

نظام خدمات و بیمه درمانی آلمان*

اووه راینهارت

ترجمه مهندس عزیز کیاوند

نظام خدمات درمانی آلمان برای این طراحی شده است که خدمات درمانی را به طور عادلانه به همه مردم برساند، و کل مخارج خدمات درمانی را بی آنکه نظام بیمه درمانی درست در اختیار دولت باشد، تحت نظارت و کنترل قرار دهد. ابزار قانونی اصلی برای تحقق این مقصود عبارتند از:

الف. مقررات قانونی منسجم حاکم بر شبکه‌ای از صندوق‌های خودگردان کمک به بیماران که به منابع مالی خویش متکی هستند و حق و حقوق بیمارستان‌ها و پزشکان و ارائه‌کنندگان خدمات درمانی را با روش‌های اساساً مشابهی می‌پردازند.

ب. استفاده از حق بیمه خدمات درمانی به جای مالیات یا پرداخت انتقالی^۱، به منظور بازتوزیع درآمد از افراد نسبتاً سالم یا گروه‌های پردرآمد به افراد نسبتاً بیمار یا گروه‌های کم درآمد. جدول (۸-۱) طیف نظام خدمات درمانی آلمان را از کرانه کاملاً دولتی تا کرانه کاملاً خصوصی نشان می‌دهد. چنان‌که مشاهده می‌شود، نظام خدمات درمانی آلمان عمدتاً خصوصی

* Uwe E. Reinhardt, "Germany's Health Care and Health Insurance System", *Economic Development Institute of The World Bank An International Assessment of Health Care financing Lessons for Developing Countries*, 1995, p. 163-180.

1. transfers

است که در چارچوب مقررات روشن دولتی عمل می‌کند. تفاوت‌های مشخص این نظام نسبت به نظام‌های دولتی و خصوصی آشکار است. غالب ناظران به این وجوه تمایز، توجه نمی‌کنند و به همه نظام‌های خدمات درمانی خارجی برچسب نابه‌جای "طب سوسیالیستی" می‌زنند. اصطلاح "طب سوسیالیستی" باید به نظام‌هایی اطلاق شود که متولی خدمات درمانی دولت است و بودجه آن را تأمین می‌کند. کشور انگلیس و بیشتر کشورهای شمالی اروپا با این برچسب سازگارند.^۱ اما به عکس، نظام خدمات درمانی کانادا را نمی‌توان "طب سوسیالیستی" خواند، زیرا بخشی از بودجه آن از سوی دولت و بخش دیگر آن از منابع غیردولتی تأمین می‌شود. به نظام درمانی آلمان هم نمی‌توان برچسب سوسیالیستی زد. نظام خدمات درمانی آلمان در ردیف‌های D، E، F جدول (۱-۸) متمرکز است. این نظام حتی از نظام خدمات درمانی کانادا از طب سوسیالیستی دورتر است. مثلاً این روزها فقط ۱۲ درصد کل مخارج تأمین درمانی به‌طور مستقیم از بودجه دولت پرداخت می‌شود. قریباً این عدد در امریکا ۴۲ درصد است.

جدول ۱-۸. ترکیب دیگر ارائه خدمات و بیمه درمانی

تأمین اعتبار از بودجه دولت				
تولید و ارائه خدمات	بیمه‌ای که مخارج آن را دولت می‌پردازد ^۲	در چارچوب مقررات دولتی ^۳	در بازاری که خارج از	تأمین اعتبار مستقیم از جیب بیمار در نقطه دریافت خدمت ^۴
کاملاً دولتی (متعلق به دولت)	A	D	G	J
خصوصی غیرانتفاعی	B	E	H	K
خصوصی انتفاعی	V	F	I	L

۱. از نظر فنی، هر وقت که هزینه خدمات درمانی شخص را طرف سوم (شخص ثالثی) می‌پردازد، اعتبار آن از یک کاسه مشترک تأمین می‌شود بنابراین تأمین اعتباری "سوسیالیزه" است. به این معنا، بیمه خدمات درمانی خصوصی همان‌قدر "سوسیالیزه" است که بیمه درمانی دولتی این هر دو شکل تأمین اعتبار کار طبیعی بازار را مختل می‌سازند، زیرا هر دو، محاسبه نفع و هزینه شخص را که لازمه هر بازار واقعی است از گردونه خارج می‌کنند.

۲. نظام درمانی کانادا

۳. نظام درمانی آلمان

۴. جزء خصوصی نظام خدمات درمانی امریکا

مأخذ: گردآورده نویسنده

۱. یادداشت ویراستار: این فصل پیش از اتحاد دو آلمان در ۱۹۸۹، نوشته شده است. بنابراین اطلاعات مربوط به جمهوری فدرال آلمان (آلمان غربی) قبل از اتحاد دو آلمان است. نظام بیمه درمانی آلمان بیش از پنجاه سال قبل از تجزیه آلمان بعد از جنگ جهانی دوم تأسیس شد، و چارچوب کنونی آن همان جنبه‌های آلمان فدرال را حفظ کرده است.

نظام تأمین خدمات درمانی آلمان

در ۱۹۸۵، جمعیت آلمان ۶۱ میلیون نفر بود و فقط پانزده درصد این جمعیت کم‌تر از پانزده ساله داشت. در همان سال نزدیک به پانزده درصد جمعیت آلمان بیش از ۶۵ سال داشت (جدول ۲-۸). نظام خدمات درمانی آلمان نظامی مختلط از تسهیلات دولتی و غیردولتی است و بیماران در انتخاب بین این و آن مخیرند.

حدود ۶۷,۰۰۰ یا ۴۵ درصد از ۱۵۰,۰۰۰ پزشک فعال آلمان (حدود ۲/۵ پزشک برای هر ۱,۰۰۰ نفر)، در مطب‌های خصوصی به درمان سرپایی بیماران مشغولند. بیمار آزاد است که به هر یک از آنها مراجعه کند. حق ویزیت پزشکان بر اساس کارانه (شمار بیمارانی که مراجعه کرده‌اند) بر مبنای نرخ تعیین شده پرداخت می‌شود. نرخ‌ها بر اساس مذاکره بین انجمن محلی پزشکان و سازمان‌های بیمه تعیین می‌شود.

قوانین آلمان حساب خدمات درمانی سرپایی و خدمات درمانی بیمارستانی را از یکدیگر جدا کرده است. پزشکانی که مطب دارند و به درمان سرپایی بیماران مشغولند نمی‌توانند بیماری را که به بیمارستان فرستاده‌اند خود در آنجا درمان کنند. درمان بیماران در بیمارستان‌ها توسط ۸۰,۰۰۰ پزشکی انجام می‌شود که کارمند حقوق‌بگیر بیمارستان‌های خود هستند. در میان این پزشکان مستقر در بیمارستان‌ها، فقط رئیس‌ان بیمارستان‌ها حق دارند که بیماران خصوصی را هم در مطب و هم در بیمارستان ببینند.

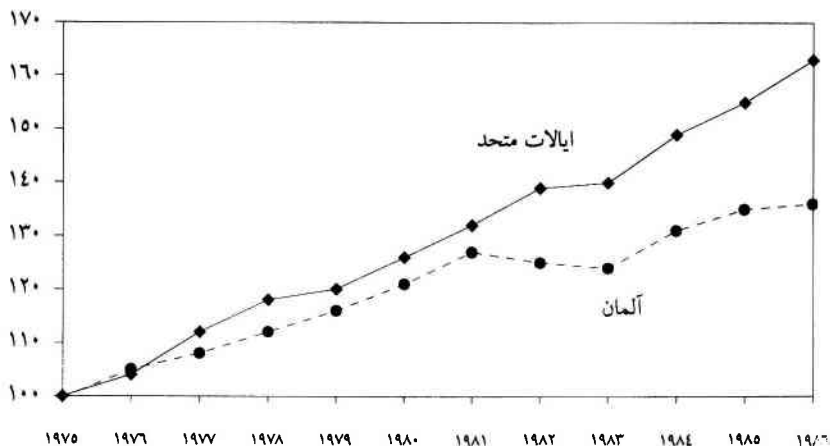
جدول ۲-۸. گزیده اطلاعات جمعیتی، ۱۹۸۵

اطلاعات	آمار
۶۱ میلیون	کل جمعیت
۱۵ درصد	۱۵ ساله‌ها
۱۵ درصد	بالای ۶۵ سال
	امید به زندگی:
۷۱/۲ سال	مرد
۷۷/۸ سال	زن
۹/۶ به ۱۰۰۰	نرخ مرگ و میر نوزادان ^۱

۱. مرگ کودکان یک ساله و زیر یک سال: به ازای ۱۰۰۰ متولد زنده، ۱۹۸۴. مأخذ: Schneider, Sommer, and Keleci (1987), tables F.2.2.1 and F. 8.2.1.

