



Обзор: ГЕРМАНИЯ

Германия

ВВЕДЕНИЕ

Государственное устройство и политическая история последних лет

Федеративная Республика Германии – демократическое и социальное федеративное государство. После объединения Германии в 1990 г., когда к прежней Федеративной Республике Германии присоединилась бывшая Германская Демократическая Республика (ГДР), Федеративная Республика Германии состоит из 16 федераций (земель-lander – по-немецки).

Население

В 2003 г. из 82,5 млн. жителей 3,4 млн. проживали в столице Берлине, которая раньше была разделена, еще 13,5 млн. – в 5 землях, образованных на территории бывшей ГДР, расположенной в восточной части страны, и 66,6 млн. проживали на территории бывшей ФРГ, расположенной в западной части. С 1993 г. по 2003 г. доля пожилых людей старше 65 лет увеличилась с 15% до 18%; доля людей старше 80 лет осталась на прежнем уровне (приблизительно 3,8%), однако ожидается и ее повышение.

Средняя продолжительность жизни

К 2001/2003 гг. продолжительность жизни возросла до 75,6 лет у мужчин и 81,6 лет у женщин. Разрыв между востоком и западом к 2000/2002 гг. сократился до 1,5 лет у мужчин и 0,5 лет у женщин.

Наиболее частые причины смерти

За 1991 – 2001 гг. стандартизованный по возрастной показатель смертности снизился с 780 до 658 случаев на 100 000 жителей. Это относится почти ко всем

Рис. 1. Расходы на здравоохранение в % от ВВП в Германии, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 2002 г.



Источник: WHO Regional Office for Europe health for all database. June 2004.

причинам смерти (за исключением, напр., инфекционных заболеваний). В 2001 г. общий уровень смертности был несколько выше, чем в среднем по ЕС, в 15 странах – членах, 655,3 на 100 тыс. в период до 1 мая 2004 г., в основном за счет более высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (286,7 случаев против 275,1). В то же время стандартизованный по возрастной показатель смертности от злокачественных опухолей был ниже, чем в среднем по ЕС (176,6 случаев против 181,0).

European Observatory
on Health Systems and Policies
WHO Regional Office for
Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen
Denmark
Telephone: +45 39 17 17 17
Fax: +45 39 17 18 18
E-mail: info@obs.euro.who.int
www.observatory.dk

История системы здравоохранения за последние годы

В соответствии с договорами об объединении, система государственного медицинского страхования, лежавшая в основе системы здравоохранения бывшей ГДР, была быстро преобразована и приспособлена к плюралистической системе прежней ФРГ с Обязательным Медицинским Страхованием (ОМС) в качестве главного источника финансирования. С тех пор, между восточной и западной частями страны постепенно стали сглаживаться большинство формальных различий в размерах контрибуционного дохода, доплат, компенсации структуры риска и оплаты организациям, предоставляющим услуги.

Направления реформы

Главный принцип реформы, проводившейся после объединения, заключался в том, чтобы уменьшить структурные различия между востоком и западом и минимизировать затраты с помощью контроля над расходами, оплаты перспективных поставщиков услуг и регулируемой конкуренции между фондами соцобеспечения по болезни при условии, что будет гарантировано качество услуг и не возникнет негативных последствий для принципа равноправия. Приоритет был отдан не нормированию, а рационализации. В период до 2004 г., когда увеличивалось распределение затрат, были отменены лишь немногие пособия и страховые выплаты. В то же время были введены новые пособия и специальное обязательное долгосрочное медицинское страхование, которые более адекватно отвечали меняющимся потребностям населения. В последние годы важную роль стали играть реорганизация фармацевтического рынка и размывание границ между секторами. В настоящее время предметом дискуссии служат вопросы рентабельности установленного медицинского страхования и долгосрочного страхования по медицинскому уходу.

Расходы на здравоохранение и ВВП

По данным государственной статистики, Германия в 2002 г. потратила на здравоохранение 11,1% от ВВП, а по данным ВОЗ и ОЭСР – 10,9%. Это самый высокий уровень соответствующих расходов в Европейском Союзе (см. рис. 1) и третий по величине – среди стран ОЭСР.

КРАТКИЙ ОБЗОР

Для системы здравоохранения Германии характерны преобладание обязательного медицинского страхования (ОМС) при наличии множества конкурирующих между собой фондов соцобеспечения по болезни и смешанный состав государственных и частных организаций, оказывающих услуги (модель Бисмарка). В 2003 г. почти 88% населения было охвачено системой комплексного ОМС (78% в обязательном порядке, 10% – добровольно). К этому добавились три параллельные схемы страховой защиты здоровья: в 2003 г. примерно 6% оформили частную медицинскую страховку (в основном комплексную). Еще 4% в дополнение к частной страховке стали участниками государственных схем (как государственные служащие, пенсионеры и члены их семей), 2% были охвачены особыми бесплатными государственными схемами и 0,2% населения остались вне действия какой-либо дополнительной схемы страхования.

