Non-Prescription Drugs = داروهایی که برای مصرف نیاز به تجویز پزشک ندارند
 2. European Union
 3. European Economic Area
 4. Bilateral Agreements

سوپسیدهای قابل توجه، بسیار ارزان بوده و حتی خدماتی مانند مراقبت‌های دوران بارداری^۱ و یا خدمات درمانی پایه برای کودکان مجانی است. البته قیمت خدمات درمانی ارائه شده در مناطق مختلف سوئد تا حدودی متفاوت است.

۲-۸- ترکیه

قبل از سال ۲۰۰۴، روش‌های تأمین مالی و ساختار نظام سلامت ترکیه دارای ساختاری غیرمنسجم بود که دسترسی به خدمات درمانی را برای شهروندان آن سخت و نابرابر کرده بود. به عنوان مثال در سال ۲۰۰۳ حدود ۳۲ درصد از جمعیت کشور هزینه‌های درمانی خود را از جیب پرداخت میکردند. جهت بهبود نظام سلامت، اصلاحاتی اساسی توسط دولت ترکیه آغاز شد که از جمله مهمترین آنها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

● نظام بیمه سلامت همگانی در سال ۲۰۰۸ تاسیس شد و در سال ۲۰۱۲ کل جمعیت را تحت پوشش خود درآورد. به این ترتیب کل جمعیت به شکل استاندارد و برابر به خدمات درمانی دسترسی پیدا کردند.

● در سال ۲۰۱۰، برنامه پزشک خانواد به تمام مناطق کشور گسترش یافت که در نتیجه تعداد پزشکان و پرستاران نیز افزایش یافت.

● با افزایش هزینه‌های دولتی بخش بهداشت و درمان بین سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۲، پرداخت‌های از جیب کاهش یافته و رضایت شهروندان از خدمات درمانی در طول فرآیند اصلاحات افزایش یافت.

● ساختار و رازت بهداشت، کشور تغییر یافت و نهادهای جدیدی به آن اضافه شدند. به منظور استفاده بهینه و کارا از منابع موجود، نهاد تازه تاسیس بیمارستان‌های دولتی^۲، در تمامی استان‌ها اقدام به راهاندازی «اتحادیه بیمارستان‌های دولتی» نمود.

● امتیاز انحصاری خرید و بازپرداخت خدمات درمانی را از طریق بیمه‌های عمومی به سازمان تأمین اجتماعی^۳ SGK واگذار شد.

درمانی را از عرضه‌کنندگان خارج از این نهاد خریداری کرده و به شهروندان ترکیه ارائه می‌کنند. خدمات درمانی را می‌توان به قیمت مقطوع از عرضه‌کنندگان خریداری کرد. لیست خدمات درمانی تحت پوشش بیمه همگانی سلامت، به شرح زیر است:

1. Maternity Services
2. Public Hospitals Institution
3. Sosyal Güvenlik Kurumu) Social Security Institution (

خدمات درمانی حمایتی شامل:

- خدمات بستری و سرپایی
 - مراقبت های بارداری (بستری و سرپایی)
 - خدمات دندانپزشکی (بستری و سرپایی)
 - مرتبط با لقاح مصنوعی (باروری آزمایشگاهی)
 - خون و فراورده های خونی، داروها، پروتز، تجهیزات پزشکی برای استفاده شخصی، مواد پزشکی برای تشخیص و معالجه، درمان، ترمیم و نگهداری تجهیزات پزشکی و غیره.
- در نظام سلامت ترکیه به منظور کاربرد موثرتر بیمه سلامت همگانی از سیستم ارجاع سه مرحله ای استفاده می شود: اولین مرحله پزشکان خانواده هستند. در حالیکه بیمارستان های دولتی و خصوصی که صرفاً خدمات بیمارستانی ارائه می دهند در مرحله دوم هستند، بیمارستان های آموزشی و پژوهشی و بیمارستان های دانشگاهی نیز در مرحله سوم قرار دارند.
- پیش شرط تحت پوشش قرار گرفتن بیمه همگانی، مستلزم پرداخت حق بیمه برای یک دوره حداقل ۳۰ روزه است. البته کارمندان SGK، افراد بدون تابعیت، پناهندگان و افرادی که تحت پوشش برنامه های کمک های اجتماعی هستند از چنین الزامی معاف بوده و به طور خودکار تحت پوشش بیمه سلامت همگانی قرار می گیرند. ضمن آنکه افراد زیر ۱۸ سال، افراد نیازمند به کمک های فوری پزشکی (به دلیل حوادث شغلی، بیماری های مرتبط با شغل، بیماری های واگیردار، افراد آسیب دیده در بلایای طبیعی، جنگ و زنان باردار) بدون هیچ پیش شرطی تحت پوشش بیمه سلامت همگانی قرار خواهند گرفت. به منظور تحت پوشش قرار گرفتن افراد خویش فرما، بدهی حق بیمه آنها نباید بالغ بر بیش از ۶۰ روز حق بیمه باشد.
- کسانی که از مزایای خدمات درمانی استفاده می کنند، باید سهمی از هزینه ها را بپردازند. مشارکت در پرداخت در صورت انجام معاینات بدنی، آرتوز و پروتز، مصرف داروها یا مراقبت های بارداری صورت می گیرد. هدف از مشارکت در پرداخت، جلوگیری از استفاده های بی مورد از خدمات درمانی است. اگر چه برای مشارکت افراد در استفاده از خدمات ارائه شده یک سقف تعیین شده است. سهم پرداخت شده توسط افراد در استفاده از یک خدمت درمانی مشخص یا خرید تجهیزات پزشکی (صرفاً یک آیتم) نباید بیش از ۷۵ درصد حداقل دستمزد باشد. البته در مورد حوادث ناشی از کار یا بیماری های مربوط به شغل، عملیات نظامی، جنگ، بلایای طبیعی، بیماری های مزمن، پیوند اعضا یا بافت یا سلول های بنیادی و معاینات کنترلی آنها، افراد ملزم به پرداخت سهم مشارکتی نیستند. همان طور که اشاره شد نظام بیمه سلامت همگانی از طریق دریافت حق بیمه ها، تأمین

مالی می‌شود. نرخ حق بیمه، نظام سلامت عمومی ۱۲/۵ درصد درآمد ناخالص است که سهم کارمند و سهم کارفرما به ترتیب ۵ و ۷/۵ درصد است. نرخ حق بیمه برای خویش فرمایان ۱۲/۵ درصد و برای بیکاران نیز ۱۲ درصد حداقل دستمزد است. حق بیمه‌های افراد با درآمد کمتر از یک سوم دستمزد حداقل، بوسیله دولت از محل درآمدهای عمومی پرداخت می‌شود. برای کسانی که درآمدهای بیشتر از یک سوم حداقل دستمزد، اما کمتر از آن است، نرخ حق بیمه‌های پرداختی کمتر خواهد بود.