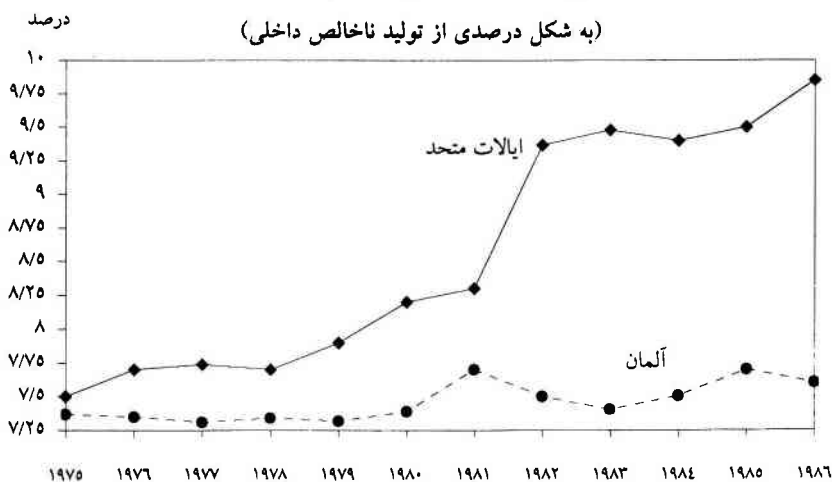
نمودار ۱-۸ مخارج درمانی مستقیم ۱۹۷۵-۸۶

شاخص ۱۹۷۵ = ۱۰۰



مخارج خدمات درمانی مستقیم ۱۹۷۵-۸۶

(به شکل درصدی از تولید ناخالص داخلی)



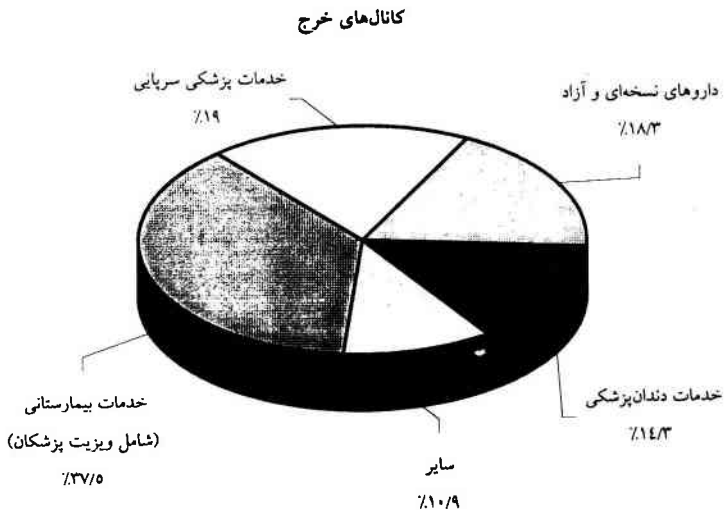
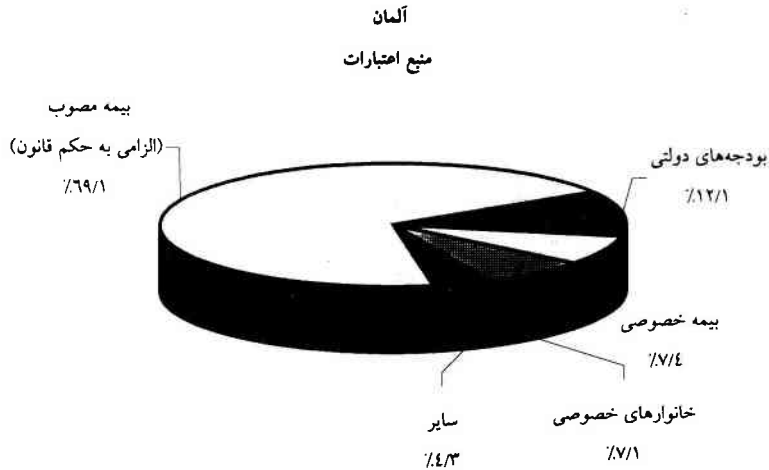
توجه: هزینه‌های اداری، تحقیق، و هزینه‌های ساختمانی را دربر ندارد.
 مأخذ: Schneider, Sommer, and Keleci (1987).

آلمان برای هر هزار نفر یازده تخت بیمارستانی دارد. نزدیک به نیمی از تخت‌های بیمارستانی آلمان در بیمارستان‌های عمومی قرار دارند. بیشتر بیمارستان‌های عمومی وابسته به شهرداری هستند. ۳۵ درصد تخت‌های بیمارستانی در بیمارستان‌های خصوصی غیرانتفاعی آلمان هستند، و نزدیک به سیزده درصد تخت‌ها به بیمارستان‌های خصوصی انتفاعی تعلق دارند. به طور کلی، هزینه سرمایه‌ای بیمارستان‌های آلمان - حتی بیمارستان‌های خصوصی انتفاعی را دولت‌های ایالتی تأمین می‌کنند. البته بیمارستان‌ها بر اساس برنامه‌های منطقه‌ای^۱ ساخته می‌شوند. هزینه‌های جاری و عملیاتی بیمارستان‌ها را نظام ملی بیمه درمانی می‌پردازد، و این پرداخت بر اساس مخارج روزانه بیمارستان‌ها است که میزان آن بر مبنای مذاکره بین هر بیمارستان و انجمن‌ها یا اتحادیه‌های منطقه‌ای بیمه‌های درمانی پیشاپیش تعیین می‌شود. در ۱۹۹۰، متوسط هزینه‌های بیمارستانی هر بیمار روزی حدود سیصد مارک (۱۸۰ دلار) بود. رقم واقعی برحسب نوع و محل بیمارستان اندکی بالا یا پایین می‌شد. حدود پانزده درصد هزینه‌های روزانه را حقوق پزشکان بیمارستان تشکیل می‌داد. حدود ۱۸۰ دلار هزینه روزانه ممکن است خیلی پایین به نظر برسد و انعکاسی از این امر است که تخت‌های بیمارستانی آلمان در مقیاسی وسیع به منظور مراقبت‌های طولانی مورد استفاده قرار می‌گیرند، نه فقط برای درمان حاد و فوری.

نمودار (۲-۸) حاوی اطلاعات فشرده‌ای است درباره منابع و موارد استفاده مخارج خدمات درمانی آلمان. نظام قانونی و مقرر نظام بیمه‌ای درمانی بار هفتاد درصد مخارج را بر دوش می‌کشد و بیمه‌های درمانی خصوصی فقط ۷/۴ درصد آن را می‌پردازند. به عکس امریکا، که بیش از چهل درصد مخارج مستقیم درمان از بودجه دولت تأمین می‌شود، فقط دوازده درصد مخارج درمانی آلمان به طور مستقیم از بودجه‌های دولت تأمین می‌شود. همان‌طور که در نمودار (۲-۸) دیده می‌شود، بخش بیمارستانی فقط ۳۶ درصد کل مخارج مستقیم را جذب می‌کند که این رقم حقوق بیش از ۸۰,۰۰۰ پزشک مشغول خدمت در بیمارستان‌های کشور را نیز در بر دارد. مخارج درمانی در واحدهای دیگر دولتی معمولاً وجود ندارد زیرا درمان سرپایی طبق قانون در حیطه وظایف پزشکان خصوصی قرار داد که در مطب خود کار می‌کنند.

1. regional plans

نمودار ۲-۸ منابع و کانال های خرج مخارج خدمات درمانی مستقیم - ۱۹۸۵



توجه: هزینه های اداری، تحقیق، و هزینه های ساختمانی را دربر ندارد.
 مأخذ: Schneider, Sommer, and Keleci (1987), pp. 278-97.

خانوارهای خصوصی آلمان فقط حدود هفت درصد مخارج درمانی را از جیب خود می‌پردازند. این هفت درصد هم صرف خرید داروهایی که بدون نسخه در اختیار هستند و برخی وسایل می‌شود (مثلاً بهای عینک طبی معمولی را بیمه می‌پردازد اما اگر کسی خواست عینکی با کیفیتی بالاتر بزند باید پولش را بپردازد) آلمانی‌ها در صورت دسترسی به بیمه خدمات درمانی کم‌تر برای استفاده از خدمات درمانی از منابع مالی خود خرج می‌کنند.^۱

یکی از جنبه‌های منحصر به فرد نظام خدمات درمانی آلمان اشتراک مساعی همه ذی‌نفعان و دست‌اندرکاران است، که در مجمع سالانه همه ذی‌نفعان نظام خدمات درمانی تحقق می‌یابد.^۲ این مجمع سالانه به حکم قانونی که در ۱۹۷۷ تصویب شد برگزار می‌شود. این مجمع نمایندگان همهٔ انجمن‌ها و اتحادیه‌های مسئول تأمین خدمات درمانی (از جمله داروسازان و داروفروشان)، بیمه‌های تأسیس شده به حکم قانون، بیمه‌های خصوصی، و نیز نمایندگان دولت‌های ایالتی و محلی را در برمی‌گیرد. وظیفهٔ این مجمع است که هر سال رهنمودهای کلی توسعهٔ خدمات درمانی را ترسیم کند، از جمله خطوط کلی رشد مخارج را در رابطه با میزان رشد مورد انتظار تولید ناخالص ملی (GNP) تعیین کند.

این مجمع برای این ایجاد شد که کانون توافق و تفاهم باشد. مجمع، قدرت دولتی ندارد. برای مثال، رهنمودها و خط‌مشی‌های آن با الزام قانونی همراه نیست، بلکه صرفاً پایه‌ها و معیارهایی هستند برای تعیین مزدها، قیمت‌ها، و مخارج روزانهٔ خدمات درمانی که همه ساله در سطح ایالت بین اتحادیه‌های بیمه‌گذاران و شرکت‌های بیمه مورد مذاکره قرار می‌گیرد. این مجمع، تا این‌جا، کار خود را به درجات مختلفی از توفیق انجام داده، از جمله الزام به مذاکره را در سطح پایین‌تر عملی ساخته است. به‌علاوه رسانه‌های همگانی کار مجمع را به‌طور گسترده‌ای پوشش می‌دهند.

تاریخ تأمین خدمات درمانی در آلمان

ویژگی مهم نظام تأمین خدمات درمانی آلمان وجود صندوق کمک به بیماران^۳ است که به حکم قانون تأسیس شده است. منشأ این کار خیر خطابهٔ امپراتور ویلهلم اول در برابر مجلس آلمان (رایشستاگ) است، در سال ۱۸۸۱.

1. schneider and others 1987
3. Gesetzliche Krankenkasse

2. Concerted Action (Koziertierte Aktion)

وقتی که قانون بیمه خدمات درمانی در ۱۸۸۱ به اجرا درآمد، ابتدا کارمندان و سپس بقیه اعضای جامعه زیر چتر بیمه صندوق‌های متعدد کمک به بیماران قرار گرفتند. بدین ترتیب، طرح قانونی خدمات درمانی قدیمی‌ترین بخش نظام تأمین اجتماعی است. در پی آن بود که قانون‌های بیمه حوادث (۱۸۸۴)، صندوق‌های بازنشستگی (۱۸۸۹)، کمک عمومی (۱۹۲۴)، و بیمه بیکاری (۱۹۲۷) تصویب و اجرا شدند. حق بیمه، کمک عائله‌مندی، و اجزای دیگر صندوق‌های کمک به بیماران در بند دوم قانون بیمه‌های اجتماعی که پیش‌نویس اول آن به سال ۱۹۱۱ برمی‌گردد به تفصیل تقریر شده‌اند.