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА И УПРАВЛЕНИЕ

Организационная структура

На общегосударственном уровне ключевую роль в проведении реформ здравоохранения, связанных с обязательным страхованием, играют Федеральное собрание, Федеральный совет и Федеральное министерство здравоохранения и социального обеспечения. Федерации (Lander) отвечают за планирование работы медицинских стационаров, финансирование больницы, частных лечебниц

и учреждений социального обеспечения. Кроме того, они осуществляют надзор за деятельностью корпоративных организаций и производителей фармацевтических препаратов на своей территории.

Корпоративные организации представляют собой некоммерческие, квазигосударственные фонды социального обеспечения по болезни и их ассоциации, а также ассоциации врачей и дантистов, предоставляющих услуги в рамках системы ОМС. Фонды соцобеспечения по болезни собирают, приобретают и выплачивают обязательную медицинскую страховку и долгосрочную страховку по медицинскому уходу. Их число, в 1993 г. составлявшее более 1200, в 2004 г. сократилось до 292, в основном за счет слияний. Врачи, принимающие пациентов с ОМС, организованы в региональные врачебные ассоциации с обязательным членством и демократически-выборным представительством. Немецкая Больничная Организация все глубже интегрируется в состав руководящих органов структур ОМС.

Профессиональные "палаты" с обязательным членством существуют для врачей, дантистов, фармацевтов, ветеринаров, а с 2003 г. – для психологов, практикующих психотерапию. Они отвечают за среднее специальное образование, аккредитацию, повышение квалификации, устанавливают профессиональные и этические стандарты, нормы взаимоотношений в сообществе.

Сверх того, есть множество организаций, представляющих профессиональные интересы и интересы производителей, а также благотворительных организаций. Существуют также около 40–60 тыс. групп самостоятельной помощи по здравоохранению, насчитывающих до 3 млн. членов.

Планирование, регулирование и управление

Главная черта немецкой системы здравоохранения – разделение руководящих полномочий между федеральным правительством, федерациями, корпоративными организациями фондов соцобеспечения по болезни, врачей и

дантистов, а также другими законными организациями гражданского общества. Законодательные нормы принимаются на федеральном или земельном уровне, но при этом значительное число полномочий по регулированию, управлению и даже планированию в рамках системы ОМС делегированы корпоративным деятелям – самоуправляющимся фондам соцобеспечения по болезни и ассоциациям лиц, оказывающих медицинские услуги, или их объединенным комитетам.

Обязанность и право объединенных комитетов – определять размеры выплат, тарифы и стандарты (федеральный уровень), вести переговоры о контрактах по горизонтали, контролировать и санкционировать действия их участников (региональный уровень). Исполнение решений, принятых высшими инстанциями, по вертикали сочетается с принятием решений на строго горизонтальном уровне и заключением контрактов, связывающих выборных представителей деятелей, участвующих в реальном процессе оказания медицинских услуг. Их директивы обязательны для участников системы ОМС, хотя и подлежат обжалованию в суде по социальным вопросам.

С 2004 г. руководящие решения по ОМС принимает межотраслевой Федеральный объединенный комитет (по традиции регулирующие инструкции и деятели, ответственные за принятие решений, различались по секторам (отраслям), причем жестче всего регулировался амбулаторный сектор). Легальные организации пациентов получили совещательное право без права голоса.

Децентрализация системы здравоохранения

Здравоохранение в этой густонаселенной стране традиционно децентрализовано, для него характерны федеральное распределение государственных функций, принцип дополнительности при перевесе частных организаций, предоставляющих услуги, над государственными и довольно

значительное делегирование полномочий самоуправляющимся участникам в системе ОМС. Амбулаторное лечение почти исключительно осуществляется частными коммерческими организациями, деятельность которых строго регулируется, а стационарное лечение в клинике – и государственными, и частными, при тенденции к росту числа последних. Большинство больниц неотложной помощи включаются в “больничные планы”, и потому механизмы регулирования и финансирования их работы в основном одни и те же независимо от типа собственности. С 1991 по 2001 г. доля коек в частных платных клиниках, приходящаяся на неспециализированные клиники (неотложной помощи), возросла с 4% до 8%. Однако 99% больничных коек доступны держателям ОМС, поскольку законтрактованы фондами обеспечения по болезни.

ФИНАНСИРОВАНИЕ И РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Основная система: Обязательное медицинское страхование

Являясь главным предметом общественных дебатов, ОМС, тем не менее, в 2002 г. финансировала 57% всех расходов на здравоохранение. Взносы по ОМС не зависят от риска и пропорциональны доходу от оплачиваемой трудовой деятельности до определенного уровня (в 2004 г. – 3487,50 евро, в 2005 г. – 3525 евро). Они включают неработающих супругов и детей без дополнительного сбора. С 1949 по 2004 г. взносы делились поровну между работниками-страхователями и их работодателями. Размеры взноса варьируют в зависимости от фонда обеспечения по болезни; в среднем в 2004 г. он достигал 14,2% от валового дохода. Начиная с июля 2005 г. паритет несколько сдвинулся в сторону увеличения доли работников, и соотношение стало приблизительно составлять 54:46. ОМС действует как пособие в натуральной форме, хотя с 2004 г., согласно вердикту

Европейского суда, все держатели ОМС на определенных условиях могут стать участниками программы по возмещению расходов.