۲-۹- جمهوری چک

منبع اصلی تأمین مالی (حدود ۸۰ درصد) نظام سلامت در کشور چک، طرح بیمه سلامت عمومی است که خود از محل حق بیمه‌های پرداختی تأمین مالی می‌شود. این طرح برای کلیه کسانی که دارای اقامت دائم در جمهوری چک هستند، اجباری است. همچنین مشارکت کلیه کارکنانی که برای یک کارفرمای اهل چک کار می‌کنند (حتی اگر اهل کشور دیگری باشند) در این طرح اجباری است. حق بیمه توسط کارکنان یا افراد خویش فرما و یا کسانی که درآمدی ندارند اما در زمره مشمولین بیمه دولتی قرار نمی‌گیرند؛ پرداخت می‌شود. افرادی که شامل بیمه دولتی می‌شوند عبارتند از بازنشستگان، کودکان (تا زمان اتمام تحصیل)، بیکاران رسمی ثبت شده، زنانی که در مرخصی زایمان هستند، معلولین، والدین کودکان کم سن و سال (در صورت نداشتن استطاعت مالی)، زندانیان و غیره. نرخ حق بیمه برای بیمه‌شدگان فعال توسط قانون تعیین شده و در ۲۰ سال اخیر ثابت بوده است. این نرخ ۱۳/۵ درصد درآمد ناخالص است که ۹ درصد آن توسط کارفرما و ۴/۵ درصد توسط کارمند و بدون در نظر گرفتن سقف برای درآمد پرداخت می‌شود. نرخ بیمه دولتی توسط دولت تعیین می‌شود و این نرخ در واقع ابزاری است که میزان تأمین مالی دولتی طرح درمان را مشخص می‌کند. سهم درآمد بیمه درمان دولتی از کل درآمد طرح بیمه درمان عمومی از سال ۱۹۹۳ به این سو بین ۲۰ الی ۲۷ درصد در نوسان بوده است. این در حالیکه هزینه واقعی بیمه درمان دولتی بیش از دو برابر سهم درآمدی این طرح است. بنابراین، یک نوع یارانه هدفمند در سیستم درمان وجود دارد که از افراد در دهکهای بالای درآمدی به صورت مالیات گرفته شده و به مشمولین بیمه دولتی پرداخت می‌گردد.

طرح بیمه درمان عمومی توسط ۸ شرکت بیمه درمان اجرا می‌شود که یکی از آنها (موسسه بیمه درمان عمومی جمهوری چک) به دلایل تاریخی و اینکه در گذشته دارای انحصار بوده موقعیت غالب را داراست. به گونه ای که ۶۰ درصد بازار در اختیار این شرکت است. با این حال هر فرد مختار است که در هر کدام از این شرکت‌ها، بیمه درمان داشته باشد. قوانین این شرکت‌های

بیمه نیز تا حد زیادی مشابه یکدیگر است.

حق بیمه‌ها به صورت جداگانه توسط این شرکت‌های بیمه جمع‌آوری می‌شوند. این مؤسسات همچنین با شرکت‌های خدمات درمانی به صورت جداگانه قرارداد می‌بندند. هر چند قیمت خدمات درمانی تا حد زیادی توسط وزارت بهداشت و به صورت یکنواخت تعیین می‌شود اما قدرت چانه زنی مؤسسات بیمه درمان و تأمین کنندگان خدمات درمانی نیز در این زمینه تعیین کننده است. از سوی دیگر، بسته بازپرداخت برای همه مؤسسات بیمه‌ای به صورت یکسان توسط وزارت بهداشت تعیین می‌شود. بنابراین، اگر چه این مؤسسات با یکدیگر رقابت می‌کنند اما در واقع، فضای چندانی برای رقابت وجود ندارد.

منبع دیگر تأمین منابع مالی سیستم درمان، پرداخت‌های مستقیمی است که توسط بیماران برای خدماتی پرداخت می‌شود که تحت پوشش طرح بیمه درمان عمومی قرار ندارند. در کنار این، مشارکت در هزینه‌های درمان به صورت پرداخت از جیب (معادل ۱۵/۹ درصد کل هزینه سیستم درمان در سال ۲۰۱۲) و کاهش یارانه‌های پرداختی توسط شهرداری‌ها و دولت‌های محلی (۵/۳ درصد در سال ۲۰۱۲) از محل همین پرداخت‌های مستقیم تأمین می‌شود. با این حال، سهم بخش خصوصی از سیستم درمان جمهوری چک بسیار ناچیز است و پوشش همه جانبه طرح بیمه درمان عمومی‌جایی برای رشد و توسعه بیمه‌های خصوصی تکمیلی باقی نگذاشته است. بیمه درمان خصوصی تنها برای افرادی است که در کشور چک زندگی می‌کنند اما تحت پوشش بیمه درمان عمومی قرار نمی‌گیرند. برای مثال، افرادی که از کشورهای خارج از اتحادیه اروپا وارد این کشور شده و به صورت غیررسمی به کار مشغولند.

پرداخت هزینه‌های درمانی در سه سطح، اول، دوم و سوم انجام می‌شود و برخی خدمات مانند عمل جراحی زیبایی، پروتز دندان و غیره شامل بیمه درمان عمومی نمی‌شود. هزینه‌ای که توسط خود بیمار پرداخت می‌شود شامل ۱/۲ یورو برای هر ویزیت پزشک و ۴ یورو برای هر روز بستری در بیمارستان است. البته همین هزینه‌های اندک نیز با مخالفت‌هایی مواجه شده و دادگاه قانون اساسی فعلاً آن را به حالت تعلیق درآورده است. انتظار می‌رود در آینده این هزینه‌ها با مقدار کمتری از بیماران دریافت گردد.

امکانات پزشکی و درمانی در جمهوری چک ترکیبی از بخش دولتی و خصوصی را شامل می‌شود. بخش عمده این امکانات به صورت قراردادی در خدمت طرح بیمه درمان عمومی هستند. بیمارستان‌های بزرگ به طور کلی دولتی بوده و بیمارستان‌های کوچک نیز عموماً در اختیار دولت‌های محلی قرار گرفته‌اند. بیماران مشمول طرح بیمه درمان عمومی در انتخاب بیمارستان‌ها آزاد بوده و هیچ محدودیتی ندارند.

اخیراً برخی اصلاحات در طرح بیمه درمان عمومی صورت گرفته است. آخرین مورد از این

اصلاحات دارای دو مرحله بود. در مرحله اول قرار شد که طرح بیمه درمان عمومی در مورد هر گونه خدمات درمانی و پزشکی، ارزانترین حالت را تحت پوشش قرار دهد. در مرحله دوم، مقرر گردید که اگر بیماری تمایل داشته باشد که خدماتی گرانتر از آنچه در مرحله اول مشخص شده (ارزانترین خدمت) دریافت کند، آنگاه بایستی ما به التفاوت هزینه را بپردازد. در این مرحله برخی تمهیدات نیز اندیشیده شد تا امکان سوء استفاده پرسنل درمانی در جهت ترغیب بیماران به استفاده از خدمات گرانتر گرفته شود. همچنین قانونی گذاشته شد مبنی بر اینکه اگر بیماری بر خلاف تشخیص پزشک، اصرار به دریافت خدماتی گرانتر نماید، باید تمامی هزینه درمان را پرداخت کند. در همین راستا وزارت بهداشت اقدام به تعیین ارزانترین تعرفه‌های خدمات درمانی تحت پوشش بیمه درمان عمومی نمود. البته لازم به ذکر است که این اقدامات نیز با مخالفت دادگاه قانون اساسی جمهوری چک مواجه شده است. استدلال دادگاه این است که چنین اقداماتی باید بر طبق یک قانون مصوب صورت گیرد و نه بر مبنای آیین نامه‌های داخلی یک وزارتخانه.

۲-۱۰- رومانی

نظام سلامت رومانی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۸ بر مبنای مجموعه‌های از آیین نامه‌ها و مقررات دولتی اداره می‌شد. در ادامه، اصلاحات نظامندی برای سازگاری با قانون بیمه درمان، قانون سلامت عمومی، قانون ساختار بیمارستان‌ها و قانون داروسازی به اجرا درآمد. این قوانین چارچوب قانونی لازم را برای یک سیستم بیمه درمان غیرمتمرکز به وجود آورده که در آن صندوق بیمه درمان به عنوان خریدار و مؤسسات خدمات درمانی به عنوان تأمین کننده خدمات درمانی فعالیت می‌کنند. تا سال ۲۰۰۶ که قانون اصلاح خدمات درمانی به تصویب رسید، تغییرات زیادی در نظام سلامت صورت گرفت.