بعد از جنگ جهانی دوم، مجلس آلمان قوانین متعددی در ارتباط با خدمات درمانی همگانی تصویب کرد، که مهم‌ترین آنها تأسیس وزارت خدمات درمانی و انسانی در ۱۹۶۱ بود. دولت در سال ۱۹۶۵، نرخ خدمات پزشکی و دندان‌پزشکی را تعیین کرد. در سال ۱۹۸۲ آن را مورد تجدیدنظر قرار داد و کارفرمایان را مکلف کرد که مزد کارگران در دوره بیماری آنها بپردازند؛ و قانون تعلیم حرفه پزشکی را در ۱۹۷۰ تدوین نمود. از قوانین مهم دیگری که در ۱۹۷۲ تصویب شد قانون تأمین اعتبار بیمارستان‌ها و قانون بحث‌انگیز جلوگیری از افزایش نامحدود هزینه حق‌بیمه و هزینه‌های خدمات درمانی بود که در ۱۹۷۷ تصویب شد، و تصویب نسخه‌های دوم و سوم را در ۱۹۸۳ در پی داشت. اصلاح ساختاری بیمه خدمات درمانی در سال ۱۹۸۹ انجام شد. با این مقررات، نظام تأمین خدمات درمانی آلمان بیش از همه بخش‌های اقتصاد زیر چتر مقررات قرار گرفت.

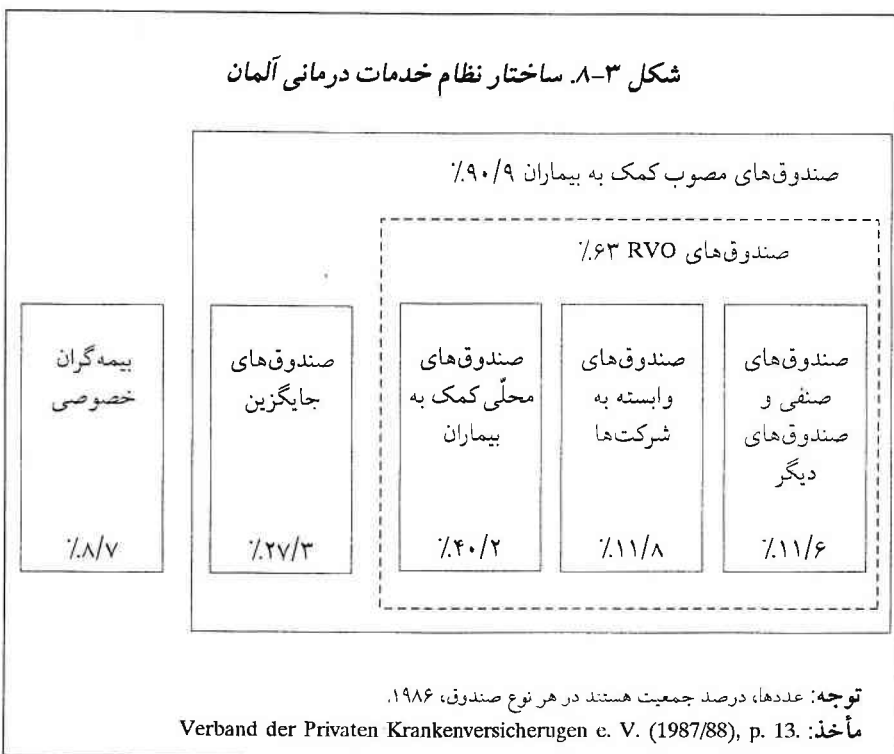
پوشش همگانی و حق انتخاب مصرف‌کننده

در عمل همه مردم آلمان زیر پوشش کامل بیمه خدمات درمانی هستند و از مزایای گوناگونی بهره‌مند هستند که هزینه‌های درمان سرپایی، همه هزینه‌های بیمارستانی، داروهای تجویزی، هزینه‌های دندان‌پزشکی، ابزارهای پزشکی را در برمی‌گیرد. حتی هزینه‌های تفریحات دوره نقاهت یا خستگی از کار را بیمه می‌پردازد.

با کمی استثنا، خدمات درمانی موجود به طور رایگان در محل درمان در اختیار بیماران قرار می‌گیرد. [۲] پیش از قانون اصلاح نظام خدمات درمانی در ۱۹۸۸ حتی پول تاکسی سالمندان را برای مراجعه به پزشک، صندوق‌های کمک به بیماران می‌پرداختند.

به طور کلی، همه آلمانی‌ها در انتخاب دکتر، بیمارستان، داروخانه، و مانند آن آزاد هستند. پوشش بیمه‌ای جامع که همه مردم آلمان را در برمی‌گیرد محصول نظام بیمه‌ای بسیار سازمان‌یافته‌ای است که در همه موارد تابع قانون و مقررات است و نمی‌شود که برچسب خصوصی یا عمومی به آن زد. حدود ۹۰ درصد جمعیت کشور زیر پوشش نظام بیمه‌ای درمان به اصطلاح سربایی قرار دارد. این نظام بیش از صد سال است که ستون اصلی نظام بیمه درمانی آلمان را تشکیل داده است. نزدیک به ۹ درصد جمعیت زیر پوشش بیمه‌های درمانی خصوصی و تجاری قرار دارد. بقیه زیر پوشش برنامه‌های مختلف دولتی هستند که موارد عمده آن بیمه درمانی ارتش و پلیس است. شمار کسانی که بیمه نیستند همیشه زیر ۳/۰ درصد بوده است. نمودار (۳-۸) این نظام بیمه درمانی سازمان‌یافته را نشان می‌دهد.

شکل ۳-۸. ساختار نظام خدمات درمانی آلمان



نظام بیمه درمانی مصوب

نظام درمانی مبتنی بر مقررات مصوب، مرکب از ۱,۲۰۰ صندوق کمک به بیماران است. این صندوق‌ها خودگردان، غیرانتفاعی و از نظر مالی مستقل هستند و هر یک از آنها ناحیه جغرافیایی خاصی را زیر پوشش خدمات خود دارند. جمع این صندوق‌ها را Reichs Versicherungs Ordnung یا به اختصار RVO می‌نامند. این صندوق‌ها سنگ‌بنای نظام تأمین اجتماعی آلمان که از دهه ۱۸۰۰ آغاز شده بوده‌اند. این صندوق‌ها در بدو امر برای این تأسیس شدند که کارمندان را پوشش دهند.

فعالیت‌ها و عملیات این صندوق‌ها از طریق قانون فدرال بیمه‌های درمانی دقیقاً در چارچوب مقررات قرار گرفته است. قانون و مقررات حاکم بر این صندوق‌ها به کرات اصلاح شده است تا بر شرایط جمعیتی و اقتصادی در حال تغییر کشور تطبیق داده شود. [۳]

متعاقباً صندوق‌های جایگزین^۱ برای کمک به نیازهای درمانی کارگران به RVO اضافه شدند. اکنون ۱۵ صندوق از این نوع وجود دارند که همه آنها در سراسر کشور فعالیت می‌کنند. صندوق‌های جایگزین نیز تابع قانون بیمه فدرال هستند و بخشی از نظام بیمه درمانی ناشی از قانون را تشکیل می‌دهند. تا همین اواخر، کارمندان زیر چتر بیمه مبتنی بر قانون، به صندوق‌های جایگزین دسترسی نداشتند زیرا این صندوق‌ها خدمات خود را منحصراً به کارگران ارائه می‌نمودند. می‌توان انتظار داشت که، در آینده‌ای نزدیک، تمایز کهنه و قدیمی موجود بین کارگران و کارمندان از ساحت قانون زوده شود.

هرکسی حق دارد که به نظام بیمه درمانی مبتنی بر قانون آلمان پیوندد. "عضویت" شخص در صندوق کمک به بیماران اعضای خانواده او را نیز در برمی‌گیرد. عضویت در این سیستم قانونی برای کارگران و کارمندانی که درآمدشان از حد خاصی درگذرد اجباری است (۵۵,۰۰۰ مارک آلمان یا ۳۰,۰۰۰ دلار آمریکا در سال). بازنشستگانی که در طول دوران خدمت خود عضو صندوق بوده‌اند باید الزاماً در عضویت صندوق بمانند. امروز، حدود $\frac{۳}{۴}$ از ۹۰ درصد جمعیت آلمان که زیر پوشش بیمه قانونی هستند، اعضای اجباری هستند. بقیه به دلخواه خویش به این نظام پیوسته‌اند.

1. substitute funds

وقتی که کسی به صندوق بیمه درمانی خاصی می‌پیوندد، تا پایان عمر با آن صندوق می‌ماند، مگر این‌که درآمد او از مرزی که زیر آن مرز بیمه درمانی اجباری می‌شود فراتر رود؛ در این صورت مخیر می‌شود که زیر چتر صندوق باقی بماند یا از آن خارج شود و خود را نزدیک شرکت بیمه خصوصی بیمه کند.

کارمندان شاغل در این صندوق‌ها حق بیمه خود و اعضای خانواده خود را می‌پردازند اما از تخفیفی برخوردار می‌شوند که بر مبنای درصدی از کل دریافتی آنها (حقوق و مزایای جنبی قبل از کسر مالیات) تعیین می‌شود. این تخفیف با اندازه خانواده یا وضعیت تندرستی آنها ارتباطی ندارد. [۴] حق بیمه بازنشستگان را صندوق‌های بازنشستگی آنها می‌پردازند و میزان بر پایه درصدی از حقوق بازنشستگی محاسبه می‌شود (اکنون متوسط رقم ملی ۱۲/۹ درصد است). متوسط حق بیمه کارگران و کارمندان شاغل به صندوق نیز همین ۱۲/۹ درصد است.