Начиная с 1996 г. практически любой держатель ОМС имеет право свободного выбора фонда обеспечения по болезни, а фонды обязаны заключить договор с любым заявителем. Введение с 1994 г. схемы компенсации структуры риска помогло сгладить различия в размерах взноса, но не уравнило структуры риска. Напротив, поскольку, в частности, более здоровые, молодые, лучше зарабатывающие люди перешли к другим (как правило, более дешевым) фондам, сумма социальной помощи, подлежащая перераспределению между фондами по схеме компенсации структуры риска, возросла с 7,9% от всех расходов на ОМС в 1995 г. до 10,9% в 2002 г. Чтобы усовершенствовать механизм и предотвратить неблагоприятный отбор риска, схема компенсации структуры риска, учитывая разницу в доходах фондов, различия по полу, возрасту и состоянию здоровья, была дополнена высоким уровнем страхового объединения рисков (2002 г.) и включением определенного числа хронически больных в различные программы по борьбе с болезнями (2003 г.). С 2007 г. схема компенсации структуры риска будет преобразована с целью как можно лучше компенсировать разницу в реальном состоянии здоровья страхователей и их потребности в лечении.

Медицинские льготы и нормирование

Пакет льгот, охватываемых ОМС, весьма обширен. Он определяется в кн. V Кодекса социального законодательства и конкретизируется Федеральным объединенным комитетом. В 2004 г. отсюда были в законодательном порядке исключены пособия на похороны, транспортировку пациента, приобретение патентованных лекарств, биодобавок, очков, а также некоторые другие виды медицинской помощи; все исключенные статьи были сформулированы Федеральным объединенным комитетом.

Кроме того, выплату пособий, связанных с политикой помощи семье, взяло на себя федеральное правительство. Официальные листы ожидания существуют только для тех, кто нуждается в трансплантации органов.

Дополнительные источники финансирования

Другие типы социального страхования

Обязательное пенсионное страхование составляет 1,8% всех расходов на здравоохранение, главным образом на медицинскую реабилитацию работников; обязательное (по месту работы) страхование от несчастных случаев – 1,7%. Начиная с 1995 г. длительный медицинский уход финансируется как отдельная статья обязательного страхования (см. раздел “Социальное обеспечение”).

Налоги

В 2002 г. 8% всех расходов финансировались государством из федерального, земельных и муниципальных бюджетов. Сравнительное отставание восточных земель в технической оснащенности, строительных стандартах и возможностях частных лечебниц компенсировалось благодаря значительным дотациям из федерального и земельных бюджетов.

Наличные Платежи

Частные домохозяйства (и некоммерческие организации) в 2002 г. понесли 12% всех расходов на здравоохранение. Сюда относятся прямые платежи и доплаты, оплата в неофициальном порядке не принята. Размеры доплат возросли и зафиксированы на уровне 10 евро за день пребывания в стационаре и 5 – 10 евро за амбулаторные услуги и лечение. Доплата в размере 10 евро в квартал установлена теперь также при первом обращении к врачу (не обязательно общего профиля) или стоматологу, если пациент в течение этого квартала не обращался к другим врачам. Домохозяйство освобождается от такого участия, если начинает расходовать на

него более 2% своего совокупного годового дохода или тратит 1% совокупного годового дохода на лечение больного серьезным хроническим заболеванием. Если учесть возрастание прямых платежей за медицинские услуги, исключенные из списка льгот, по-видимому, следует ожидать дальнейшего роста оплаты наличными после 2004 г.

Частное медицинское страхование

8% всех расходов в 2002 г. понесли частные страховщики. Сюда относятся альтернативная медицинская страховка приблизительно 10% населения (в том числе добровольно страхующихся индивидуальных предпринимателей и лиц с высоким уровнем доходов), а также дополнительная медицинская страховка еще 9% граждан, имеющих ОМС. Существуют 49 частных медицинских страховых компаний, осуществляющих альтернативное и дополнительное страхование путем рискованных премий. Роль дополнительного страхования невелика (если не считать госслужащих и членов их семей).

Частные страховщики выигрывают по сравнению с фондами соцобеспечения по болезни в составе страхователей и доходах, но проигрывают им в способности сдерживать рост расходов на здравоохранение (+58% на душу населения в 1992 – 2002 гг. против +45% у фондов).