قانون جدید دارای ۱۷ جزء است که مهمترین بخش آن به بیمه درمان عمومی، بیمه درمان خصوصی، ساختار بیمارستان‌ها، خدمات درمانی پایه، داروسازی، خدمات اورژانسی، سلامت عمومی و برنامه‌های ملی سلامت می‌پردازد. بر طبق این قانون، سیستم درمان در دو لایه مرکزی و منطقه‌ای تعریف شده است. در لایه مرکزی، این سیستم مسئولیت حصول اطمینان از دستیابی به اهداف دولت در زمینه بهداشت و درمان را داراست. دو نهاد متولی این لایه عبارتند از وزارت بهداشت و درمان و صندوق ملی بیمه درمان. وزارت بهداشت، سیاست‌ها و استراتژی‌های حوزه بهداشت را تعیین می‌کند. در حالی که صندوق ملی بیمه درمان یک نهاد عمومی مستقل است که بر اجرا و عملکرد سیستم بیمه درمان عمومی نظارت می‌کند. لایه منطقه‌ای مسئولیت حصول اطمینان از اجرای قوانین تعیین شده توسط لایه ملی را بر عهده دارد.

طبق قانون از سال ۲۰۰۶ شرکت‌های بیمه خصوصی نیز می‌توانند بیمه درمان تکمیلی ارائه

کنند. آن بخش از خدمات درمانی که توسط بیمه پایه تحت پوشش قرار نمی‌گیرد به طور کامل یا جزئی تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار می‌گیرد. همچنین بیمه درمان تکمیلی آن بخشی از هزینه خدمات پایه که بر عهده بیمار قرار دارد را پرداخت می‌کنند. برای دریافت بیمه درمان تکمیلی دارا بودن بیمه درمان پایه (اولیه) اجباری است.

بیمه درمان عمومی برای کلیه شهروندان رومانیایی و همچنین کسانی که در این کشور سکونت دارند اجباری است. در کنار این، بیمه درمان اختیاری هم وجود دارد که برای دیپلماتهای خارجی مقیم رومانی، اتباع کشورهای خارجی و اتباع رومانی که مقیم سایر کشورها بوده و به صورت موقت به این کشور آمده‌اند، در نظر گرفته شده است.

پرداخت حق بیمه درمان عمومی برای تمامی افراد اجباری است. در عین حال بعضی گروه های اجتماعی هم وجود دارند که از پرداخت حق بیمه معاف هستند. این افراد شامل بیکاران، کودکان کمتر از ۱۸ سال، معلولین، بازماندگان جنگ، بیماران تحت پوشش طرح سلامت ملی و زنان باردار می‌شود. نرخ کنونی حق بیمه معادل ۱۰/۷ درصد از حقوق و درآمد ناخالص افراد است که ۵/۲ درصد آن توسط کارفرما و ۵/۵ درصد توسط کارمند پرداخت می‌شود. نرخ حق بیمه پرداختی برای افراد خویشفرما ۵/۵ درصد است. مابقی حق بیمه‌ها برای این افراد توسط سازمان ملی کار پرداخت می‌شود.

به غیر از حق بیمه، در برخی موارد افراد باید بخشی از هزینه درمان را خودشان پرداخت کنند. این موارد شامل ۱) خدماتی که تحت پوشش بیمه درمان عمومی قرار ندارد.

۲) پرداخت‌های مستقیمی که به بخش‌های خصوصی انجام می‌شود

۳) قسمتی از هزینه که در مورد برخی خدمات خاص بر عهده بیمار است

۴) اختلاف بین نرخ مصوب و نرخ پرداختی توسط بیمار برای خدمات درمانی

۵) پرداخت‌های غیررسمی می‌شود.

خدمات درمانی با ارائه یک گواهی که نشان دهنده پرداخت حق بیمه توسط بیمار است، ارائه می‌گردد. البته اخیراً کارتهای بیمه درمان ملی صادر شده که قرار است جایگزین گواهی مذکور شود. برای دریافت خدمات بیمارستانی، گواهی پزشک خانواده ضروری است. خدمات دندانپزشکی نیز تا سن ۱۸ سالگی رایگان بوده و پس از آن نیز بین ۴۰ درصد تا ۶۰ درصد، هزینه توسط صندوق ملی بیمه سلامت پرداخت می‌شود. میزان پرداخت هزینه دارو، بستگی به گروهی دارد که دارو در آن قرار می‌گیرد. هم اکنون سه گروه (لیست دارو) وجود دارد. گروه اول تا ۹۰ درصد تحت پوشش بیمه قرار دارد. گروه دوم تا ۵۰ درصد و گروه سوم به طور کامل تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرد. همانطور که اشاره شد خدمات بیمارستانی تنها در صورت تجویز پزشک خانواده

ارائه می‌شود و هیچ هزینه‌ای از فرد دریافت نمی‌شود. مگر اینکه بیمار خدماتی فراتر از سطح تعریف شده توسط بیمه را درخواست نماید.

بخش خصوصی درمان نیز در رومانی فعال بوده و حجم مالی این بخش در سال ۲۰۱۲ با رشدی ۲۰ درصدی به ۵۰۰ میلیون یورو رسید. البته در سال ۲۰۱۳ در نتیجه قانون جدید نظام سلامت و به دلیل عرضه بیش از اندازه خدمات درمانی عمومی، رشد این صنعت در بخش خصوصی کند شد. به طور کلی سهم بخش خصوصی از صنعت درمان رومانی در مقایسه با سایر کشورهای منطقه پایین است. این رقم در سال ۲۰۱۲ در رومانی ۸ درصد بوده در حالی که در لهستان ۳۷ درصد و در جمهوری چک ۳۲ درصد بوده است. یکی از دلایل سهم پایین بخش خصوصی از صنعت درمان رومانی این است که مردم این کشور به دلیل درآمد پایین اغلب تمایلی به دریافت بیمه خصوصی (تکمیلی) ندارند. علت دیگر این است که بخش خصوصی در رومانی هنوز خدمات اورژانسی را ارائه نمی‌کند.

پس از تأخیرات متعدد دولت رومانی بالاخره در سال ۲۰۱۳ سهمی از هزینه درمان که باید توسط خود بیمار پرداخت شود را تعیین نمود. میزان این هزینه بین ۵ الی ۱۰ لیو^۱ رومانی (بین ۱ تا ۲ دلار آمریکا) خواهد بود که در زمان مرخص شدن بیمار از بیمارستان دریافت می‌گردد. خدمات اورژانسی، پزشک خانواده و آزمایشگاه‌های پزشکی هزینه فوق را دریافت نمی‌کنند. همچنین کودکان زیر ۱۸ سال، جوانان ۱۸ تا ۲۶ ساله فاقد درآمد، زنان باردار، بازماندگان جنگ، افراد دارای بیماری‌های خاص و مستمری بگیریانی که میزان مستمری آنان کمتر از ۷۴۰ لیو در ماه است از قانون فوق مستثنی هستند.

۲-۱۱- فرانسه

از سال ۱۹۷۰ به این سو، رشد هزینه‌های نظام سلامت در فرانسه بسیار سریعتر از رشد اقتصادی این کشور بوده است. اولین واکنش به این روند، به جای کاهش هزینه‌ها، افزایش حق بیمه‌های پرداختی به صندوق‌های بیمه درمانی بود. در اواسط دهه ۸۰ مشخص شد که افزایش حق بیمه‌ها از منظر اقتصادی به بن بست رسیده است. بنابراین از این تاریخ به بعد تلاش‌ها بر متوقف کردن رشد هزینه‌های نظام سلامت و کاهش کسری بودجه صندوق‌های بیمه درمانی معطوف گردید. کاهش هزینه‌های نظام سلامت فرانسه دارای دو جنبه بود: جنبه اول به ارائه سقفی برای هزینه‌های درمانی مربوط می‌شد و جنبه دوم پوشش ریسک‌ها (هزینه‌های) درمانی را مد نظر قرار می‌داد. در دهه ۸۰ مذاکراتی بین دولت و بخش درمان صورت گرفت که هدف آن مرتبط نمودن رشد

هزینه‌های درمانی به رشد اقتصادی کشور بود. این هدف مورد پذیرش صندوق بیمه بیماری قرار گرفت؛ اما خود این صندوق در حال مذاکره با اتحادیه‌های درمانی بود. در این مذاکرات پیشنهادی مطرح شد مبنی بر پذیرش هدف مذکور در قبال ایجاد بخشی به نام بخش ۲. طبق این بخش، پزشکان اجازه پیدا می‌کردند که از بیماران مبلغی بیش از تعرفه تعیین شده توسط صندوق دریافت کنند. این مبلغ اضافه بایستی توسط خود بیمار پرداخت می‌شد. نهایتاً تنها یک اتحادیه پیشنهاد مذکور را پذیرفت و سایر اتحادیه‌ها آن را رد کردند. به این صورت مذاکرات با شکست مواجه گردید.