پیداست که حق بیمه‌ای که سالمندان می‌پردازند خیلی کم‌تر از هزینه دارو و درمان آنهاست. مثلاً در ۱۹۸۹ حق بیمه که این گروه پرداخت ۴۰ درصد پرداخت‌های صندوق‌های کمک به بیماران بابت دارو و درمان گروه سالمندان بود (این رقم در سال ۱۹۷۷، ۶۵ درصد بود). این تفاوت حاصل پرداخت یارانه‌های اعضای شاغل در صندوق‌هاست؛ این انتقال دارد بین نسل‌ها بحث و جدل بر می‌انگیزد. صندوق‌هایی که بارشان به سبب داشتن اعضای بازنشسته بسیار، از یک صندوق ذخیره ملی^۱ کمک مالی می‌گیرند. هدف این شیوه عمل این است که بار مالی سالمندان بر اعضای شاغل بین صندوق‌های مختلف کمک به بیماران تقسیم شود، از آن‌جا که حق بیمه در نظام مصوب بر مبنای توانایی اشخاص تعیین می‌شود و اعضای خانواده تحت تکفل او را نیز در بر می‌گیرد (و حال آن‌که شرکت‌های بیمه انتفاعی حق بیمه را بر پایه هزینه‌های واقعی تعیین می‌کنند)، بیشتر اشخاص که می‌توانند خود را زیر پوشش بیمه خصوصی قرار دهند چنین نمی‌کنند و زیر پوشش نظام بیمه مصوب باقی می‌مانند (هرچند که روی آوردن به بیمه‌های خصوصی، در سال‌های اخیر سرعتی بیشتر پیدا کرده است. علاوه بر این، طبق اصلاحیه قانون بیمه درمانی مصوب ۱۹۸۹ (GRC یا the Gesundheitsreformgesetz)، کسانی که به میل خود از زیر چتر بیمه درمانی مصوب خارج می‌شوند و خود را زیر پوشش بیمه

1. National Reserve Fund (Krankenversicherung der Renler)

درمانی خصوصی قرار می‌دهند دیگر نمی‌توانند به نظام بیمه درمانی قبلی بازگردند (امری که تاکنون ممکن بوده است). جوانان مجرد که امروز نظام بیمه درمانی مبتنی بر قانون را رها می‌کنند ممکن است در آینده که خانواده‌ای تشکیل دهند از کرده خود پشیمان شوند. از این روی در این مورد بی‌گدار به آب نمی‌زنند.

تشکیلات اداری نظام مصوب

صندوق‌هایی که به حکم قانون برای کمک به درمان بیماران تأسیس شده‌اند در قلمرو بخش خصوصی، زیر نظر هیئت‌های امنا اداره می‌شوند. نیمی از اعضای هیئت‌های امنا از مقامات اتحادیه و نیمی دیگر از کارفرمایان هستند. ریاست هیئت امنا بین این دو گروه می‌چرخد. در اصل قرار است که بودجه این صندوق‌ها را اعضا، که یا کارگردن یا بازنشسته، تأمین کنند. از زمان تصویب اصلاحیه قانون بیمه خدمات درمانی در سال ۱۹۸۸، صندوق‌های برخی از ایالت‌ها که در مضمیقه مالی قرار می‌گیرند از صندوق‌هایی که وضع مالی خوبی داشته باشند یارانه می‌گیرند.

با این‌که این صندوق‌ها که بر مبنای مصوبه قانونی تأسیس شده‌اند خود را جزئی از بخش خصوصی آلمان می‌دانند اما با "بخش خصوصی" امریکا خیلی فاصله دارند. این صندوق‌ها در چارچوب مقررات دقیق دولت فدرال کار می‌کنند که نه فقط نوع خدمات آنها را به اعضای زیر پوشش‌شان تعیین می‌کند، بلکه طرز اداره و نیز مناسبات مالی و قانونی آنها با تأمین‌کنندگان خدمات درمانی نیز تابع همین مقررات است. بنابراین می‌توان گفت که این نظام مصوب بنا به اراده دولت در بخش خصوصی ایجاد شده است. این صندوق‌ها، خصوصی، خودگردان و متکی به منابع مالی خویش هستند که وظایف تعیین شده از سوی دولت را انجام می‌دهند و بنابراین از برخی اقتدارات دولتی برخوردارند، از جمله می‌توانند بر حقوق شاغلان حقوق‌بگیر و کارفرمایان آنها مالیات ببندند و به تعدیل یا توزیع مجدد^۱ امتیازات اقتصادی بین اعضای خود دست بزنند.

1. Eedistribution

کنترل مخارج درمانی

در درون هر منطقه (ایالت یا ناحیه‌ای در ایالت)، صندوق‌های کمک به بیماران به یکدیگر می‌پیوندند و اتحادیه‌ای را تشکیل می‌دهند. این اتحادیه‌ها با اتحادیه‌های مقابلی متشکل از پزشکان به مذاکره می‌نشینند و نسبت به نرخ و یزیت و خدمات درمانی پزشکان آزاد به توافق می‌رسند. مذاکرات منطقه‌ای بر یک چارچوب ملی کلی استوار است که بین اتحادیه‌های ملی همه صندوق‌ها و اتحادیه‌های ملی پزشکان، در سطح کشور، مورد موافقت قرار گرفته است.

با این‌که صندوق‌های جایگزین^۱ از همان معیارهای ملی صندوق‌های RVO استفاده می‌کنند، تعرفه‌های درمانی را با اتحادیه‌های پزشکان منطقه‌ای خود مذاکرات جداگانه‌ای انجام می‌دهند و معمولاً کمی بیشتر از صندوق‌های RVO می‌پردازند. برای مثال در سال ۱۹۸۸، این صندوق‌ها به پزشکان به ازای هر امتیاز ۰/۰۹۳۵ مارک آلمان می‌پرداختند که در مقایسه با رقم ۰/۰۹۱۵ که توسط RVO پرداخت می‌شد اندکی بیشتر است. همه صندوق‌های RVO در یک منطقه، و یزیت یکسانی به پزشکان آن منطقه می‌پردازند (Reinhardt, ۱۹۸۵).

در ۱۹۸۵، اتحادیه‌های صندوق‌های کمک به بیماران توافق کردند که برای مخارج خدمات خود سقفی کلی تعیین کنند. با این‌که اتحادیه‌ها امیدوار بودند که روزی این سقف را بردارند، اما هنوز سر جای خود باقی است و در آینده‌ای قابل پیش‌بینی نیز برداشته نخواهد شد. از آن‌جا که همه صندوق‌های مصوب با مقیاس نسبی واحدی کار می‌کنند، رعایت این سقف در این سیستم آسان است: اگر استفاده از خدمات باعث شود که میزان مخارج از سقف تجاوز کند، ارزش پولی هر امتیاز خودبه‌خود کاهش می‌یابد.

سقف مخارج سال به سال از طریق مذاکره تعیین می‌شود و مبنای آن مبلغ مارک منظور شده برای هر بیمه‌شده با توجه به سن و جنس است. وقتی که این سقف تعیین شد، کل بودجه از سوی صندوق در اختیار اتحادیه پزشکان طرف مقابل قرار می‌گیرد، که (اتحادیه هم آن را بر اساس کارانه^۲ بین اعضا توزیع می‌کند. خلاصه این‌که، این سیستم همه پزشکان را برای جلب مریض در رقابتی شدید با یکدیگر قرار می‌دهد؛ به بیانی دیگر آنها را در یک بازی جمع صفر^۳ درگیر می‌کند که ناظر بازی، خود اتحادیه است. این اتحادیه است که چهارچشمی مراقب رفتار حرفه‌ای اعضای خویش است.

1. Ersatzkassen

2. fee-for-service

3. zero-sum-game

وجود سقف مخارج برای پزشکان، موجب سهمیه‌بندی خدمات درمانی نشده است. به عکس تنزل دائمی ارزش پولی امتیازهای نسبی در آلمان نشان می‌دهد که تعداد خدمات ارائه‌شده به بیماران، به سبب سقف افزایشی چشمگیر یافته است.

صندوق‌های مصوب مشترکاً با تک‌تک بیمارستان‌ها دربارهٔ مخارج روزانهٔ قطعی آنها بر اساس بودجهٔ عملیاتی مصوب مذاکره می‌کنند.^۱ همان‌طور که گفته شد این مخارج روزانه بیمارستانی برای هر بیمار که بستری می‌شود به طور متوسط ۱۸۰ دلار امریکا است. دربارهٔ پرداخت بهای خدمات رادیولوژی و آزمایشگاهی تجربه‌هایی بر اساس الگوی امریکایی به عمل آمده است. در این الگو ترکیبی از هزینه‌های بیمارستانی روزانه با جدول کارانه برای خدمات فرعی مورد توجه قرار می‌گیرد.

بیمه‌نامه‌های آلمان تقریباً خدمات دندان‌پزشکی (از جمله دندان مصنوعی) را در برمی‌گیرد و همه داروهایی را که پزشک تجویز کرده باشد شامل می‌شود. به دندان‌پزشکان بر اساس نرخ‌هایی که برپایهٔ مذاکره تعیین شده است پرداخت می‌شود، و نرخ خدمات دندان‌پزشکی در سال‌های اخیر به قدری بالا بوده که درآمد دندان‌پزشکان از پزشکان آلمانی بیشتر شده است (پزشکان آلمانی که در مطب خصوصی خود به درمان سرپایی بیماران مشغول‌اند به طور متوسط، قبل از پرداخت مالیات، سالی ۹۰,۰۰۰ دلار امریکا درآمد دارند). به‌منظور جلوگیری از رشد بی‌رویهٔ خدمات دندان‌پزشکی، مقررات جدید، بیمار را مکلف می‌کند که بخشی از هزینهٔ دست‌دندان (دندان‌های مصنوعی) را بپردازد.

تا ژانویه ۱۹۸۹، شرکت‌های بیمهٔ خصوصی و صندوق‌های مصوب، بهای خرده‌فروشی همهٔ داروهایی را که پزشکان تجویز می‌کردند به‌طور کامل می‌پرداختند. بیماران برای گرفتن داروهای تجویز شده، جز مبلغ ناچیز سه مارک به ازای هر نسخه، هیچ پولی نمی‌پرداختند. قیمتی که سازمان‌های مسئول تأمین خدمات درمانی به داروخانه‌ها می‌پرداختند عبارت بود از جمع: (الف) قیمت سازنده و تولیدکننده، که به اختیار تولیدکننده تولید می‌شد، به‌علاوهٔ (ب) سود عمده‌فروشی که طبق مقررات تعیین می‌شود، به‌علاوهٔ سود خرده‌فروشی که باز هم تابع قانون و مقررات است. شرکت‌های بیمهٔ خصوصی و صندوق‌های مصوب، هر دو، همان قیمت خرده‌فروشی را می‌پردازند.

1. Reinhardt, 1984.

این سیاست قیمت‌گذاری باز و آزاد، تقاضای مهار گسسته‌ای را ایجاد کرد و همراه با اثرات پوشش بیمه‌ای کامل، باعث شد که بخشی عظیم از مخارج خدمات درمانی آلمان صرف داروهای تجویزی شود. همان‌طور که در نمودار (۲-۸) نشان داده شده است، نزدیک به ۱۷ درصد کل مخارج خدمات درمانی آلمان برای خرید دارو پرداخت می‌شود.