Расходы на здравоохранение

В 2002 г. расходы на здравоохранение в целом составили, согласно национальной статистике, 234 млрд. евро или 2840 евро на душу населения. ВОЗ и ОЭСР оценивают их несколько ниже – соответственно в 230 млрд. евро и 2789 евро на душу населения. В сопоставлении с показателем паритета покупательной способности (2817 долларов США), Германия занимает пятое место среди стран ОЭСР по общим и государственным расходам на здравоохранение. Доля государственного финансирования здравоохранения колеблется от средней до сравнительно высокой в зависимости от того, на какие данные опираться – национальной статистики (75%) или источников ВОЗ (78%).

При том, что в целом расходы на здравоохранение за период 1992 – 2002 гг. выросли с 9,9% до 10,9% от ВВП, расходы на ОМС, выраженные в доле ВВП, повысились гораздо меньше. Этого удалось достичь благодаря целому ряду противозатратных мер, включая отраслевые бюджеты, рациональное назначение лекарств, снижение цен и миниатюризацию.

СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Государственное здравоохранение

Государственное здравоохранение в основном находится в ведении земель. При этом, однако, 14 из 16 земель передали свои функции муниципалитетам. В 2002 г. 274 из 350 государственных медицинских учреждений подчинялись органам местного управления. Государственные медицинские учреждения наблюдают за состоянием здоровья населения и отчитываются о нем, контролируют состояние окружающей среды и санитарное состояние персонала и учреждений, оказывающих стационарную и амбулаторную медицинскую помощь. Круг осуществляемых ими профилактических мер ограничен, поскольку по большей части профилактику, например иммунизацию, проводят амбулаторные врачи. За период 1992 – 2002 гг. расходы на государственные медицинские службы снизились от 0,12% до 0,09% от ВВП.

Первичная и вторичная амбулаторная медицинская помощь

Амбулаторную медицинскую помощь оказывают главным образом частнопрактикующие коммерческие учреждения. Пациенты свободны в выборе врача, психотерапевта (с 1998 г.), дантиста, фармацевта и учреждения неотложной помощи. Держатели ОМС в основном имеют свободный доступ к 96% всех амбулаторных врачей, хотя 4% из них не принимают пациентов

с ОМС и лечат только тех, кто застрахован частным образом или непосредственно платит за визит.

Врачи, амбулаторно принимающие пациентов с ОМС, представляют практически все медицинские специальности. Семейные врачи (общего профиля, терапевты, педиатры, т.е. почти половина амбулаторных врачей, принимающих пациентов с ОМС), как правило, не осуществляют постоянного курирования. Однако в последние годы их общая компетенция значительно увеличилась. Начиная с 2004 г. фонды соцобеспечения по болезни обязаны предлагать страхователям модели курирования. Была также введена плата 10 евро за первое обращение к врачу в течение 3 месяцев и любой другой не относящийся к делу визит с целью увеличить финансирование и свести к минимуму необязательные визиты или визиты без направления.

Все врачи и (с 1998 г.) психотерапевты, ведущие прием по ОМС, обязательно входят в региональные врачебные ассоциации. Они обязаны оказывать амбулаторную медицинскую помощь в часы работы, а в своем районе – и в нерабочие часы. С другой стороны, они по традиции имеют монопольное право на оказание первичной и вторичной амбулаторной медицинской помощи и заключение коллективных контрактов с различными фондами соцобеспечения по болезни.

Хотя фонды могут по своему выбору подрывать сети предоставления медицинских услуг для участия в программах борьбы с теми или иными заболеваниями, до сих пор большинство принятых программ были предметом коллективных переговоров с региональными врачебными ассоциациями. В последние годы их монополия на предоставление амбулаторных медицинских услуг сократилась, например, когда речь идет об амбулаторной хирургии и некоторых заболеваниях, требующих специализированной помощи.

Вторичная и третичная госпитальная помощь

Неотложную медицинскую помощь в стационаре оказывают государственные, частные некоммерческие и коммерческие медицинские учреждения (в 2002 г. на них приходилось соответственно 54%, 38% и 8% больничных коек). Хотя число коек и средняя продолжительность пребывания в больнице значительно сократились (до 627 коек на 100 000 чел. и 9,3 дня в 2001 г.), существующий потенциал весьма высок в сравнении с другими странами ЕС (см. рис. 2, табл. 1).

В последние годы традиционно строгое разделение между амбулаторным и госпитальным лечением несколько сгладилось благодаря развитию амбулаторной хирургии, открытию амбулаторных отделений в больницах, а также межотраслевым программам по борьбе с различными заболеваниями и межотраслевым интегрированным сетям оказания