پس از انتخابات ریاست جمهوری سال ۱۹۸۸، دولت جدید تلاش کرد سیستم نظارتی را مورد مذاکره قرار دهد. هدف این بود که نظارت درمانی جایگزین نظارت مالی شود. اما نهایتاً یک مقدار معین برای رشد سالانه هزینه‌های درمانی (۳/۴ درصد) تعیین گردید که اگر پزشکی خود را با آن تطبیق نمی‌داد ممکن بود جریمه شود. نکته جالب اینجاست که اگر نرخ کلی هزینه‌ها از مقدار تعیین شده فراتر میرفت پزشکان جریمه نمی‌شدند.

تأثیرات محدود اقدامات انجام شده سبب گردید در اصلاحات سال ۱۹۹۶ یک بودجه محدود برای کلیه هزینه‌های بیمه درمانی تصویب شود و برای همه بخش‌های نظام درمان یک هدف ملی تعیین شد.

در فرانسه بخشی از عرضه خدمات درمانی شامل خدمات درمانی اولیه و اورژانسی، برخی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های مشخص و حدود ۲۰ درصد از تخت‌های بیمارستانی خصوصی و سایر بخش‌ها دولتی هستند. این سیستم علاوه بر تضمین آزادی عمل سیستم درمانی؛ به بیماران نیز حق انتخاب می‌دهد. در فرانسه بخش اورژانسی هم شامل خدمات عمومی و خدمات تخصصی می‌شود و ۴۹ درصد از پزشکان شاغل در این بخش پزشکان متخصص هستند. به طور کلی بخش اورژانسی و بیمارستانی در فرانسه به طور مشخصی از هم مجزا شده‌اند. این مسأله البته ریسک‌هایی نیز در بر دارد که از جمله آنها می‌توان به عدم هماهنگی، دوباره کاری و حتی اختلاف در تشخیص و تجویزهای درمانی اشاره کرد.

تعداد تخت‌های بیمارستانی در فرانسه بالاست. هزینه‌های بخش درمان عموماً توسط صندوق‌های بیمه درمانی تأمین می‌شود که خود از حق بیمه‌های پرداختی و مالیات تأمین مالی می‌شوند. تعداد صندوق‌ها ۱۹ مورد است. بزرگترین صندوق به نام CNAMTS به تنهایی حدود ۸۰ درصد از جمعیت فرانسه را تحت پوشش قرار می‌دهد. عضویت در صندوق‌های بیمه درمان پایه اجباری است اما این صندوق‌ها همه هزینه‌های بیماری را پوشش نمی‌دهند. مابقی هزینه توسط بیمه‌های تکمیلی خصوصی، مشترک یا دانشجویی پرداخت می‌شود. ۸۵ درصد از مردم تحت پوشش بیمه تکمیلی نیز قرار دارند.

برای اینکه فرد تحت پوشش بیمه درمان قرار بگیرد باید در دوره زمانی منتهی به بیماری حداقل تعداد ساعات معینی را به عنوان شاغل دارای درآمد گذارنده باشد. هر فرد بسته به شغل خود در یک صندوق بیمه درمانی عضو می‌شود. از سال ۱۹۹۹ و با ایجاد صندوق CMU (پوشش درمان همگانی) هر فرد دارای درآمد تحت پوشش بیمه درمان قرار گرفت. البته خانواده فرد (شامل همسر و فرزندان زیر ۱۶ سال یا زیر ۲۰ سال در صورت اشتغال به تحصیل یا معلولیت) نیز تحت پوشش قرار می‌گیرند.

در صورتی که فرد به دلیل بیماری دچار از کارافتادگی شده و درآمد خود را از دست بدهد بیمه‌ها اقدام به پرداخت‌های نقدی نیز می‌کنند. این پرداخت‌ها از روز سوم بیماری شروع شده و حداکثر تا سه سال قابل پرداخت است. مقدار پرداخت نقدی معادل ۵۰ درصد حقوق و مزایای ناخالص فرد و تا سقف ۳۰۳۱ یورو در ماه است. البته این نرخ مربوط به ژانویه سال ۲۰۱۲ است. مابه‌التفاوت مبلغ مذکور و حقوق و مزایای فرد یا توسط کارفرما پرداخت می‌شود و یا بیمه تکمیلی آن را پرداخت می‌کند.

بیمه درمان، هزینه‌های پزشکی، دندانپزشکی، دارویی، هزینه‌های مستقیم بیمارستانی و سایر هزینه‌های درمانی را پرداخت می‌کند. در مورد خدمات اورژانسی، هزینه‌ها بر مبنای تعرفه‌های معین پرداخت می‌شود. این تعرفه‌ها بر اساس توافقی که در مذاکرات بین نهادها و صندوق‌های تأمین اجتماعی و سازمان‌های درمانی به دست می‌آید، تعیین می‌گردد.

در مورد هزینه‌های پزشکی و دارویی رویه به این صورت است که ابتدا بیمار هزینه درمان را پرداخت می‌کند و سپس بخشی از آن را از بیمه دریافت می‌کند. سهمی از هزینه که بیمه پرداخت می‌کند حداکثر ۶۵ درصد از هزینه تحت پوشش است. مبلغ باقیمانده که می‌تواند بین ۲۰ تا ۶۰ درصد از کل هزینه درمان فرد باشد؛ باید توسط خود فرد پرداخت گردد. هدف این سیستم ترغیب مردم به کنترل تقاضای خدمات درمانی است. با این حال، مبلغ باقیمانده در اغلب اوقات توسط بیمه‌های تکمیلی پرداخت می‌شود و همانگونه که گفته شد ۸۵ درصد از مردم فرانسه عضو یکی از بیمه‌های تکمیلی هستند. از ۱۵ درصد باقیمانده هم ۷ درصد از بیمه تکمیلی خویش فرمایان استفاده می‌کنند. در صورتی که فرد در بیمارستان بستری شود، باید به صورت روزانه مبلغی را به عنوان هزینه غذا و اقامت (معادل ۱۸ یورو در روز در سال ۲۰۱۳) بپردازد.

هزینه‌های پوشش عمومی سیستم درمان فرانسه بین سال‌های ۱۹۸۰، ۲۰۱۲ از ۷۹/۴ درصد به ۷۵/۵ درصد کاهش یافت. به طور خاص هزینه خدمات اورژانسی در نتیجه افزایش سهم بیمار از هزینه درمان و ایجاد سیستمی برای پرداخت مستقیم این سهم توسط بیمار و همچنین تعریف سهم بیمار برای خدمات بیمارستانی و ویزیت پزشک کاهش پیدا کرد. طی اصلاحات سال ۲۰۰۴

سهام بیماران افزایش داده شد و مقرر گردید تعرفه بیمارستانی (تعرفه بستری شدن) سالانه یک یورو تا سال ۲۰۰۷ افزایش یابد. این تعرفه در سال ۲۰۱۰ به ۱۸ یورو در روز رسید. اصلاحات سال ۲۰۰۴ همچنین سهم بیمار را برای هزینه ویزیت پزشک به ۳۰ درصد، برای هزینه دارو به ۴۰ درصد و برای هزینه بستری شدن در بیمارستان به ۲۰ درصد رساند. در سال ۲۰۰۸، برای هزینه دارو نیز فرانسیز ۵/۵ دلاری و برای آزمایشات بیولوژیکی و هزینه‌های انتقال بیمار فرانسیز ۲ دلاری در نظر گرفته شد.

