

# Системы здравоохранения: время перемен

Авторы:  
**Райнхард Буссе**  
**Аннетт Райзберг**

Германия

2004



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения сотрудничает с Европейским региональным бюро ВОЗ, Правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

**Ключевые слова:**

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ  
ИССЛЕДОВАНИЯ  
ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ —  
структура и управление  
ГЕРМАНИЯ

© Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2004.

Все права защищены.

Полная или частичная перепечатка и перевод без разрешения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения запрещены.

По всем вопросам, связанным с публикациями, правами на воспроизведение и перевод, просьба обращаться по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe,  
Scherfigsvej 8,  
DK 2100 Copenhagen Ø, Denmark

или по электронной почте:

publicationrequests@euro.who.int (запросы на экземпляры публикаций)

permissions@euro.who.int (разрешения на воспроизведение)

pubrights@euro.who.int (разрешения на перевод)

Обзор содержит точки зрения только его авторов, не всегда совпадающие с решениями и официальной политикой Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и ее членов.

Определения и подача материала данного обзора не отражают взгляды какого бы то ни было отделения или члена Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения на правовой статус страны, района, области, города и их властей, равно как и на определение их границ. Под термином «страна» или «территория» в заголовках и таблицах понимаются страны, территории, города или области. Пунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, окончательное согласие по поводу которых еще не достигнуто. Упоминание компаний и продуктов тех или иных производителей не означает, что Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает эти компании и рекомендует эти продукты и отдает им преимущество перед сходными продуктами, которые не упоминаются в тексте. Торговые названия продуктов пишутся с прописной буквы. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения не гарантирует точность и полноту приводимых данных и не несет ответственности за последствия их применения.

**Исходный документ:**

Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>Предисловие</b> .....	v
<b>Благодарности</b> .....	vii
<b>Введение и историческая справка</b> .....	1
Общие сведения .....	1
Демографические показатели и здоровье населения .....	6
Историческая справка .....	13
<b>Структура и управление</b> .....	29
Структура здравоохранения .....	29
Планирование, регулирование и управление .....	39
Децентрализация системы здравоохранения .....	53
<b>Финансирование и затраты</b> .....	57
Основные источники финансирования .....	58
Набор медицинских услуг .....	67
Дополнительные источники финансирования .....	72
Частное медицинское страхование .....	77
Затраты на здравоохранение .....	81
<b>Медицинское обслуживание</b> .....	91
Общественное здравоохранение .....	91
Первичная и специальная амбулаторная помощь .....	96
Специализированная и высокоспециализированная стационарная помощь .....	104
Медико-социальная помощь .....	116
Медицинские кадры и обучение .....	125
Лекарственные средства .....	136
Медицинские технологии .....	155
<b>Распределение средств</b> .....	163
Бюджет здравоохранения и распределение средств .....	163
Финансирование больниц .....	166
Заработная плата врачей .....	178
<b>Реформы здравоохранения</b> .....	187
Цели реформ здравоохранения .....	188
Содержание реформ и реформенное законодательство .....	191
<b>Заключение</b> .....	209
<b>Литература</b> .....	215
<b>Список таблиц</b> .....	221
<b>Список рисунков</b> .....	223
<b>Ссылки на источники в интернете</b> .....	225
<b>Словарь терминов</b> .....	227





## Предисловие

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения отдельной страны, а также реформ здравоохранения, проводимых или разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Обзоры здравоохранения стран переходного периода призваны предоставить информацию для сравнения и помочь руководителям и исследователям совершенствовать и преобразовывать здравоохранение в странах Европы и за ее пределами. Обзоры представляют собой части единой серии, которая позволяет:

- подробно узнать о различных методах финансирования, организации и предоставления медицинских услуг;
- точно описать развитие, содержание и проведение реформ здравоохранения;
- обозначить характерные трудности, а также области, которые требуют более глубокого исследования;
- предоставить руководителям и исследователям европейских стран возможность делиться сведениями о здравоохранении и обмениваться опытом его реформ.

В каждой стране над созданием обзора работают местные специалисты вместе с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработаны и регулярно обновляются стандартные правила и план составления обзора — подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Это руководство не является жестким и позволяет авторам учитывать особенности своей страны.

Составление обзоров сопряжено с рядом методических сложностей. Во многих странах относительно немного данных о здравоохранении и результатах реформ. Из-за отсутствия единой базы данных количественные показатели получают из разных источников: в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, медицинская база данных Организации экономического сотрудничества и развития, Всемирный банк. Иногда составители обзоров используют раз-

ные методы сбора данных и определения, но в каждой серии обзоров они обычно одинаковы.