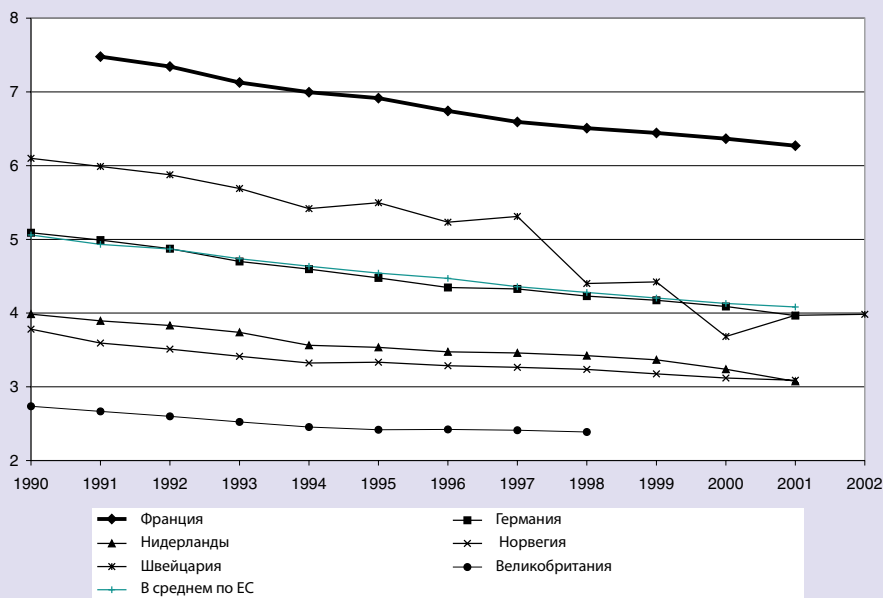
медицинских услуг. Тем не менее в 2002 г. только 5% больничных врачей амбулаторно принимали пациентов с ОМС.

Социальное обеспечение

Начиная с 1995 г. долгосрочное страхование по медицинскому уходу обязательно почти для всего населения и осуществляется специальными фондами обеспечения по долгосрочному медицинскому уходу или частными медицинскими страховыми компаниями. Оно обеспечивает не столько всестороннюю, сколько интенсивную поддержку больным и тем, кто за ними неофициально ухаживает.

Взнос по обязательному долгосрочному страхованию по медицинскому уходу сохраняется на уровне 1,7% от общего объема заработной платы и выплачивается поровну работодателями и работниками. Работники, ушедшие на пенсию, выплачивают полностью 1,7%. Страховые суммы по медицинскому

Рис. 2. Число коек в клиниках неотложной помощи на 1000 чел. в Германии, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990 – 2002 гг.



Источник: WHO Regional Office for Europe health for all database. June 2004.

Таблица 1. Показатели функционирования больниц-стационаров в Европейском регионе ВОЗ на 2002 г. или последний год, о котором имеются сведения

	Кол-во больничных коек на 1000 чел. населения	Кол-во поступивших пациентов на 100 чел. населения	Средняя продолжительность пребывания, дн.	Уровень заполнения, %
Франция	4,0	20,4 ^с	5,5 ^с	77,4 ^с
Германия	6,3 ^а	20,5 ^а	9,3 ^а	80,1 ^а
Нидерланды	3,1 ^а	8,8 ^а	7,4 ^а	58,4 ^а
Норвегия	3,1 ^а	16,0 ^а	5,8 ^а	87,2 ^а
Швейцария	4,0	16,3 ^д	9,2	84,6
Великобритания	2,4	21,4 ^е	5,0 ^е	80,8 ^д
В среднем по ЕС	4,2	18,1 ^а	7,0 ^а	77,1 ^а

Источник: WHO Regional Office for Europe health for all database. June 2004.

Примечания: ^а2001, ^б2000, ^с1999, ^д1998, ^е1997, ^г1996.

уходу выплачиваются в тех случаях, когда есть основания ожидать, что больной будет нуждаться в уходе как минимум 6 месяцев, и исчисляются в соответствии с тремя степенями необходимости.

В 2002 г. этим видом страховки воспользовалось около 2,3% населения; четверть из них получали медицинский уход в специальных учреждениях, три четверти – дома.

Профессиональный медицинский уход на дому оплачивается в форме гонорара за каждую услугу, в специальном учреждении – финансируется из расчета поденной оплаты. О ценах договариваются фонды обеспечения по долгосрочному медицинскому уходу и ассоциации медицинских работников на уровне земельных органов управления.

Человеческие ресурсы и обучение

4,2 млн. работающих в секторе здравоохранения составляли в конце 2002 г. 10,6% всех занятых работников в стране. Около половины из них работали на окладе в стационарных медучреждениях.

С 1990 по 2002 г. число врачей, работающих в медицинских учреждениях, выросло на 20% – до 275 167 чел. (3,4 на 1000 чел. населения) – так же как в соседних странах и ЕС в целом (см. рис. 3).