با توجه به اینکه افزایش هزینه پرداختی توسط بیماران در حقیقت به معنی افزایش تعرفه دریافتی پزشکان بوده و به نفع آنان است، در سال ۲۰۰۲ در نتیجه اعتصاب سراسری پزشکان عمومی فرانسه این تعرفه‌ها افزایش پیدا کرد. آنها درخواست داشتند تعرفه‌ها به ۲۰ یورو برای هر ویزیت افزایش پیدا کند که این درخواست مورد موافقت وزیر بهداشت قرار گرفت. از آن زمان تعرفه فوق به صورت مرتب افزایش یافته تا در سال ۲۰۱۲ به ۲۳ یورو و در سال ۲۰۱۳ به ۲۷ یورو رسیده است.

به غیر از تلاش برای کاهش هزینه‌ها، دولت فرانسه تلاش کرده نظام سلامت کشور را از نظر ساختاری نیز اصلاح کند. در همین راستا قانونی در سال ۲۰۰۴ به تصویب مجلس رسید که هدف اصلی آن افزایش سهم بیمار، افزایش مالیات و ترغیب بیماران به داشتن پزشکی بود که در صورت بیماری بایستی قبل از هر گونه اقدامی به وی مراجعه می‌کردند. قابل ذکر است که این قانون محدودیتی برای پزشکان نداشت و حتی به پزشکان متخصص این اجازه را می‌داد که از بیمارانی که بدون مراجعه به پزشک عمومی و به صورت مستقیم به آنها مراجعه می‌کنند تعرفه بالاتری درخواست کنند.

هم اکنون در فرانسه هر فرد یک پزشک عمومی^۱ اصلی دارد که در صورت بیماری ابتدا به او مراجعه می‌کند. در سال ۲۰۱۲ اگر فردی بدون تجویز پزشک اصلی خود به متخصص مراجعه میکرد، بیمه درمان تنها ۳۰ درصد از هزینه ویزیت را پرداخت می‌نمود.

۲-۱۲- سوئیس

نظام سلامت فعلی در کشور سوئیس که داری یک نظام بیمه سلامت فراگیر و اجباری است بر مبنای قانون بیمه سلامت مصوب سال ۱۹۹۴ است که از سال ۱۹۹۶ به اجرا درآمده است. پیش از آن مشارکت در بیمه سلامت برای افراد اختیاری بود. این اصلاحات تلاشی در جهت کاهش هزینه‌های نظام سلامت، افزایش دسترسی افراد به خدمات درمانی و برقراری عدالت در سلامت بوده است.

۱. در برخی موارد این پزشک می‌تواند متخصص باشد.

سیستم بیمه سلامت از سه لایه تشکیل شده است:

- لایه اول که به آن بیمه سلامت پایه اجباری گفته می‌شود انواع بیماری‌ها، حوادث و مراقبت‌های بارداری را تحت پوشش قرار می‌دهد.
- لایه دوم بیمه سلامت تکمیلی است که هزینه‌های بستری شدن در بیمارستان‌های خصوصی و نیمه خصوصی و یا هزینه‌هایی مانند خدمات دندانپزشکی را تحت پوشش قرار می‌دهد.
- و بالاخره لایه سوم که بیمه اختیاری است پرداخت‌های نقدی را شامل می‌شود که در صدد جبران کاهش و یا از دست دادن درآمد افراد در نتیجه بستری شدن طولانی در بیمارستان و یا حوادث دیگر است.

بیمه‌ها در لایه‌های مختلف در نظام سلامت کشور سوئیس توسط شرکت‌های خصوصی عرضه می‌شوند. در مورد بیمه‌های پایه (لایه اول)، شرکت‌های بیمه عرضه کننده این بیمه‌ها با توجه به این که آنها بخشی از بیمه‌های اجتماعی هستند، مجاز به کسب سود نبوده و صرفاً در مورد بیمه‌های سلامت تکمیلی و بیمه‌های اختیاری در لایه سوم آنها مجاز به قیمت‌گذاری و کسب سود هستند. به طور مشخص در مورد بیمه‌های پایه که اجباری هستند، شرکت‌های بیمه بدون نظر گرفتن جنسیت، نژاد و سابقه بیماری افراد باید آنها را با قیمتی ثابت بیمه کنند. افرادی که از بیمه‌های پایه اجباری برخوردار می‌شوند در انتخاب پزشک و متخصص خود از آزادی انتخاب برخوردار هستند. علاوه بر این افراد برای انتخاب شرکت بیمه جهت برخورداری از بیمه پایه سلامت در استان محل زندگی خود نیز از آزادی انتخاب برخوردار هستند. البته افراد در صورت پرداخت ما به التفاوت خدمات درمانی ارائه شده در خارج از استان محل زندگی خود، می‌توانند از این خدمات نیز استفاده کنند.

پرداخت حق بیمه برای برخورداری از خدمات درمانی بیمه پایه سلامت بر مبنای فرد بوده و به درآمد افراد بستگی ندارد. در واقع کارفرمایان، مشارکتی در پرداخت حق بیمه پایه سلامت ندارند. این حق بیمه‌ها توسط خود افراد به شرکت‌های بیمه پرداخت می‌شود. در واقع افراد در زمان استفاده از خدمات درمانی تحت پوشش بیمه پایه سلامت، هزینه‌های آن را به عرضه کننده خدمات درمانی (بیمارستان، درمانگاه و...) پرداخت کرده و پس از آن شرکت بیمه این هزینه‌ها را به آنها بازپرداخت خواهد کرد. همان طور که قبلاً نیز اشاره شد، اگر چه حق بیمه پرداختی توسط افراد به جنسیت، درآمد و نژاد آنها بستگی ندارد، اما در مواردی گروه‌هایی وجود دارند که از تخفیف در پرداخت حق بیمه برخوردارند. این گروه‌ها عبارتند از: افراد زیر ۱۸ سال و جوانانی که به تحصیل اشتغال دارند. در حدود ۶۰ درصد از افراد از چنین تخفیفاتی استفاده می‌کنند. علاوه بر تخفیف برای گروه‌های مشخصی، این امکان نیز وجود دارد که با پرداخت حق بیمه کمتری،

دسترسی محدودتری به عرضه‌کنندگان خدمات درمانی داشت. ضمن آنکه شرکت‌های بیمه برای افرادی که در طول سال از خدمات درمانی استفاده نکنند، تشویق‌هایی در نظر خواهند گرفت. با توجه به سیستم فدرالی در کشور سوئیس، محاسبه حق بیمه در استان‌های (ایالت) مختلف متفاوت است. حق بیمه در هر استان با توجه به ریسک بیماری‌های مختلف در آن استان، هزینه عرضه خدمات درمانی و سایر ویژگی‌های مرتبط آن استان مشخص شده و گاهی اختلاف حق بیمه‌های پرداختی برای بیمه‌های پایه سلامت در استان‌های مختلف به ۷۵ درصد نیز می‌رسد. در حدود ۲۵ درصد از هزینه‌های نظام سلامت توسط خانوارها و به صورت پرداخت از جیب تأمین مالی می‌شود که این امر سیاستگذاران این حوزه را بر آن داشته است تا برای خانوارهای با درآمد کم یارانه‌هایی در این راستا در نظر بگیرند. برای مثال در سال ۲۰۰۹ در حدود ۳۰ درصد از خانوارها از چنین یارانه‌هایی استفاده کردند. البته شاخص برخورداری از این یارانه‌ها نیز در استان‌های مختلف متفاوت بوده و نزدیک به ۵۰ درصد این یارانه‌ها از محل درآمدهای دولت فدرال تأمین مالی می‌شود.

در مورد بیمه‌های اختیاری که مربوط به لایه‌های دوم و سوم نظام سلامت در کشور سوئیس می‌شود، شرکت‌های بیمه از آزادی عمل بیشتری برای کسب سود برخوردار هستند. تعیین حق بیمه جهت برخورداری از بیمه‌های اختیاری بر مبنای محاسبات بیمه‌ای صورت گرفته و برای افراد مختلف متفاوت است.