برای کنترل هزینه‌های سنگین داروهای تجویزی (نسخه‌ای)، دولت محافظه‌کار گهل در اصلاح قانون خدمات درمانی که در نوامبر ۱۹۸۸ تصویب شد روش پرداخت قیمت داروهای نسخه‌ای را به کلی عوض کرد. این قانون برای صنعت داروسازی آلمان تحولی انقلابی بود که در سال‌های آینده از حجم فعالیت و تولید آن خواهد کاست.

از این پس، داروهای نسخه‌ای باید در گروه‌های "مشابه" عرضه شوند. این کار باید به تدریج به نحوی انجام شود که سرانجام همه مواد شیمیایی کاملاً متفاوت با تأثیر درمانی یکسان در یک گروه قرار گیرند. بر اساس سیاست جدید قیمت‌گذاری که بر پایه قانون مذکور تدوین شد، شرکت یا سازمان بیمه فقط قیمت کامل داروی ارزان را در گروه مشابه می‌پردازد. طرح داروی ژنریک و اگر بیماران یا پزشکان آنها بر مصرف داروی گران‌قیمت‌تری اصرار داشته باشند، بیمار باید تفاوت قیمت آن را بپردازد.

تا این‌جا، انتشار اولین گروه‌بندی داروهای مشابه و ارائه حداقل قیمت، شرکت‌های داروسازی آلمان را تکان داده است و تولیدکنندگان داروهایی را که با نام تجارتي خاص عرضه می‌شوند وادار کرده است که قیمت‌های خود را ۴۰ تا ۵۰ درصد پایین بیاورند تا در گروه‌بندی‌های اعلام‌شده قادر به رقابت باشند. این کار را برای این کرده‌اند که بیم دارند بیماران بدعادت آلمانی هیچ وقت به پرداخت تفاوت بهای گزاف داروهای دارای علامت تجارتي خاص تن در ندهند.

شرکت‌های تجارتي بیمه

در ۱۹۸۶ حدود ۵/۵ میلیون نفر (نزدیک به ۹ درصد جمعیت) زیر پوشش ۴۲ شرکت بیمه انتفاعی بودند. اینها عبارت بودند از کارمندان دولت، شاغلان آزاد، بازنشستگانی که در زمان اشتغال خود زیر پوشش شرکت‌های بیمه انتفاعی بوده‌اند، و نیز کارمندان بخش خصوصی که درآمد سالانه آنها بالای ۵۵,۰۰۰ مارک یا ۳۰,۰۰۰ دلار (در ۹۰-۱۹۸۹) بود و به میل خویش از زیر چتر نظام بیمه‌ای مصوب خارج شدند.

همان‌طور که گفته شد، حق بیمه‌ای که بیمه‌های خصوصی می‌گیرند هزینه‌های واقعی را در دوره‌ای پنج ساله در برمی‌گیرد. برخلاف نظام درمانی مصوب، که به ندرت بیمه مشترک انجام می‌دهند، بیماران بیمه‌شده در بیمه‌های خصوصی مخیرند که از بین گزینه‌های مختلف یکی را بپذیرند چون که سهم بیمار در پرداخت هزینه‌ها متفاوت است و در نتیجه حق بیمه هم متغیر است.

بیمه‌شده‌ای که خود را در شرکت بیمه خصوصی بیمه می‌کند حق بیمه‌ای باید بپردازد که متناسب با هزینه‌های واقعی گروه سنی اوست (هر پنج سال در یک گروه سنی قرار می‌گیرد). بعد از آن حق بیمه با افزایش سن بیمه‌شده افزایش نمی‌یابد. افزایش آن فقط می‌تواند تابع افزایش عمومی هزینه‌های درمانی برای همه گروه‌های سنی باشد. بدین ترتیب، این ساختار حق بیمه شبیه حق بیمه شرکت‌های بیمه عمر امریکایی است. و مانند همین بیمه‌نامه‌ها، بیمه‌نامه تأمین خدمات درمانی آلمان جوانان را با توجه به این که ریسک هزینه‌های کوتاه‌مدت آنها کم‌تر است زیر بار هزینه سنگین‌تری می‌برد و وادارشان می‌کند که بیمه‌نامه ذخیره سالمندی^۱ بخرند.

به حکم قانون، آلمانی‌هایی که تصمیم بگیرند شرکت بیمه خصوصی خود را رها کنند و زیر پوشش بیمه خصوصی دیگری قرار گیرند، حق و حقوق خود نسبت به موجودی ذخیره سالمندی را از دست می‌دهند. به علاوه، پیوستن این اشخاص به بیمه خصوصی دیگری مستلزم پرداخت حق بیمه مناسب با گروه سنی آنان در زمان رهاکردن آن شرکت بیمه و پیوستن به این شرکت خواهد بود. این سیاست به این منظور دنبال می‌شود که بیمه‌شدگان نزد شرکت‌های بیمه خصوصی را وادار کند که برای طول عمر خود برنامه‌ریزی کنند، زیرا ایجاد انگیزه می‌کند که شخص در تمام طول عمر خویش با یک شرکت بیمه طرف قرارداد باشد.

حدود ۴/۶ میلیون نفر که زیر پوشش بیمه قانونی مصوب هستند، از شرکت‌های بیمه خصوصی (انتفاعی) بیمه مکمل می‌خرند. این بیمه‌های مکمل معمولاً استفاده از تسهیلات و امکانات نیمه خصوصی در بیمارستان و دریافت پول نقد برای روزهای بستری بودن یا روزهای بیمار بودن را در برمی‌گیرد.

شرکت‌های بیمه خصوصی به پزشکان بر اساس جدول حق‌الزحمه مصوب^۲ دولت پول می‌پردازند. دولت نرخ‌های خدمات پزشکی را بعد از مشورت با کارشناسان و متخصصان حرفه

1. Aftersruecklage

2. Gebuehrenordnung feur Aerzte (GOA)

پزشکی تعیین می‌کند. این نرخ‌ها فقط در بخش بیمه خصوصی (غیرانتفاعی) اعمال می‌شود. با این‌که اصولاً معیارهای تعیین مزد خدمات پزشکی در بخش بیمه خصوصی با معیارهای تعیین مزد خدمات پزشکی در نظام بیمه خدمات درمانی مبتنی بر مصوبه‌های قانونی یکسان نیست، نرخ‌های این دو سیستم به مرور زمان به یکدیگر نزدیک شده‌اند.

به‌طور کلی، پزشکانی که بیماران بیمه‌شده در شرکت‌های بیمه خصوصی را درمان می‌کنند ممکن است از بیمه‌گذار تا ۲/۳ برابر جدول نرخ‌های رسمی مطالبه کنند، و اکثر آنها این کار را می‌کنند. پزشکان ممکن است پا را از این حد هم فراتر بگذارند، به شرط این‌که وصول چنین مازادی را پیشاپیش و به‌طور کتبی توجیه کنند. برخی از پزشکان، به‌ویژه رؤسای بیمارستان‌ها، که به‌طور کلی، ممکن است بیماران را به‌طور خصوصی معالجه کنند این کار را می‌کنند. روش کار این‌ها نظیر هم‌قطاران امریکایی آنهاست که از مزایای خاصی برخوردار هستند.

برای دریافت خدمات بیمارستانی به بیماران، شرکت‌های بیمه به ازای هر روز اقامت بیمار در بیمارستان مبلغ از پیش تعیین شده‌ای را می‌پردازند. این مبلغ اندکی از سطح پرداخت نظام مصوب پایین‌تر است زیرا پزشکان مستقر در بیمارستان که بیماران را در بیمارستان معالجه می‌کنند (معمولاً رؤسای بخش‌ها) حق ویزیت خود را از بیماران بستری می‌گیرند، در حالی‌که مبلغی که برای هر روز اقامت در بیمارستان از سوی صندوق‌های مربوط به نظام مصوب به بیمارستان پرداخت می‌شود همه هزینه‌های مربوط به بیمار بستری را در برمی‌گیرد.

به‌علاوه بیمه‌شده خصوصی هزینه‌های اضافی کلانی باید برای اتاق‌های نیمه خصوصی (معمولاً دو تخته) پردازد. مثلاً در سال ۱۹۸۸، متوسط هزینه‌های روزانه برای بیمه‌شدگان خصوصی ۲۵۱ مارک (۱۲۸ دلار) و هزینه اضافی برای اتاق خصوصی ۱۱۶ مارک (۶۰ دلار) بود. بیمه‌های خصوصی و صندوق‌های مربوط به نظام مصوب برای داروهایی که با نسخه پزشک تجویز می‌شوند قیمت یکسانی می‌پردازند.

هزینه اداری

هزینه اداری بیمه درمانی آلمان نسبتاً پایین است. این هزینه‌ها برای صندوق‌های نظام مصوب حدود ۴ تا ۵ درصد کل درآمد آنها از محل حق بیمه‌های دریافتی است. با این‌که اتحادیه‌های

صندوق‌های نظام مصوب که حق طبابت پزشکان را می‌پردازد هزینه‌های اداری دیگری نیز دارد، کل هزینه‌های این سیستم خیلی از هزینه‌های سیستم پیچیده آمریکایی کم‌تر است. هزینه‌های اداری صرف بیمه‌گران خصوصی حدود ۴/۴ درصد درآمد بیمه‌گذاری آنها در سال ۱۹۸۷ بود که احتمالاً در همان حد و حدود صندوق‌ها بود، غیر از این هم هزینه‌ای به نام Abschlusskosten وجود دارد که در راه بازاریابی و عقد قراردادهای بیمه‌ای خرج می‌شود. در ۱۹۸۷، این هزینه‌ها حدود ۱۱/۶ درصد کل درآمد بیمه‌گذاری آنها بود. [۵] با توجه به این امر، ضریب پرداخت خسارت (پرداخت‌ها به درآمدها) در بیمه درمانی خصوصی از سیستم مصوب به مراتب بیشتر است.

