

نظام الرعاية الصحية في ألمانيا

تمويل نظام الرعاية الصحية في ألمانيا

يتم تمويل نظام الرعاية الصحية في ألمانيا إلى حد كبير من مساهمات المواطنين المؤمن عليهم صحياً والتزام أصحاب الأعمال بحصتهم في تكلفة التأمين. بالإضافة إلى ذلك، تعتبر الإعانات التي يمولها الدخل من الضرائب في كل ولاية بألمانيا، على سبيل المثال، الدعم من أجل تجديد وبناء المستشفيات جديدة. تقوم كل ولاية في ألمانيا بما في ذلك ولاية برلين، بوضع خطة الحاجة للمستشفيات وبناء عليها يتم وضع الميزانيات والمنح المقررة.

نظام التأمين الصحي في ألمانيا

التأمين الصحي هو واجب إلزامي على كل المواطنين الألمان. وهناك نوعين من التأمين: النوع الأول ويشمل حوالي 90% من المؤمن عليهم وهو التأمين الحكومي، والنوع الثاني بحوالي 10% لديهم تأمين صحي خاص. لا يحتاج المريض التابع للتأمين الحكومي دفع أي مبالغ مقدمة لتلقي العلاج في المستشفيات. يقوم المستشفى بتقديم كافة الخدمات الطبية للمريض ويقدم فاتورة التكاليف لشركة التأمين التابع لها المريض. في حالة رغبة المريض الحصول على رعاية صحية إضافية ما يسمى بالخدمات الاختيارية مثل التي تتجاوز الرعاية الطبية اللازمة (مثل العلاج من قبل رئيس القسم، أو الإقامة بغرفة مستقلة أو غرف الراحة) يجب حينها أن يدفع المريض بنفسه قيمة الخدمات الإضافية. يحصل المرضى التابعين للتأمين الخاص على فاتورة تكلفة علاجهم، وبعد دفعها يقوموا بتحصيل المبلغ من شركة التأمين الخاص التابعين لها. بعض شركات التأمين الخاصة تشمل خدماتها أيضاً على تحمل تكاليف الخدمات الاختيارية، مثل العلاج من كبير الأطباء أو الإقامة في غرفة مستقلة.

مقارنة نظام الرعاية الصحية الألماني

يحظى نظام الرعاية الصحية في ألمانيا بترتيب جيد في المقارنة الدولية وفقاً لدراسات منظمة التعاون والتنمية. فأوقات انتظار المرضى قصيرة، وأعداد الأطباء وأسرة المستشفيات أعلى من المتوسط بالنسبة لعدد السكان وكذلك عدد العاملين في التمريض فهو أعلى من المتوسط طبقاً لنفس المنظمة. وفيما يتعلق برعاية المرضى في العيادات الخارجية، فالوقت المتاح للمرضى الألمان مع الأطباء في الاستشارات العلاجية، وطرح الأسئلة وفهم المعلومات الطبية بشكل عام، أيضاً أعلى من المتوسط.

المميزات الخاصة لنظام الرعاية الصحية في ألمانيا

يخضع نظام الرعاية الصحية الألماني للهيكل التنظيمي اللامركزية ويتبع مبدأ الإدارة الذاتية. تحدد الدولة الشروط الأساسية المرتبطة بخدمات الرعاية الطبية لكن يتم التنظيم والتمويل من جانب ممثلي الأطباء والمستشفيات وشركات التأمين الصحي وممثلي المؤمن عليهم الذين يشكلون معاً ما يسمى باللجنة المشتركة الاتحادية التي تحدد الخدمات التي يجب أن تتحملها شركات التأمين، وإجراءات ضمان الجودة المطلوبة في العيادات الخاصة والخارجية والمستشفيات.

ضمان الجودة في المستشفيات الألمانية والعيادات الطبية

ينص ميثاق العمل للأطباء على التدريب والتعليم المنتظم من أجل تأهيل الأطباء لعلاج المرضى وفقا للمعايير الحديثة المعترف بها. بالإضافة لذلك تخضع العيادات الطبية والمستشفيات لمتطلبات الجودة الأخرى: يجب على كل المستشفيات إعداد ونشر تقرير عن جودة خدماتها الطبية كل سنتين، كما إنها ملزمة بنقل بيانات ومعلومات برامج العلاج الطبي التي قدمتها إلى مؤسسة مستقلة (معهد ضمان الجودة والشفافية في الرعاية الصحية) والذي بدوره يقيم المخالفات المحتملة وفقا لمعايير صارمة.

العيادات الطبية الخاصة ملزمة أيضا قانونيا بتطبيق نظام لتقييم وإدارة الجودة لخدماتها. يتم اختبار التزامهم هذا باختبار بعض العيادات بشكل عشوائي من وقت لآخر وتقييم إدارة الجودة بهم ونشر النتائج من قبل جمعيات أطباء التأمين على مستوى الدولة. أما بالنسبة لشهادات الجودة المعتمدة التي تحصل عليها العديد من المستشفيات طوعا، فهي نادرة بالنسبة للعيادات الخاصة.

الفواتير و الدفع في نظام الرعاية الصحية الألماني

يتم تحدد تكاليف العلاج الطبي في ألمانيا طبقا للائحة ملزمة: تسمى جدول رسوم الأطباء (GOÄ) ويتم تطبيقها في العيادات الخارجية أو في الفحص من قبل كبير أطباء (عند طلب ذلك) في سياق الإقامة بالمستشفى. تلك الرسوم أو الأتعاب محددة بشكل ملزم، بحيث لا يستطيع أي طبيب تحديد اتعابه كما يحلو له.

بالنسبة للإقامة في المستشفيات، فيوجد جدول يعرف باسم (DRG-Katalog) ويوجد به تحديد لتكاليف الرعاية الصحية للمرضى الداخليين، ويتم حساب التكاليف على أساس الفحوصات التشخيصية وبرامج العلاج التي حصل عليها المريض. تزداد التكاليف في حالة طلب خدمات إضافية، كالفحص والعلاج من قبل كبير الأطباء أو الإقامة في غرفة مستقلة أو غرفة راحة مميزة. بالإضافة للخدمات الغير طبية الأخرى التي قد يطلبها المريض مثل التوصيل من أو إلى المطار أو خدمات الترجمة.