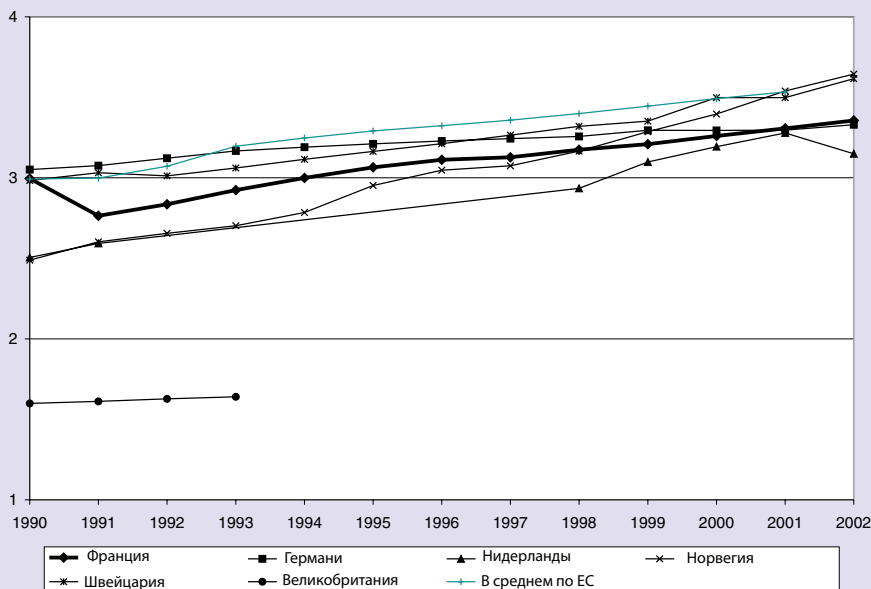
За период 1997–2002 гг. общее число медсестер и акушерок выросло с 689 до 705 тыс. чел., т.е. составило 8,5 чел. (или 7,8 полных рабочих

дня) на 1000 чел. населения. По данным ВОЗ, число медсестер (9,7 на 1000 чел. населения) значительно превышает соответствующие показатели в среднем по странам ЕС (7,7 на 1000 чел.) и по странам, входившим в ЕС до 1 мая 2004 г. (6,8 на 1000 чел. в 2001 г.). Начиная с 2004 г. для всех медицинских работников введено постоянное обязательное повышение квалификации с аттестацией каждые пять лет.

Фармацевтика

До 2003 г. приобретение лицензированных лекарственных средств покрывалось ОМС, если только они не были внесены Федеральным министерством здравоохранения в список “неэффективных” или “используемых при незначительных заболеваниях”. Начиная с 2004 г. на биодобавки и патентованные медикаменты страховка не распространяется, если последние не поименованы в специальном списке исключений, составленном Федеральным объединенным комитетом. Фармацевтика стала наиболее затратным сектором, особенно с тех пор как в 2001 г. были отменены региональные “пороги” расходов на лекарства по ОМС. Последующие меры по снижению цен несколько ослабили эту тенденцию в рамках ОМС. В 1990-е гг. совершенствовалась система назначения лекарств, но сейчас это дело идет медленнее, несмотря на то что для врачей была введена практика выписывания рецептов с обратной

Рис. 3. Количество врачей на 1000 чел. населения в Германии, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990 – 2002 гг



Источник: WHO Regional Office for Europe Health for all database. June 2004.

связью.

В 2004 г. фармацевтический рынок подвергся значительной реорганизации. Фармацевты могут теперь иметь до трех аптек, разрешена торговля по почте. Ценообразование на патентованные медикаменты либерализовано. Для лекарств, отпускаемых только по рецептам, установлена ставка прибыли фармацевта – 8,10 евро плюс фиксированный потолок в 3%. Специально для ОМС увеличены (временно) скидки и вновь введены рекомендованные цены на патентованные средства.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ

Формирование специальных бюджетов и распределение ресурсов

Центральным элементом политики минимизации затрат являются отраслевые

бюджеты обязательного медицинского страхования. Введение конкуренции между многими фондами сопровождалось развитием механизмов компенсации структуры риска, требующих постоянной модификации с целью избежать неблагоприятного отбора риска.

Оплата больниц

Больницы финансируются двояко: капиталовложения в стационарные медицинские учреждения, внесенные в больничные планы, планируются 16 земельными правительствами и финансируются той или иной землей совместно с федеральным правительством; фонды обеспечения по болезни оплачивают текущие расходы и ремонт. Немецкий вариант австралийской системы диагностических групп (ДГ) стал единственной системой оплаты текущих расходов больниц (кроме, как правило, психиатрических),

придя на смену смешанной системе оплаты, действовавшей прежде. С января 2004 г. больницы должны документировать свою деятельность по схеме ДГ. Начиная с 2005 г. оплата постепенно, до 2009 г., будет переводиться от отдельных больничных бюджетов, значительно различающихся между собой, на систему единых базовых ставок. Система ДГ внедрялась поэтапно и будет постоянно адаптироваться к немецкой действительности посредниками, действующими при технической поддержке Института разработки системы оплаты больниц. Начиная с 2003 г. правила установления минимальных размеров оплаты применяются в большой хирургии.

Оплата врачей

Региональные врачебные ассоциации ежегодно коллективно заключают контракты на амбулаторные услуги от имени всех врачей, принимающих пациентов с ОМС. Фонды обеспечения по болезни переводят ассоциациям фиксированную сумму, отпускаемую на человека, помноженную на число держателей ОМС, живущих в регионе; таким образом фактически формируются бюджеты амбулаторных медицинских услуг. Региональные врачебные ассоциации делят эти средства на отдельные фонды для семейных врачей и специалистов и распределяют среди своих членов в соответствии с единой общегосударственной шкалой расценок и адаптированными к особенностям региона правилами.