درس‌هایی که از تجربه آلمان آموخته می‌شود

سیستم‌های خدمات درمانی چندگانه با مشکلاتی روبه‌رو می‌شوند که در سیستم‌های یگانه یعنی سیستم‌هایی که امور بیمه در یک جا، معمولاً در دست دولت، متمرکز است دیده نمی‌شوند.

یکی این‌که، در سیستم چندگانه، بیمه‌گران می‌توانند بین آنها اختلاف بیندازند و مقاصد خود را پیش ببرند. دیگر این‌که، اگر بیمه‌شوندگان بین چند گزینه حق انتخاب داشته باشند، بیمه‌کنندگان برای کاهش ریسک، ممکن است خانواده‌های کم درآمد را زیر پوشش قرار ندهند. به این دو مسئله در نظام درمانی آلمان پرداخته شده، هر چند که توفیق کامل حاصل نشده است. در حقیقت، سیستم موجود دچار تنش است و عده زیادی خواستار انجام اصلاحات بنیادی در نظام بیمه درمان آلمان هستند.

تمرکز قدرت بازار در جانب تقاضا

نمودار (۴-۸) دو مجموعه روابط را بین سه بازیگر نظام خدمات درمانی نشان می‌دهد: بیماران، پزشکان و بیمارستان‌ها، و طرف سوم که هزینه‌ها را می‌پردازد. صفحه‌بلا مسیر جریان پول، از جامعه به پزشکان و بیمارستان‌ها را نشان می‌دهد. مسیر این جریان اکنون از کانال‌های متعدد، ناهماهنگ و با ابعاد نامساوی می‌گذرد. بسیاری از این کانال‌ها به قدری کوچک هستند که کنترل‌کنندگان درجه‌های آنها نمی‌توانند بر بازار خدمات درمانی تأثیر یا نفوذی داشته باشند. اینها اگر خواسته باشند جلو افزایش قیمت‌ها را بگیرند، نمی‌توانند کاری از پیش ببرند. این

سیستم برای این طراحی شده است که سهم پزشکان و بیمارستان‌ها را از درآمد ناخالص ملی به حداکثر برساند.

در واقع، سیستمی است که طوری ساخته شده، که بیشتر خانوارها، در هیچ یک از ماه‌های سال، ندانند که مخارج درمانی خانواده آنها چه میزان بوده است. جریان پول خانوارها به سوی پرداخت خدمات غیربیمه‌ای، بیمه مشترک، و کمک‌های مالی به منظور پوشش خدمات بیمه‌ای به قدری پیچیده است که ردیابی جریان سالانه وجوه، مستلزم کوشش و تلاش ویژه‌ای است. ممکن است گفته شود که آسمان همه جا به همین رنگ است، بیشتر بازارهای دیگر اقتصاد کشور هزاران کانال جریان پولی دارند. مخالفان این استدلال در آلمان و در همه جوامع مدرن می‌گویند که ابعاد اخلاقی خدمات درمانی و این که قسمت اعظم مخارج درمانی توسط افراد بسیار بیمار، و گرفتار درد و رنج انجام می‌شود مقایسه این بازار را با بازارهای دیگر بی‌مورد می‌سازد. اکثر کشورها حساب بیماران را از مصرف‌کنندگان دیگر جدا کرده‌اند. به جای این که بازار خدمات درمانی را صحنه معاملات اقتصادی بین بیماران و پزشکان و بیمارستان‌ها بدانند، جنبه اقتصادی این معاملات را در گرو مذاکره بین اتحادیه‌های طرف ثالث (شرکت‌ها و صندوق‌های بیمه) و اتحادیه‌های پزشکان قرار داده‌اند که قیمت‌ها را تعیین کنند. به بیانی دیگر، جریان پول به سوی پزشکان و بیمارستان‌ها را در یک کانال بزرگ (یا فقط چند کانال) انداخته‌اند که دریچه‌های آن بر اساس مذاکره تنظیم می‌شود (صفحه پایین نمودار ۴-۸).

مثلاً، در سیستم خدمات درمانی کانادا در هر ایالت فقط یک کانال وجود دارد. سرچشمه این کانال دولت ایالتی است که اداره امور خدمات درمانی را بر عهده دارد. در آلمان بیش از هزار کانال وجود دارد. پول در این کانال‌ها جریان می‌یابد اما در سطح ایالت (لند)^۱ هماهنگ می‌شود به طوری که پرداخت‌کننده قدرت بازاری نظیر سیستم‌های دارای منبع مالی واحد به دست آورد. به این دلیل، می‌توان نظام خدمات درمانی آلمان را در عمل نظامی یک کاناله تلقی کرد.

خانوار آلمانی می‌داند که برای استفاده از خدمات درمانی جامع چقدر خرج می‌کند زیرا با ابزار ساده‌ای قابل خواندن است؛ درصد کل پرداخت به صندوق، یا حق بیمه‌ای که به شرکت بیمه خصوصی می‌پردازد. این شاخص ساده را مردم، کارمندان، و مسئولان دولتی به دقت مورد توجه قرار می‌دهند. اصلاح قانون خدمات درمانی در ۱۹۸۸ واکنش دولت به افزایش سریع

1. Land

کمک‌های مالی دولت بعد از ۱۹۸۴ بود. هدف اصلی این قانون تثبیت افزایش نرخ این کمک‌های مالی بود.

نظام یک کاناله بیمه درمانی که در اروپا و کانادا رایج است محاسن و معایب خاص خود را دارد، که نیاز به توضیح است. نخست این‌که این سیستم‌ها کسانی را که مستقیماً و در نهایت هزینه‌های خدمات درمانی را می‌پردازند قادر می‌سازد که در مقایسه با سیستم امریکا خدمات را به قیمت نازل‌تری بخرند.

دوم، این سیستم‌ها کسانی را که دریاچه را تنظیم می‌کنند قادر می‌سازد که ظرفیت فیزیکی نظام درمانی را تعیین کنند. آنها می‌توانند دریاچه را به تناسب برنامه‌های درمانی منطقه‌ای کم یا زیاد کنند، چنان‌که در همه کشورهای همین‌طور عمل می‌شود.

خلاصه این‌که، روش یک کاناله این کشورها را قادر می‌سازد که درصدی کم‌تر از محصول ناخالص ملی را برای تأمین خدمات درمانی خرج کنند. اما این سیستم‌ها معایبی هم دارند. آشکار است که سیستم یک کاناله در برابر اشتباهات احتمالی کسانی که دریاچه آن را تنظیم می‌کنند آسیب‌پذیر است. چنین سیستمی کم‌تر از آنچه خواست مردم است به خدمات درمانی تخصیص می‌دهد و تنوع خدمات درمانی آن هم کم‌تر از حد انتظار مردم است. به‌علاوه، چنین سیستمی برای کارآفرینان ریسک بیشتری می‌آفریند که سرمایه خود را در راه تحقیق برای ایجاد تکنولوژی پزشکی جدید خرج کنند، زیرا دریاچه‌بانان ممکن است از روی هوی و هوس تکنولوژی جدید را به بازی نگیرند.

سیستم‌های یک کاناله از نظر پزشکان و بیمارستان‌ها نامطلوب است. این سیستم‌ها به سوی کاهش درآمد این گروه‌ها گرایش دارند. به همین سبب دلیلی ندارد که پزشکان و بیمارستان‌ها این سیستم را بپسندند.

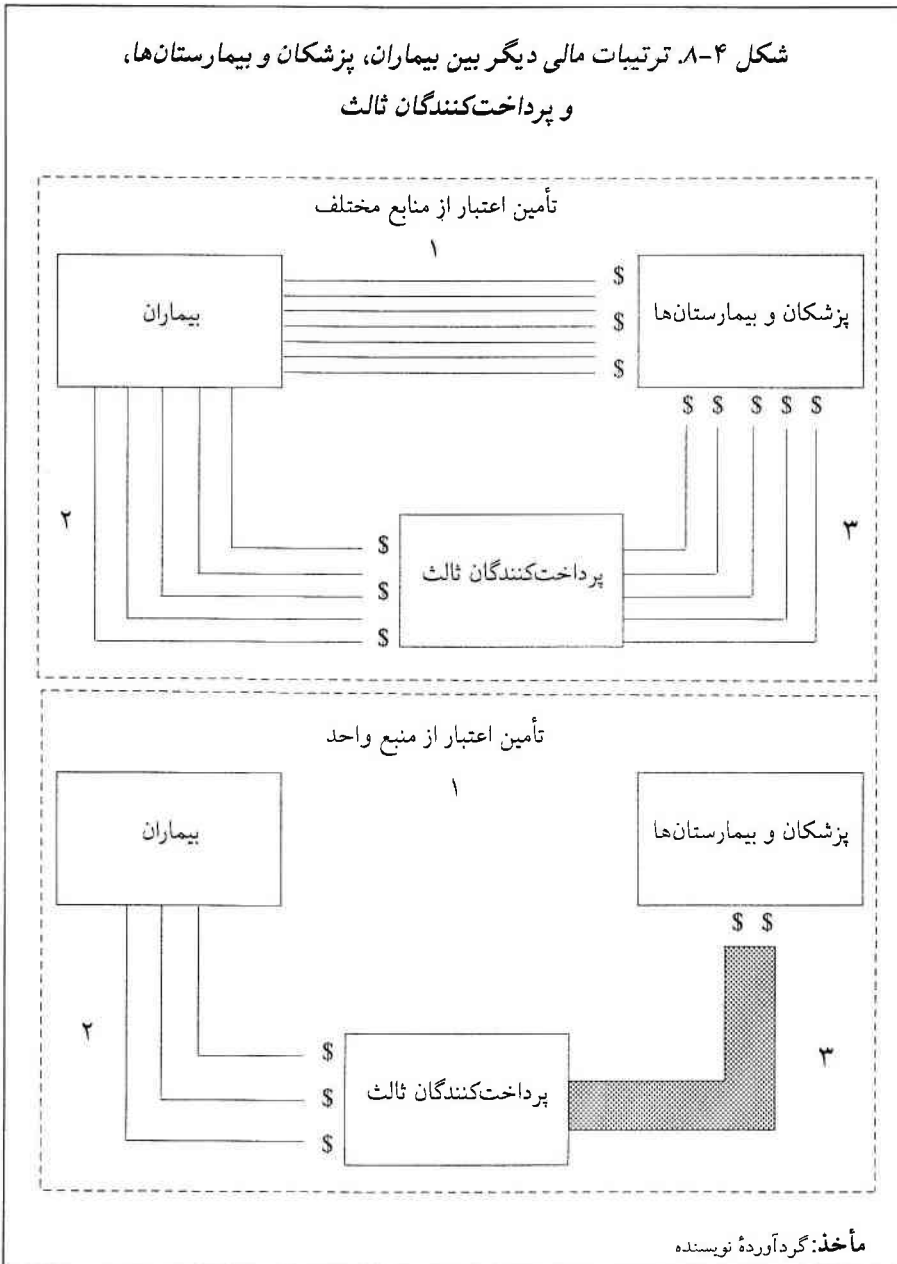
تأمین اعتبار منصفانه

زیر این عنوان به دو اصل اساسی باید توجه شود: اجتناب از ریسک حساب‌نشده^۱، و رعایت اصل وحدت و انسجام^۲.