نظام سلامت در کشور سوئیس را می‌توان یک نظام سلامت برای پایه «رقابت مدیریت شده» دانست که دو بازیگر اصلی در حوزه مقررات‌گذاری، دولت فدرال و دولت‌های محلی هستند. دولت فدرال بازیگر اصلی در حوزه سیاست‌گذاری‌های کلی و تعیین خط مشی سلامت در کشور بوده و دولت‌های محلی بیشتر بازوهای اجرایی دولت فدرال در نظارت و اعمال مقررات‌ها در این حوزه هستند. البته دولت‌های محلی در بخش‌هایی از جمله بیمارستان‌ها دارای اختیار مقررات‌گذاری نیز هستند. در مجموع به باور کارشناسان این حوزه، نحوه تعامل دولت فدرال و دولت‌های محلی از پیچیدگی‌های خاص خود نیز برخوردار است.

۲-۱۳- آلمان

کشور آلمان نظام سلامت ملی واحد ندارد و این سیستم از طریق چندین نهاد مستقل و انجمن‌هایی نظیر سیستم بیمه سلامت اجباری^۱، انجمن پزشکان تحت قرارداد با سیستم بیمه سلامت قانونی، انجمن بیمارستان‌ها و غیره اداره می‌شود. اساس نظام بهداشت و درمان آلمان بر

1. Statutory Health Insurance System (Die Gesetzliche Krankenversicherung)

پایه بیمه می‌باشد. شهروندان آلمانی به صورت اجباری و خودکار در دوره اشتغال بیمه می‌شوند. کارکنانی که درآمد آنها از حد مشخصی پایینتر است حق انتخاب ندارند و موظف به عضویت در یکی از صندوق‌های بیمه هستند ولی کارکنان با درآمد بالاتر از سقف معین و خویش فرمایان می‌توانند یکی از دو نوع بیمه صندوق یا بیمه‌های خصوصی را به میل خود انتخاب کنند.

آلمان دارای سیستم بیمه سلامت اجتماعی اجباری^۱ است. بخش عمده‌های از جمعیت (حدود ۸۵ درصد) تحت پوشش ۱۶۰ صندوق بیمه درمانی (صندوق بیماری)^۲ خودگردان، غیر انتفاعی، غیر دولتی تحت قوانین دولتی هستند. این صندوق‌ها از طریق مشارکت بین کارفرما و کارکنان تأمین مالی میشوند. حدود ۱۰ درصد باقی مانده از طریق بیمه درمانی خصوصی بر اساس مجموعهی متفاوتی از مقررات تحت پوشش قرار دارند و ۴ درصد نیز به طور مستقیم توسط دولت تحت پوشش هستند.

سیستم مدرن سلامت آلمان به سال ۱۸۸۳، هنگامی که مجلس قانون بیمه اجباری بهداشت و درمان را برای کارمندان خاص در سراسر کشور تصویب کرد (به نام بیمه درمانی قانونی) باز میگردد. این بیمه‌های درمانی اجباری، مبتنی بر اصول "همبستگی اجتماعی"^۳ و توازن هزینه با درآمد^۴ هستند که بر اساس طرح بیمه اجتماعی داوطلبانه و یا اجباری ایجاد شده بودند. مزایای نقدی و غیر نقدی با مشارکت اجباری و همچنین داوطلبانه اعضاء و کارفرمایان آنها تأمین می‌شد. آلمان اولین کشوری است که دارای سیستم تأمین اجتماعی ملی به صورت منسجم و شکل امروزی آن است. تداوم ساختاری و برجسته بیمه‌های اجتماعی یکی از ویژگی‌های کلیدی توسعه تاریخی سیستم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی آلمان تا به امروز بوده است. ریشه‌ی بیمه‌های اجتماعی به اصنافی که پس از قرون وسطی پدید آمدند باز میگردد. در طول قرن نوزدهم، طبقه کارگران صنعتی این اصول را با ایجاد ساختار کمک‌های داوطلبانه به خود و ساختارهای خود نظارتی برای کاهش خطر ابتلا به فقر به علت بیماری و مرگ به تصویب رساندند. صندوق‌های کمک کننده نیز از طرف شرکت‌ها و جوامع محلی ایجاد شدند و در نتیجه حمایت بودجه شهرداری برای فقرا و خیریه‌ها تکمیل شدند. در سال ۱۸۴۹ پروس - بزرگترین ایالت آلمان - بیمه اجباری درمان برای کارگران معدن ایجاد کرد و به جوامع محلی اجازه داد که کارکنان و کارفرمایان خود را برای پرداخت کمک‌های مالی یاری کنند.

مجلس فدرال، شورای فدرال و وزارت بهداشت، درمان و تأمین اجتماعی بازگران کلیدی در

1. Social Health Insurance
2. Sickness Funds
3. Solidarity
۴. Pay-as-You

سطح ملی هستند. در سال ۲۰۰۲، بخش‌های تأمین اجتماعی وزارت سابق کار و امور اجتماعی با وزارت بهداشت ادغام شدند. قبل از سال ۱۹۹۱، یک وزارتخانه مسئول تمام زیربخش‌های تأمین اجتماعی به جز بیکاری بود که در حال حاضر در وزارت اقتصاد و کار یکپارچه شده است. از آن زمان، وزارت بهداشت، درمان و تأمین اجتماعی به هشت حوزه تقسیم شده است.

نهادهای مختلفی در سطح ملی وظیفه سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری را در بخش بهداشت و درمان بر عهده دارند که به شرح زیر هستند:

● دولت مرکزی؛ سه وظیفه عمده به شرح زیر را عهده‌دار است:

- تعیین چارچوب کلی قانونی در امور بهداشت و درمان.

- تفویض اختیار و مسئولیت به صندوق‌ها، انجمن‌ها و سایر گروه‌ها.

- تقسیم وظایف در سطح دولت مرکزی، بخش‌ها (لنדר)، ایالت‌ها و دولت‌های محلی.

خودحکومتی مهم‌ترین اصل است که در نظام آلمان به آن توجه می‌شود. دولت مسئولیت‌های خود را به سازمان‌های ذیربط تفویض می‌کند و این سازمان‌ها از استقلال کامل برخوردار هستند در حالیکه قوانین خود را از دولت دریافت می‌کنند.

● دولت در سطح بخش‌ها (لنדר)؛ از جمله وظایف آن :

تأیید قوانین تنظیم شده، نظارت بر کار انجمن پزشکان و صندوق و انجمن صندوق‌ها، مدیریت و برنامه‌ریزی بیمارستان‌ها در سطح بخش‌ها، تنظیم قوانین مربوط به استانداردسازی آموزش پزشکی و نحوه آموزش دانشجویان گروه پزشکی.

● دولت محلی؛ از جمله وظایف آن :

نظارت بر نحوه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، مدیریت و سرمایه‌گذاری در بیمارستان‌های محلی.

کمیته مشترک فدرال^۱ : یکی از مهم‌ترین سطوح تصمیم‌گیری در سطح کشور است. ریاست این کمیته به عهده وزیر بهداشت است. نمایندگان این کمیته از مؤسسات ارائه خدمات، صندوق‌های بیمه، عاملان بیمه‌های خصوصی و عمومی، اتحادیه‌های کارگران و اعضای دولت تشکیل شده است. هدف اولیه این کمیته ارائه پیشنهادات مناسب به دولت برای توسعه کارایی نظام و همچنین راهنمایی صندوق‌های بیمه و ارائه‌دهندگان خدمات در رابطه با صدور بازپرداخت و نحوه قراردادهای می باشد. انجمن ملی پزشکان صندوق : این انجمن از بدنه‌های اصلی تصمیم‌گیری در امور بهداشتی و درمانی است. این انجمن که انجمن‌های پزشکان صندوق را زیر نظر دارد با دولت و سایر کمیته‌ها به مذاکره می‌نشینند و در تصمیم‌گیری نهایی نقش حیاتی دارد.