Врачи, принимающие пациентов с ОМС, получают свою плату от региональных врачебных ассоциаций (за держателей ОМС), частных медицинских страховых компаний и из других источников, главным образом по принципу гонорара за услугу, хотя в последнее время участились случаи оплаты с человека и гонорара за лечение определенного заболевания. Пределы оказания услуг (и назначения лекарств) устанавливаются в зависимости от характера заболевания и возраста больного. Они контролируются и санкционируются

региональными врачебными ассоциациями или объединенными комитетами их представителей и представителей фондов обеспечения по болезни. Допускаются исключения, необходимость которых для пациента документально подтверждена. При расчете компенсации учитывается амортизация капиталовложений. Начиная с 2005 г. вводится значительно пересмотренная схема оплаты с целью добиться большей прозрачности и подотчетности.

РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Главная цель, которой руководствовались реформы здравоохранения, – сокращение расходов. Однако постепенно на первый план стали выходить и другие задачи – эффективность, целесообразность, качество, рентабельность, сотрудничество пациента, – определяя поведение тех, кто предоставляет и оплачивает медицинские услуги. Кроме того, объединение Германии, директивы и новые полномочия ЕС, а также реформы, направленные на достижение благосостояния, поначалу не затрагивавшие сектор здравоохранения, поставили серьезные проблемы перед немецкой системой финансирования и оказания медицинской помощи.

Для реформ здравоохранения 1989 – 1995 гг. был характерен жесткий контроль над расходами во всех отраслях. С другой стороны, вводились правила, поощряющие конкуренцию среди плательщиков и в больничном секторе, смягчаемые, однако, мерами, направленными на то, чтобы не пострадали справедливость и качество. К тому же устанавливались новые льготы, лучше соответствующие нуждам населения и более целесообразные. В частности, доступ к льготам по длительному медицинскому уходу был значительно расширен благодаря обязательному долгосрочному страхованию по медицинскому уходу, ставшему новым, пятым устоем, но котором покоится система социального страхования. Акты о реформах 1996 и 1997 гг. были

призваны уменьшить бюджеты на оказание медицинских услуг и увеличить платежи наличными, повышая размеры доплат и сокращая определенные льготы в области профилактики, реабилитации и зубного протезирования.

Правительство социал-демократов и “зеленых” (с 1998 г.) быстро свернуло большинство нововведений 1996/1997 гг. и вновь обратилось к строгим противозатратным мерам во всех секторах сферы социального обеспечения. Дополнительные шаги включали решение о поэтапном внедрении системы оплаты по ДГ в больницах, смягчение жесткого разграничения амбулаторного и стационарного лечения благодаря контрактам на “интегрированное лечение”, а также различным инструкциям, имеющим целью повышение качества услуг.

В 2000 – 2003 гг. был принят ряд менее масштабных решений: потолок расходов на лекарства отменен и заменен контролем над ценами, скидками по ОМС, переговорными полномочиями для деятелей самоуправления ОМС и, наконец, обратной связью с врачами, выписывающими рецепты. Кроме того, рядом актов, постановлений и новых учреждений было подготовлено введение ДГ. Была реформирована и схема компенсации структуры риска, в частности с помощью программ по борьбе с различными заболеваниями.

Акт о модернизации обязательного медицинского страхования продвинул дальше многие из этих реформ или сделал их обязательными с 2004 г. Новаторские модели оказания медицинских услуг получили прочный фундамент, внеся разнообразие в общую картину здравоохранения и медицинской помощи. По закону, например, все фонды обеспечения по болезни должны теперь предлагать модели первичной помощи с курированием со стороны семейного врача. Координация действий руководящих органов ОМС усилилась благодаря объединению различных отраслевых комитетов в новый Федеральный объединенный комитет. Далее, акт узаконил многие противозатратные меры и структурные изменения в фармацевтическом секторе. Наиболее заметным для общественности стал поворот

к частному финансированию медицинских услуг через доплаты (напр., при визите к врачу) и исключение некоторых услуг из числа льготных; таким образом, отчасти произошел возврат к реформам 1996 – 1997 гг.

Начиная с января 2004 г. фонды обеспечения по болезни сделали значительные накопления благодаря росту доплат, сокращению льгот и скидкам на лекарства, однако ставки страховых взносов не были снижены настолько, насколько ожидало федеральное правительство.

