

بیماران نیز توسط صندوق های بیمه تأمین می شود. پزشکان نیز در دو نوع بیمارستان ذکر شده حقوق بگیر هستند که البته در این مقوله رؤسای بخش ها از این قاعده مستثنی هستند و می توانند از بیماران خصوصی خود حق الزحمه دریافت کنند و در حقیقت تنها گروه پزشکان هستند که قادرند در هر دو بخش خصوصی و دولتی فعالیت کنند.

بیمارستان های آلمان از دو نوع بودجه استفاده می کنند: بودجه جاری (عملیاتی) و بودجه عمرانی. بودجه جاری در اکثر موارد توسط صندوق های بیمه و در مواردی توسط بیمه های خصوصی تأمین می شود. بودجه عمرانی نیز با کمک و یا توسط کمک های انسان دوستانه پرداخت می شود (حتی در بیمارستان های خصوصی).

رفرم ها:

گزیده ای از رفرم سال ۱۹۸۸ آلمان: در فواصل سال های ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ فعالیت های عمده ای برای کنترل هزینه ها انجام شد. به علت اثرات کوتاه مدت طرح های کنترل هزینه، همیشه نیاز به اقدامات جدیدی در این رابطه بوده است. رفرم سال ۱۹۸۸ با هدف اصلی افزایش آگاهی هر دو طرف عرضه و تقاضا از هزینه های تحمیلی به بودجه کشور انجام شد. از جمله اقدامات انجام شده در این رابطه تغییر در دریافتی های پزشکان و تغییر در سهم پرداختی بیمار، مزایای جزئی در افزایش تعداد و نوع بیمه ها از جمله بیمه بازنشستگان بود.

رفرم سال ۱۹۹۳: از سال ۱۹۹۱ بار دیگر هزینه ها شروع به افزایش کرد و اثرات رفرم قبلی محو شد که از آن پس نیاز به رفرم دیگری جهت کنترل درآوردن وضعیت موجود حس شد. عمده ای اقداماتی که در رفرم سال ۱۹۹۳ پیش بینی شده بود زودتر از ۵ یا ۶ سال نتایج عملی خود را بروز نمی داد. برخی از اصول عمده رفرم به شرح زیر است:

سقف هزینه شخصی برای خدمات پزشکی در مطب و بیمارستان ها، داروخانه های پرسنلی و مدیریتی در نظر گرفته شد که البته سقف مذکور بیشتر جنبه موقتی دارد

در برخی خدمات خاص (مثل خدمات دارویی) برای اولین بار سهم پرداختی بیمار در نظر گرفته شد، همچنین این سهم در سایر خدمات (بستری، جراحی) افزایش پیدا کرد.

نحوه پرداخت به پزشکان نیز دچار تغییراتی شد. سیستم کارانه جای خود را به سیستم پرداخت گروهی برای پزشکان و سیستم آینده نگر در بیمارستان داد. در مزایای پرداختی صندوق ها نیز تغییرات مختصری پدید آمد. برخی موارد حذف و برخی دیگر اضافه شد. سیستم مالی بیمارستان ها نیز دستخوش تغییر شد

و از سیستم هزینه ای گذشته نگر به نوع آینده نگر تغییر پیدا کرد.

به طور کلی می توان گفت هدف رفرم ارائه ی یک آگاهی عمومی به سازمان ها در رابطه با هزینه های تحمیلی بود که در این رابطه صندوق ها از اهمیت بیشتری برخوردار بودند. دولت از صندوق ها خواست تا هزینه های خود را به نحوی کنترل کنند و در حقیقت از این طریق علاوه بر کنترل هزینه ها توزیع عادلانه قدرت نیز فراهم شد.

فصل چهارم: نظام مالی سلامت سوئد

در سال های ۱۹۷۰، مسئولیت درمان و خدمات سلامتی و خدمات بیمارستانی از بخش ملی و دولتی به شورای محلی واگذار شد. در سال های ۱۹۸۰، مسئولیت برنامه ریزی خدمات سلامت از سطح ملی به شورای محلی منتقل شد. در سال ۱۹۸۲، قانون خدمات سلامت و پزشکی، اختیار تام به شوراهای محلی داد تا تمام خدمات مرتبط با سلامت را فراهم کرده و ارائه دهند. این مسئولیت نه تنها در فراهم کردن خدمات سلامت مفید واقع شد بلکه برای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری ها سودمند بود. در سال ۱۹۹۲، مسئولیت فراهم کردن خدمات سلامت برای افراد غیر بیمار و افراد مسن از شوراهای محلی به شهرداری ها واگذار شد. چهار سال بعد در سال ۱۹۹۶ شهرداری علاوه بر مسئولیت فراهم آوری خدمات برای افراد غیر بیمار و مسن، مسئول فراهم کردن خدمات سلامت برای افراد معلول، ناتوان و بیماری های روانی و ذهنی قرار گرفتند.

در سال ۱۹۸۵، در بخش مالی سیستم سلامت

اصلاحاتی صورت گرفت، که فرمول بازپرداخت متناسب با نیازهای اجتماعی و معیارهای پزشکی به جای پرداخت مستقیم به افراد تغییر یافت. در گذشته بازپرداخت های بیمه ای سلامت برای خدمات سیار از طریق شوراهای محلی بر اساس تعداد ویزیت های سرپایی بیماران پرداخت می شد، در سال ۱۹۹۸، با تلاش های فراوان در کنترل نسخ دارویی، شوراهای محلی به جای دولت مرکزی مسئول پرداخت حق نسخ دارویی شدند. در اواخر سال ۱۹۹۰ ترکیبی از بخش های بیمارستانی و شوراهای محلی به وجود آمد که هدف آن کاهش هزینه های اجرایی و افزایش کارایی بود.

گرایش ها در اصلاحات: در طی سال های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، اصلاحات در سیستم سلامت بر عدالت و برابری تمرکز داشت. سال ۱۹۸۰، برای کاهش هزینه های بخش سلامت، اصلاحاتی در سیستم سلامت انجام شد. ۱۹۹۰، تغییرات ساختاری در سازمان سلامت مورد اصلاح و بررسی قرار گرفت. اصلاحات سال ۲۰۰۲، به دلیل نگرانی مجدد درباره ی هزینه های ارتباط بود.

هزینه های سلامت و افزایش تولید داخلی: در سال ۲۰۰۲، هزینه های سلامت در حدود ۹/۲٪ از تولید داخلی را به خود اختصاص می داد. در سال های ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰، هزینه های بخش سلامت بر تولید داخل میزان ثابتی قرار داشت و میزان آن ۸/۴٪ بوده است اما در بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۲، این میزان به ۹/۴٪ رسیده است.

برنامه ریزی، ساختار بندی و مدیریت: شوراهای محلی مسئول برنامه ریزی و توسعه ی سیستم سلامت بر اساس نیازهای متقاضیان است. علاوه بر شوراهای محلی، بخش های خصوصی، بخش های پزشکی و