1. "adverse-risk selection"

2. solidarity

شکل ۴-۸. ترتیبات مالی دیگر بین بیماران، پزشکان و بیمارستان‌ها، و پرداخت‌کنندگان ثالث



اجتناب از ریسک حساب نشده

اصطلاح "اجتناب از ریسک حساب نشده" معانی مختلفی در مبحث خدمات درمانی دارد، و غالباً نابه‌جا به کار می‌رود. در این‌جا منظور ما شرایطی است که در آن توزیع ریسک بین واحدهای بیمه مختلف با توزیع درآمد بیمه‌ای همخوانی و هماهنگی کامل ندارد. فرض کنید که احتمال مخارج درمانی یک فرد بتواند توسط فرد و بیمه‌گر او قابل تعیین باشد. فرض دیگر این‌که بتوان مردم را در گروه‌های سنی به نحوی قرار داد که مخارج همه افراد در درون هر گروه سنی برابر باشد. بعضی از این گروه‌ها در گروه‌بندی، شامل افراد نسبتاً سالم و برخی دیگر شامل افراد نسبتاً بیمار خواهند بود. برای یک گروه سنی بزرگ، می‌توان کل مخارج درمانی آن را برای دوره‌ای معین در آینده پیش‌بینی کرد. با تقسیم آن رقم کل به تعداد افراد درون گروه، متوسط مخارج درمانی هر نفر به دست می‌آید. در اصطلاح اقتصاددانان، حق بیمه‌ای معادل این رقم متوسط به دست آمده، حق بیمه منصفانه‌ای خواهد بود. [۶] این حق بیمه به این معنا منصفانه و عادلانه تلقی می‌شود که گروه‌های سنی سالم مجبور نمی‌شوند با پرداخت حق بیمه بیشتر به گروه‌های نسبتاً بیمار یا رانده‌پروازند که "غیرعادلانه" [۷] تلقی شده است.

صنعت بیمه‌ای که همیشه بر اساس محاسبه هزینه‌ها حق بیمه عادلانه‌ای بگیرد از ریسک حساب نشده اجتناب کرده است زیرا ریسک‌های محتمل را منظور نموده است.

دو عامل در محاسبه برآورد هزینه‌ها و تعیین حق بیمه دخالت می‌نماید. نخست این‌که احتمال مخارج درمانی آینده را نمی‌توان با دقتی فوق‌العاده تعیین کرد. حتی اگر افراد بتوانند آن را تعیین کنند به بیمه‌گر نمی‌گویند، به‌خصوص اگر این امر باعث افزایش حق بیمه شود. از دیدگاه بیمه‌شده، عدم افزایش برخی از حقایق در این زمینه برحق است. در این عدم تقارن اطلاعات، بیمه‌شده بیشتر از بیمه‌گر درباره وضع سلامت خود اطلاع دارد و این می‌تواند منشأ انتخاب ریسک حساب نشده باشد.

انتخاب ریسک حساب نشده می‌تواند حاصل تصمیم بیمه‌گر باشد که در ترکیب ریسک اعضای خود دچار اشتباه محاسبه شده باشند. برای مثال، وقتی که دولتی اعلام می‌کند که به‌ازای هر فرد بیمه‌شده در گروه سنی معینی سالی فلان قدر دلار می‌پردازد و بیمه‌گر درصدد برمی‌آید که افرادی را بیمه کند که برآورد هزینه خدمات درمانی آنها زیر رقم اعلام شده باشد. از دیدگاه بیمه‌گر چنین ریسک عادلانه‌ای برحق است.

جدا از مسئله انتخاب ریسک حساب نشده، بیشتر مردم جهان مفهوم انصاف و عدالت را طبق نظر آمارگر بیمه نمی‌پسندند. این دخالت دیگر جهان واقعی در مدل محبوب آمارگر بیمه است. فکر غالب در اروپا و کانادا این است که بیمه خدمات درمانی نه فقط باید مخارج درمانی افراد را در طول زمان تعدیل کند بلکه افرادی که پیوسته از نعمت سلامت برخوردارند باید بخشی از هزینه‌های درمانی افرادی را که همیشه بیمارند بپردازند، و سازوکار (مکانیسم) بیمه ابزاری ایده‌آل برای اعمال این تعدیل و توزیع مجدد است. این فکر برای تصویری که کشورها از جامعه و همشهریان دارند فکری بنیادی است. این اصل را اصل وحدت و انسجام اجتماعی می‌نامند.

نظام بیمه درمانی آلمان نمونه کامل وفاداری به این اصل است. این نظام آشکارا حق بیمه درمانی را برای بازتوزیع درآمد از خانوارهای سالم و ثروتمند به خانوارهای بیمار و کم درآمد به کار می‌گیرد. برای مقابله با انتخاب ریسک حساب نشده که چنین ساختار حق بیمه ممکن است ایجاد کند، این سیستم از قدیم دایره انتخاب افراد و خانواده آنها را بین صندوق‌های مختلف کمک به بیماران، محدود کرده است.

صندوق‌های کمک به بیماران، از دیرباز، برای آلمانی‌هایی که زیر پوشش بیمه اجباری هستند بر اساس محل زندگی یا محل اشتغال عمل کرده است. کارگران شرکت‌ها معمولاً اگر هم انتخابی پیش روی خود داشته‌اند این انتخاب فقط بین چند صندوق بوده است، هر چند که کارمندان آنها امکان انتخاب وسیع‌تری دارند. حتی چیزی حدود ۲۵ درصد جمعیت که عضو اجباری نظام مصوب نیستند، اما می‌توانند به دلخواه خویش به این سیستم بپیوندند، کم‌تر از امریکایی‌ها آزادی عمل دارند. همه صندوق‌های بیمه مبتنی بر مقررات مصوب باید در چارچوب قانون و مقررات عمل کنند، و نمی‌توانند حق بیمه را بر پایه ریسک حساب شده توسط آمارگر بیمه از کسی دریافت کنند.

با این‌که بیمه‌گران خصوصی از این نظر آزادی بیشتری دارند، سیاست‌های آنها نیز یکنواخت‌تر است و در مقایسه با بازار بیمه درمانی آمریکا که دستش باز است، محدودیت بیشتری دارند. و همان‌طور که گفته شده ساختار حق بیمه آنها که تابع مقررات است بر پایه ذخیره مالی غیرقابل انتقال سالمندی استوار است که عملاً پای بیمه‌شده را در تمام طول عمر به یک بیمه‌گر خصوصی می‌بندد.

تهدیدهایی که متوجه اصل وحدت و انسجام است

نه جای شگفتی است که این روش حذف انتخاب ریسک حساب نشده و، درعین حال، کوشش برای بازتوزیع درآمد از طریق ساختار حق بیمه نظام مصوب، موانعی فراوان در درون سیستم ایجاد کرده است. از آنجا که هر صندوق اختیار دارد که برای پوشاندن ترکیب ریسک اعضای خود هر قدر که بخواهد، مالیات بر لیست حقوقها وضع کند، این مالیاتها در ارتباط با همه صندوقها یکسان نیستند. جدول (۳-۸)، بر اساس آخرین اطلاعات، این پدیده را نشان می‌دهد. این نرخهای بسیار متفاوت مالیات بر حقوق به هیچ وجه قابل دفاع نیست و توجیه اجتماعی هم ندارد، و به این ترتیب شگفت است که چرا این تفاوتها موجب شورش و طغیان آشکار بیمه‌شده‌ها و کارفرمایان آنها نشده است. اما طغیان دارد آغاز می‌شود.

جدول ۳-۸. واریانس نرخ مالیات از لیست حقوق‌بگیران در صندوق‌های مختلف		
درصد		
نرخ مالیات حقوق ^۱		
نوع صندوق	طیف	میانگین
صندوق‌های محلی	۱۰/۸-۱۶/۰	۱۳/۵
صندوق‌های وابسته به شرکت‌ها	۷/۵-۱۵/۰	۱۱/۵
صندوق‌های صنفی	۹/۸-۱۵/۶	۱۲/۸
صندوق‌های جایگزین:		
کارگران	۱۰/۲-۱۴/۶	۱۱/۹
کارمندان	۸/۸-۱۲/۹	۱۲/۷
همه صندوق‌های مصوب	۷/۵-۱۶/۰	۱۲/۹

۱. درصد سهم کارفرمایان و کارکنان از کل مخارج.
 مأخذ: Bauer and Schoenhafen (1988), table 1, p. 650.

دور اول این طغیان گرایش روزافزون شرکت‌های بزرگ به خارج ساختن کارکنان خود از صندوق‌هایی است که حق بیمه بالایی می‌گیرند و بیمه کردن آنها در صندوق‌های وابسته به خود شرکت^۱ که حق بیمه خدمات درمانی آنها پایین تر است. همان‌طور که جدول شماره (۳-۸) نشان می‌دهد، این جابه‌جایی ممکن است به صرفه‌جویی قابل توجهی برای شرکت‌ها بینجامد - دست کم در کوتاه‌مدت که اعضای آنها در سنین جوانی هستند. طبیعی است که این حرکت با مخالفت صندوق‌های دیگر سیستم روبه‌رو خواهد شد، به‌خصوص با مخالفت صندوق‌های محلی که بیماران بیشتری را زیر پوشش خدمات درمانی خود دارند.^۲

صندوق‌های محلی از راهی دیگر وارد شده‌اند. آنها می‌خواهند قانونی بگذرد که نقل و انتقالات مالی بین صندوق‌ها را اجباری سازد تا به این ترتیب خسارت صندوق‌هایی را که با ریسک بیشتری روبه‌رو هستند جبران کنند. این نوع نقل و انتقالات هم‌اکنون در برخی از ایالت‌ها بین صندوق‌های خاصی عملی شده است (مثلاً بین صندوق‌های وابسته به شرکت‌ها)، اما نه بین انواع مختلف صندوق‌ها.