Реформы будущего уже разворачиваются. Сюда относится утверждение законопроекта об усилении профилактики и помощи в координации деятельности тех, кто ее проводит. Правда публичные дебаты сосредоточены в основном на доходной стороне ОМС и схемах долгосрочного страхования по уходу. Крупнейшие политические партии спорят друг с другом (спорят и члены одной партии между собой) о будущем финансировании системы здравоохранения. Предлагаются в основном две альтернативные концепции: 1) установление фиксированной медицинской страховой премии для тех, кто в настоящее время имеет ОМС, помощь бедным за счет налогов; 2) распространение страхования за счет взносов на все население, начисление взносов и с других типов дохода помимо заработной платы. Первая преследует цель отделить взносы по страхованию от стоимости труда, вторая – расширить базу для взносов в условиях сокращения доли заработной платы и социальной помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В плюралистичной системе здравоохранения Германии делается сильный акцент на свободу выбора учреждений, предоставляющих медицинские услуги, и страховых компаний. К тому же высокий (в сравнении с другими странами) уровень финансовых, материальных и человеческих ресурсов облегчает доступность как амбулаторного, так и стационарного лечения. Несоответствия в здравоохранении и медицинских услугах между восточной и западной частями страны значительно сгладились за время, прошедшее

после объединения. Сверх того, за последние 15 лет увеличилась продолжительность жизни и намного улучшились большинство других показателей здоровья населения.

Различные посредники в системе ОМС сумели сохранить комплексность покрываемых страховкой медицинских услуг, несмотря на экономические проблемы, порожденные объединением, снижение доходов от ОМС и продолжающуюся противозатратную политику. Местным жителям не приходится слишком долго ждать, и у них равный доступ к всесторонним медицинским услугам – может быть, в сельских районах в несколько меньшей степени.

Различные противозатратные меры – включая отраслевые бюджеты, рекомендованные цены, рациональное назначение лекарств, взимание доплаты с пациентов – удерживают обязательные расходы на здравоохранение близко к уровню роста ВВП. Но одни только противозатратные меры не способны помешать фондам обеспечения по болезни взвинчивать ставки взносов или даже приходиться к дефициту. Сейчас общепризнано – хотя политика минимизации затрат продолжается, – что кризис доходов может затмить собой кризис расходов.

Несколько последних реформ, напр., создание интегрированных сетей оказания медицинской помощи, направлены на преодоление одного из слабых мест немецкой системы здравоохранения – раздробленности на сектора. Это откроет новые возможности перед больницами, но может усугубить проблему крупных, зачастую дублирующих их учреждений специализированного амбулаторного лечения. К тому же следует ожидать, что прежние увольнения из сектора неотложной помощи поставят значительные проблемы перед амбулаторным сектором, например реабилитационными учреждениями.

Целью будущей реформы является также создание подходящих и умеренно затратных механизмов оплаты труда амбулаторных врачей, прогрессивной системы, зависящей от уровня оказываемых услуг и того, насколько избирательно фонды обеспечения по болезни заключают контракты с медицинскими

учреждениями.

Технологическая оценка и гарантия качества в здравоохранении получили твердую почву под собой, но пока еще служат предметом споров. Остается посмотреть, как повлияют Федеральный объединенный комитет и новый Институт качества и эффективности на эффективность, целесообразность, качество и рентабельность медицинской помощи.



Обзор “Системы здравоохранения: время перемен” по Германии в 2004 г. написан Райнхардом Буссе и Аннеттой Ризберг (Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Берлинский технический университет). В основу его положен Обзор по Системам здравоохранения на 2000 г., написанный Райнхардом Буссе (в то время – Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Мадрид) в соавторстве с Аннеттой Ризберг (Федеральное министерство здравоохранения), под редакцией Анны Диксон (Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Лондонская школа экономических и политических наук).

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения благодарит Мартина Шёлькопфа (Федеральное министерство здравоохранения и социального обеспечения) и Маркуса Вёрца (Берлинский технический университет) за редактирование текста обзора. Он также выражает благодарность Хельмуту Бранду (Земельное управление здравоохранения, Северный Рейн – Вестфалия), Доротее Броннер (офис Федерального объединенного комитета), Еве Сусанне Дитрих (Федеральная ассоциация врачей системы обязательного медицинского страхования), Христиану Гавлику (Федеральное управление страхования), Пекке Хельстелэ (Федеральная ассоциация региональных фондов социального обеспечения по болезни), Регине Кунц (офис Федерального объединенного комитета) и Маттиасу Перлету (Федеральная ассоциация фондов социального обеспечения по болезни), редактировавшим текст обзора с точки зрения некоторых специфических аспектов и предоставившим ценную информацию.

Обзоры по “Системам здравоохранения: время перемен” представляют собой краткие отчеты по отдельным странам, дающие аналитическую картину системы здравоохранения той или иной страны и освещающие направления разрабатываемых или уже запущенных реформ. Обзоры – ключевой элемент работы Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Обсерватория – уникальное предприятие, объединяющее Европейское региональное Бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, Европейский инвестиционный банк, Институт “Открытое общество”, Всемирный банк, Лондонскую школу экономических и политических наук, Лондонскую школу гигиены и тропической медицины. Это партнерство поддерживает и пропагандирует выработку политики здравоохранения на основе реальных фактов, давая всесторонний и сбалансированный анализ систем здравоохранения в Европе.