انجمن ملی صندوق‌های بیمه بیماری: این انجمن نیز که در حقیقت نماینده صندوق‌های بیمه چه از نوع محلی و چه از نوع جایگزین می باشد در جلسات تبادل نظر شرکت می کند و نظرات خود را ارائه می دهند.

سایر کمیته‌ها و انجمن‌ها از قبیل: انجمن پزشکان صندوق^۱، انجمن دندانپزشکان، انجمن بیمارستان‌ها، صندوق‌های محلی و... (سایت مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، ۲۰۱۴)

اصلاحات نظام سلامت آلمان را می توان در زیرگروه‌های زیر جای داد:

اصلاحات در حوزه رقابت: از سال ۱۹۹۰ دولت آلمان برای افزایش رقابت بین بیمه و ارائه دهندگان مراقبت‌های پزشکی تلاش کرده است. اگر چه قیمت و رقابت خدمات بین صندوق بیماری از نظر قانونی تعریف شده و میزان سهم یکسان است، افراد می توانند آزادانه صندوق‌های بیماری را انتخاب کنند و آن را یک بار در سال در صورت تمایل تغییر دهند. به همین ترتیب کاهش قابل توجهی در تعداد صندوق‌های بیماری ایجاد شد. در سال ۲۰۰۷ صندوق‌های بیماری، آزادی بیشتری در زمینه مذاکره قیمت و کیفیت خدمات (به عنوان مثال از طریق قرار دادهای انتخابی) داشتند. آزادی در قرارداد، موجب تشویق صندوق‌های بیماری به ارائه بسته خدمات سلامت مناسب با ریسک نسبی و ساختار درآمد جمعیت بیمه شده می‌گردد. رقابت در بخش خصوصی سلامت بسیار بیشتر از بیمه سلامت اجتماعی بوده و در سال ۲۰۰۷ نیز افزایش بیشتری یافت. در حال حاضر شرکت‌های بیمه برای ارائه نرخ‌های پایین‌تر به مشتریان تلاش می‌کنند.

اصلاحات در حوزه هزینه‌ها: هزینه‌های بالای بهداشت و درمان کشور آلمان اغلب مورد انتقاد قرار گرفته است. این امر با تهدید افزایش جمعیت سالمند، افزایش تقاضای عمومی برای بهترین خدمات پزشکی، بالا رفتن هزینه‌های درمانی پزشکی پیشرفته و ناکارآمدی طرف عرضه تشدید گردید. در نتیجه اصلاحاتی برای کنترل هزینه‌ها از قبیل افزایش مشارکت در پرداخت (از ژانویه ۲۰۰۴ اعضای طرح بیمه قانونی مجبور به پرداخت ۱۰ یورو در هر سه ماهه برای ویزیت پزشک عمومی شدند) هزینه مصرف داروهای بدون نسخه و پایان دادن به خدمات رایگان صورت گرفت. پوششهای بودجه برای چندین سال مورد استفاده قرار گرفت. به عنوان مثال، بعد از سال ۲۰۰۹ پوشش بودجه مراقبت‌های سرپایی با دستورالعمل‌های منعطف‌تری جایگزین شد. در همین حال، بیمارستان‌ها از بودجه‌های ثابت به سمت یک سیستم مبتنی بر گروه‌های مرتبط تشخیصی حرکت کردند. در سال ۲۰۰۰، قانون اصلاح بیمه سلامت اجباری با اجازه دادن به صندوق‌های بیماری، جهت ارائه پاداش به کسانی که اول از پزشکان عمومی در جهت گرفتن خدمات تخصصی استفاده می‌کنند، موجب تقویت سیستم پزشک

1. Kassenärztliche Vereinigung (Physician Associations Organized on a Regional Level)

خانواده شد. از آن زمان تعدادی دیگر از طرح‌های بیمه انتخابی معرفی شده‌اند که به صندوق‌های بیماری اجازه می‌دهند تا برخی از پارامترها را برای رقابت و تشویق طرح‌های بیمه اختیاری بکار بندند.

اصلاحات در حوزه کیفیت: کیفیت مراقبت‌ها از راه‌های متعددی بهبود یافته است. در سال ۲۰۰۴ موسسه کیفیت و بهره‌وری بهداشت و درمان^۱، برای ارائه ارزیابی فناوری سلامت داروها و روش‌های درمان تأسیس شد: تمام روش‌های تشخیصی و درمانی در مراقبت‌های سرپایی باید بطور مثبت از نظر منافع و کارایی مورد ارزیابی قرار گیرند قبل از اینکه باز پرداخت توسط صندوق‌های بیماری انجام شود. همچنین یک سیستم اجباری گزارش کیفیت برای همه بیمارستان‌های مراقبت حاد وجود دارد. همه بیمارستان‌ها بازخوردهای فردی را بر اساس شاخص‌های کیفیت دریافت کرده و از سال ۲۰۰۷ ملزم به انتشار نتایج در ۲۷ شاخص منتخب اداره فدرال تضمین کیفیت شده‌اند. بنابراین امکان مقایسه هدفمند بین بیمارستان‌ها به وجود آمد.

اصلاحات در حوزه مراقبت یکپارچه: در سال ۲۰۰۰ قرارداد مراقبت یکپارچه به منظور بهبود همکاری بین پزشکان سرپایی و بیمارستان‌ها بر اساس قرارداد بین صندوق‌های بیماری و ارائه دهندگان فردی یا گروهی از ارائه دهندگان متعلق به بخش‌های مختلف منعقد شد. از سال ۲۰۰۴ مراقبت یکپارچه تقویت و قوانین پاسخگویی روشن شد. بهبود مراقبت یکپارچه تحت قانون تقویت رقابت بیمه سلامت اجباری ۲۰۰۷ اعلام شده بود. این قانون همچنین اجازه داد تا مراقبت‌های بلند مدت و حرفه‌های بهداشتی و درمانی غیر پزشکی در همان قرارداد گنجانده شوند. در سال ۲۰۰۳، قانون اصلاح طرح جبران ساختار خطر، "برنامه‌های مدیریت بیماری" را به عنوان شکل جدیدی از سازمان بیمه سلامت اجتماعی معرفی کرد. این ابزار به منظور بهبود هماهنگی مراقبت از بیماران مزمن و همچنین ارائه کیفیت بهتر خدمات به بیماران ایجاد شد. بر نامه‌های مدیریت بیماری می‌تواند ریسک انتخاب را در بین صندوق‌ها کاهش دهد، چون بیماران ثبت نام شده در یک برنامه مدیریت بیماری تحت گروه مجزا در طرح جبران ساختار ریسک درمان می‌شوند. هم پزشکان عمومی و هم صندوق‌های بیماری، برای هر بیمار ثبت نام شده پاداش دریافت می‌کنند. صندوق‌های بیماری نیز در ارائه مشوقها برای ثبت نام در یک "برنامه مدیریت بیماری" آزاد هستند که از جمله آن می‌توان به معافیت از پرداخت اضافی برای داروها اشاره کرد.