با این‌که حرف صندوق‌های محلی کمک به بیماران قانونی است، تقاضای آنها با مخالفت صندوق‌های دیگر سیستم روبه‌رو شده است، با این استدلال که نتیجه منطقی این کار تبدیل نظام بیمه درمانی مصوب به یک صندوق واحد ملی^۳ با یک سطح مالیات بر حقوق و یک مجموعه امکانات برای همه خواهد بود. چنین نتیجه‌ای، با این‌که به ظاهر عادلانه است، نظام مصوب را بیشتر به نظام خدمات درمانی کانادا شبیه خواهد ساخت که بودجه آن را دولت تأمین می‌کند. با وجود این مخالفان دیگر نظام موجود، اقتصاددانان نوکلاسیک آلمان هستند که، مانند همقطاران دیگر خود در این سوی اقیانوس اطلس، فقط آن نوع نظام بیمه درمانی را عادلانه و کارآمد می‌دانند که دقیقاً بر اساس اصول آماری بیمه قیمت‌گذاری شده باشد و دست هر آلمانی را باز بگذارد که از بین تعداد متعددی صندوق‌های در حال رقابت با یکدیگر انتخاب کند. اقتصاددانان نوکلاسیک معتقدند که پدرمآبی دولت نباید کوته‌بینی کسی را بپوشاند و شخص باید مجبور باشد که تاوان کوته‌بینی خود را پس بدهد. اقتصاددانان نوکلاسیک باز هم عقیده دارند که حق بیمه برای باز توزیع درآمد ابزار مناسبی نیست - اگر جامعه می‌خواهد به بیماران و تهیدستان کمک کند، این کار را باید از طریق مالیات‌ها و پرداخت‌های انتقالی^۴ انجام دهد (یا، در نهایت، کوپن توزیع کند).

1. Betriebskrankenkassen

2. Bauer and Schoenhafen, 1988

3. universalkasse

4. transfer

در زمان نوشتن این مقاله، دولت آلمان درصدد بود در مبارزه‌ای که بر سر نظام بیمه درمانی آلمان درمی‌گرفت حکمیت کند. اگر فلسفه صندوق‌های محلی کمک به بیماران، غالب شود، نظام بیمه درمانی آلمان تا حدی زیاد بر پایه الگوی کانادا به اعتبارات دولتی متکی خواهد شد. اما اگر مکتب فکری نوکلاسیک‌ها پذیرفته شود، ممکن است که این سیستم اصل وحدت و انسجام را رها کند و بیشتر به شکل نظام درمانی امریکا درآید. حفظ وضع موجود در بلندمدت ناممکن به نظر می‌رسد.

بعید است که آلمانی‌ها به سوی الگوی بیمه درمانی امریکا بروند که در سراسر اروپا به خاطر ریخت و پاش و غیرعادلانه بودن مورد انتقاد است. حرکتی به سوی الگوی کانادا در ذائقه آلمانی خوشتر است، اما احتمال بیشتر این است که سیستم به سمت نقطه‌ای بینابین این دو الگو تحول یابد. چنین مصالحه‌ای می‌تواند الگویی شبیه الگوی انتهون^۱ و کرونیگ^۲ از آب درآید که تکثر را می‌پذیرد به شرطی که قانون و مقررات بر آن حاکم باشد.

توافق دیگر می‌تواند این باشد که بازتوزیع وسیع‌تر درآمدهای ناشی از وصول حق بیمه الزامی شود تا جابه‌جایی گسترده از نظام مصوب به بخش بیمه درمانی خصوصی تشویق گردد. این روش نظام بیمه خدمات درمانی ساختاریافته^۳ را که به اعتقاد بیشتر آلمانی‌ها بیش از صدسال به خوبی به کشور خدمت کرده است حفظ خواهد کرد.

درس‌های کلی

درسی که می‌توان از تجربه نظام درمانی آلمان گرفت این است که می‌توان پوشش بیمه درمانی همگانی ایجاد کرد بی‌آنکه هزینه‌های آن از بودجه دولت تأمین شود.^۴

در عین حال، تجربه آلمان نشان می‌دهد که فوق‌العاده مشکل است و شاید محال باشد که نظام بیمه درمانی خارج از چارچوب مقررات، متکثر، و رقابتی را که از ریسک حساب نشده اجتناب کند، سرپا نگه داشت، و ضمن آن، به عدالت افقی^۵ در تأمین اعتبار و توزیع خدمات درمانی دست یافت.

سرانجام این‌که هر چه به مردم آزادی انتخاب بیشتر داده شود که از بین بیمه‌گران رقیب

1. Enthoven 2. Kronick 3. die gegliederte krankensversicherung

۴. باید توجه کرد که آلمان کشوری صنعتی و بسیار ثروتمند است. این درس ممکن است کشورهای توسعه‌نیافته و مردم اکثراً فقیر آن را به کار نیاید. م.

5. horizontal equity

متعدد، یکی را انتخاب کنند، هم مردم و هم بیمه‌گران امکان بیشتری خواهند داشت که مشتریان خود را از نظر ریسک به طبقاتی مشخص تقسیم کنند، و البته توزیع خدمات درمانی و تأمین اعتبار آن نیز غیرعادلانه‌تر خواهد شد، مگر این‌که جامعه بخواهد که بیمه‌های پرخطر (ریسک)، و اشخاص کم‌درآمد را از محل درآمدهای مالیاتی زیر پوشش یارانه قرار دهد.

یادداشت‌ها

۱. حتی در انگلیس، خدمات درمانی اولیه را پزشکان عمومی در مطب خصوصی خود انجام می‌دهند. این پزشکان طرف قرارداد دولت هستند و از دولت بر اساس خدمات سرانه به بیمارانی که کارت خدمات درمانی دارند پول می‌گیرند.
 ۲. برای خدمات دندان‌پزشکی لوکس و برای برخی از داروهای معروف گران‌قیمت که مشابه ارزان داشته باشند، بخشی از هزینه را بیمار می‌پردازد.
 ۳. از قضا، کشورهای هلند و بلژیک نیز نظام بیمه درمانی خود را بر پایه الگوی RVO بنا نهاده‌اند.
 ۴. این سیستم ادعا می‌کند که نیمی از حق بیمه را کارگر و نیمی دیگر را کارفرما می‌پردازد اما این ادعا افسانه‌ای بیش نیست. حقیقت این است که کل آن از مزد ناخالص کارگر پرداخت می‌شود.
 ۵. نگاه کنید به: Verband der Privaten Krankenversicherungen e.V., Pieprivate Krankenversicherungen: Zahlenbericht 1987/1988. September, (1988), 54.
- بنا به این گزارش سالانه، هزینه‌های خالص اداری در سال ۱۹۸۷، ۶۰۲ میلیون مارک آلمان بود، که گفته می‌شد ۴/۳۳ درصد درآمد حاصل از فروش بیمه‌نامه‌هاست. کل هزینه‌های آن سال ۱/۶ میلیارد مارک آلمان گزارش شده است، که بنابراین باید ۱۱/۶ درصد کل درآمد فروش بیمه‌نامه‌ها می‌بود.
۶. البته، به این حق بیمه (عادلانه از نظر آمارگران بیمه) باید رقمی بابت هزینه‌های اداری اضافه شود.
 ۷. در حقیقت، فقط سال پیش بود که شورای بیمه‌گران عمر امریکا چنین یارانه‌ای را غیرعادلانه اعلام کرد (که مفاد آن را در سراسر امریکا به صورت آگهی پخش کردند).
 ۸. اقتصاددانان و آمارگران بیمه معمولاً این فکر را رد می‌کنند و می‌گویند که بازتوزیع مناسب نه آن است که از اشخاص سالم بگیرد و به اشخاص بیمار بدهد بلکه آن است که از ثروتمندان (چه سالم و چه بیمار) بگیرد و به بیماران تهیدست بدهد. می‌گویند که این نوع توزیع درآمدها باید از طریق مالیات‌ها و پرداخت‌های انتقالی انجام شود، نه از طریق فروش گران‌تر بیمه‌نامه‌ها.

منابع

- AOK Bundesverband. 1989. "AOK Bilanz '88: GRG verstaerkte den Ausgabenzuwachs." *DOK Politik Praxis, Recht* 12(June 15):366-72.
- Bauer, Guntram, and Franz Schoenhafen. 1988. "Risikostrukturen und Beitragunterschiede in der GKV." *Die Ortskrankenkasse* 22 (November 15): 649-55.
- Enthoven, Alain, and Richard Kronick. 1989. "A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s." *New England Journal of Medicine* 320(January 5):94-101.
- Reinhardt, Uwe E. 1984. *Financing the Hospital: The Experience Abroad*. Report submitted to the Department of Health and Human Services. Washington, D.C.
- _____. 1985. "The Compensation of Physicians: Approaches Used in Foreign Countries." *Quality Review Bulletin* 11 (December).
- _____. 1990. "West Germany's Health-Care and Health-Insurance System: Combining Universal Access with Cost Control." In *Call for Action*. The Pepper Commission. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Reiners, Hartmut. 1987. *Ordnungspolitik im Gesundheitswesen*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen.
- Sachverstaendigenrat fuer die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. 1988. *Medizinische und Oekonomische Orientierung Jah, esgutachten 1988*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Schneider, Markus, Juerg Sommer, and Aynur Keceki. 1987. *Gesundheitssysteme im Internationalen Vergleich*. Augsburg: BASYS GmbH.
- Schulenburg, J. Mattias Grafv.d. 1989. "The West German Health Care Financing and Delivery System: Its Experiences and Lessons for Other Nations." Paper Presented at the International Symposium on Health Care Systems, Taipei.
- U.S. General Accounting Office (GAO). 1993. *1993 German Health Reforms: New Cost Control Initiatives*. Report to the Chairman, Committee on Governmental Affairs, U.S. Senate. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Verband der Privaten Krankenversicherungen e.V. 1987/1988. *Die Private Krankenversicherung. Zahlenbericht*.