جمع‌بندی

امروزه نظام سلامت در بیشتر کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه نقشی اساسی و مهم در ارتقای سلامت عمومی جامعه از طریق پیشگیری و درمان ایفا می‌کنند. بررسی نظام سلامت در

1. Institute for Quality and Efficiency in Health Care
2. Disease Management Programmes

منتخبی از کشورهای اروپایی حاکی از آن است که اگر چه نظام سلامت در هر یک از این کشورها دارای ویژگی‌های خاص خود هستند اما در بسیاری از موارد شباهت‌های بسیاری می‌توان در آنها مشاهده کرد که از جمله آنها می‌توان به مواردی که در ادامه می‌آیند اشاره کرد. شایان ذکر است که در بسیاری از موارد اصلاحات صورت گرفته در نظام سلامت در این کشورهای منتخب در جهت همگرایی آنها به سمت همین ویژگی‌های مشترک بوده است:

- حرکت در جهت عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی
- تلاش برای کاهش هزینه‌های درمانی در نظام سلامت (به ویژه هزینه‌های درمان تخصصی) از طریق سیستم ارجاع چند مرحله‌ای توسط پزشک خانواده.
- حمایت از گروه‌های آسیب پذیر با ارائه بیمه‌های درمان پایه هدفمند به آنها
- اتکای بیشتر به درآمدهای عمومی جهت تأمین هزینه‌های نظام سلامت
- حرکت در جهت ایجاد نظام‌های سلامت چند لایه که در آن بیمه‌های سلامت پایه در لایه اول و بیمه‌های تکمیلی و اختیاری در لایه‌های دوم و سوم ارائه می‌شوند.
- تلاش در جهت بهینه کردن نظام سلامت با ارائه بسته‌ای از سیاست‌هایی که عرضه و تقاضای سلامت و خدمات درمانی را هدف قرار می‌دهند.

بررسی نظام سلامت در کشورهای دیگر و واکاوی اصلاحات صورت گرفته توسط آنها (انگیزه اصلاحات، موفقیت آن و تاثیرات آن بر نظام سلامت) می‌تواند حاوی آموزه‌های برای سایر کشورها از جمله ایران در جهت کاراتر کردن نظام سلامت باشد. البته بررسی اصلاحات صورت گرفته و زمینه‌های موفقیت و یا عدم موفقیت آنها نیازمند موشکافی‌های بیشتری است که از دامنه مسئله مطروحه در این مطالعه خارج بوده است. هدف اصلی این مطالعه ارائه تصویری کلی از نظام سلامت در منتخبی از کشورهای اروپایی بوده است تا علاوه بر این نقاط اشتراک و تمایز آنها برای خوانندگان فراهم آید، بتوانند این تصویر کلی را با نظام سلامت در ایران مقایسه کرده و تصویری از وضعیت نسبی کشورمان در این حوزه به دست آورند.

منابع:

- Pension, health and long term care: contry document (Germany). 2014. Asisp. European Commission. DG Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Pension, health and long term care: contry document (Poland). 2014. Asisp. European Commission. DG Employment, Social Affairs and Inclusion
- Pension, health and long term care: contry document (Netherland). 2014. Asisp. European Commission. DG Employment, Social Affairs and Inclusion
- Pension, health and long term care: contry document (Sweden). 2014. Asisp. European Commission. DG Employment, Social Affairs and Inclusion
- Pension, health and long term care: contry document (Switzerland). 2014. Asisp. European Commission. DG Employment, Social Affairs and Inclusion
- Pension, health and long term care: contry document (Romania). 2014. Asisp. European Commission. DG Employment, Social Affairs and Inclusion
- Pension, health and long term care: contry document (Turkey). 2014. Asisp. European Commission. DG Employment, Social Affairs and Inclusion
- Pension, health and long term care: contry document (Cezck Republic). 2014. Asisp. European Commission. DG Employment, Social Affairs and Inclusion
- Pension, health and long term care: contry document (France). 2014. Asisp. European Commission. DG Employment, Social Affairs and Inclusion
- Pension, health and long term care: contry document (Portugal). 2014. Asisp. European Commission. DG Employment, Social Affairs and Inclusion
- Pension, health and long term care: contry document (Denmark). 2014. Asisp. European Commission. DG Employment, Social Affairs and Inclusion
- Pension, health and long term care: contry document (Austria). 2014. Asisp. European Commission. DG Employment, Social Affairs and Inclusion
- Pension, health and long term care: contry document (Spain). 2014. Asisp. European Commission. DG Employment, Social Affairs and Inclusion

www.euro.who.int.2013

پیوست: جداول مربوط به متغیرهای نظام سلامت در کشورهای منتخب اروپایی
جدول ۱- متغیرهای جمعیتی و هزینه‌ای در نظام سلامت کشورهای منتخب اروپایی در سال ۲۰۱۳

کشور	نرخ پوشش بیمه‌های سلامت (% جمعیت کل)	جمعیت سالمند +۶۵ (% جمعیت)		امید به زندگی	
		مرد	زن	مرد	زن
لهستان	۹۲	۱۳.۶	۷۳	۸۱	۶۷
پرتغال	۱۰۰	۱۷.۹	۷۸	۸۴	۷۱
دانمارک	۱۰۰	۱۶.۵	۷۸	۸۲	۷۰
اسپانیا	۹۹.۹	۱۷	۸۰	۸۶	۷۳
هلند	۹۹.۸	۱۵.۳	۷۹	۸۳	۷۱
اتریش	۹۹.۹	۱۴.۱	۷۹	۸۴	۷۱
سوئد	۱۰۰	۱۸.۲	۸۰	۸۴	۷۲
ترکیه	۹۸.۱	۶	۷۲	۷۹	۶۵
جمهوری چک	۱۰۰	۱۴.۸	۷۵	۸۱	۶۹
فرانسه	۹۹.۹	۱۶.۸	۷۹	۸۵	۷۲
آلمان	۹۹.۸	۲۰.۴	۷۹	۸۳	۷۱
سوئیس	۱۰۰	۱۶.۷	۸۱	۸۵	۷۲

منبع: WHO, 2013

کشور	تعداد بیمارستان به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر	منابع انسانی در نظام سلامت (به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر)		
		یزشک	پرستار	دندانپزشک
لهستان	۰.۹	۲۲.۲	۶۱.۶	۳.۳
پرتغال	-	۴۱	۶۱.۱	۷.۶
دانمارک	۱	۳۵	۱۶۸	۸
اسپانیا	۱.۶	۴۹.۵	۵۶.۶	۸.۲
هلند	۰.۸	-	۸۳.۸	-
اتریش	-	۴۸	۷۹	۵.۷
سوئد	-	۳۹.۳	۱۱۰.۵	۸.۱

۳.۵	۲.۹	۲۴	۱۷.۱	۱.۵	ترکیه
۷.۶	۷.۱	۸۴	۳۶	۱.۳	جمهوری چک
۱۱	۶.۶	۹۳	۳۲	-	فرانسه
۷.۲	۶.۴	۵۶.۶	۲۴.۵	-	رومانی
۶.۲	۸.۱	۱۱۵	۳۹	-	آلمان
۵.۶	۵.۴	۱۷۳.۶	۴۰.۵	-	سوئیس

منبع: WHO,2013

جدول ۳- متغیرهای هزینه‌ای نظام سلامت در کشورهای منتخب اروپایی در سال ۲۰۱۲

کشور	کل هزینه‌های درمان (% GDP)	سهم دولت (%) از کل هزینه‌های درمان	سهم هزینه‌های درمان از کل هزینه‌های دولت	سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های درمان	هزینه سرانه سلامت به دلار (PPP)
لهستان	۶.۸	۶۹	۱۱	۲۳	۱۵۰۰
پرتغال	۹.۹	۶۴	۱۳	۲۷	۲۵۲۲
دانمارک	۱۱	۸۴	۱۶	۱۴	۴۶۱۵
اسپانیا	۹.۳	۷۲	۱۴	۲۲	۲۹۲۵
هلند	۱۲.۷	۸۰	۲۰	۸	۵۳۹۵
اتریش	۱۱.۱	۷۶	۱۶	۱۶	۳۸۵۵
سوئد	۹.۶	۸۱	۱۵	۱۷	۴۰۴۱
ترکیه	۵.۴	۷۷	۱۱	۱۵	۹۷۱
جمهوری چک	۷.۵	۸۴	۱۴	۱۵	۲۰۳۸
فرانسه	۱۱.۶	۷۷	۱۶	۸	۴۲۱۳
آلمان	۱۱.۳	۸۰	۱۹	۱۱	۴۶۳۵
سوئیس	۱۱.۴	۶۶	۲۲	۲۶	۵۹۹۲
رومانی	۵.۶	۸۰	۱۲.۲	۱۹	۹۸۲

منبع: WHO,2013