Обзоры служат источником описательных данных о системах здравоохранения и дают руководителям возможность извлекать уроки из международного опыта. В обзорах также содержатся все данные для глубокого сравнительного анализа разных систем здравоохранения. Выпуск обзоров продолжается, и все сведения будут регулярно обновляться. Мы будем благодарны за замечания и предложения по совершенствованию работы над обзорами; направить их можно по адресу: [info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int). Обзоры, краткие обзоры и словарь терминов, используемых в обзорах, можно найти на сайте Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения: [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk).

## Благодарности

Обзор системы здравоохранения Германии за 2004 г. подготовили Рейнхард Буссе и Аннетт Райзберг (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Берлинский технический университет). Это обновленная версия аналогичного обзора, составленного в 2000 г. Рейнхардом Буссе (Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Мадрид) и Аннетт Райзберг (Федеральное Министерство здравоохранения) и отредактированного Анной Диксон (Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Лондонская школа экономики) [1].

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения выражает благодарность рецензентам обзора — Мартину Шулькопфу (Федеральное Министерство здравоохранения и социального обеспечения) и Маркусу Вюрцу (Берлинский технический университет). Мы также благодарны Хельмуту Бранду (Государственное управление здравоохранения земли Северный Рейн-Вестфалия), Доротее Броннер и Регине Кунц (штаб-квартира Общей федеральной комиссии), Еве Сюзанне Дитрих (Федеральная ассоциация врачей системы государственного медицинского страхования)<sup>1</sup>, Христиану Гавлику (Федеральное управление страхования), Пекке Хельштельду и Матиасу Перлету (Федеральная ассоциация региональных больничных касс) за предоставление ценной информации и рецензирование отдельных разделов текста.

Данная серия обзоров подготовлена научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Обсерватория сотрудничает с Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономической и политических наук, Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

В Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения группа создателей обзоров работает под руководством генерального секре-

---

<sup>1</sup> В целях согласия с международной терминологией и предыдущим обзором [1] названия организаций в данном тексте не обязательно соответствуют английским названиям, которыми пользуются сами организации (см. «Словарь терминов»).

таря Джозепа Фигераса; научные руководители — Мартин Мак-Ки, Элиас Моссиалос и Ричард Солтман.

Координатор проекта — Сюзанн Гросс-Тebb, руководившая изданием и тиражированием обзора. Ей помогли Ширли и Йоганнес Фредериксены (верстка) и Томас Петрузо (редактирование). Административную поддержку при подготовке обзора здравоохранения Германии оказывал Питер Херрулен.

Отдельную благодарность авторы выражают Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений по медицинскому обслуживанию из базы данных «Здоровье для всех», Организации экономического сотрудничества и развития за предоставление данных о здравоохранении в странах Западной Европы, а также Всемирному банку за предоставление данных о затратах на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят государственные статистические службы за предоставление официальных данных.

Данный обзор и приведенные в нем сведения отражают положение в ноябре 2004 г.

# Введение и историческая справка

## Общие сведения

**Ф**едеративная Республика Германия расположена в Центральной Европе и занимает площадь 357 тыс. км<sup>2</sup>. Наибольшая протяженность с севера на юг — 876 км, с запада на восток — 640 км. Германия граничит с Данией, Польшей, Чешской Республикой, Австрией, со Швейцарией, с Францией, Люксембургом, Бельгией и Нидерландами (рис. 1). Население Германии — 82,5 млн. человек, из них 42,2 млн. женщин и 40,3 млн. мужчин.

Площадь территории бывшей Германской Демократической Республики (ГДР) — восточной части Германии — составляет 108 тыс. км<sup>2</sup>, или 30% площади страны. Здесь проживает 13,5 млн. человек, т. е. 16% всего населения (данные 2003 г., без учета миллионного населения восточной части Берлина). Плотность населения колеблется от 75 человек на квадратный километр в земле Мекленбург-Восточная Померания до 3804 человека на квадратный километр в Берлине. Из 19 городов с населением более 300 тыс. только три (включая Берлин) расположены в восточной части Германии. Самый крупный город — столица Берлин с населением 3,4 млн. человек. Густонаселенными районами также являются область Рейн-Рур (11 млн. человек) и область Рейн-Майн вокруг Франкфурта.

## Государственное устройство и экономика

Германия — федеративная республика, в состав которой входят 16 субъектов (федеральных земель)<sup>2</sup> (рис. 2); каждый из них имеет свою конституцию, отвечающую принципам республиканского, демократического и социального устройства, заложенным в федеральной конституции (основном законе, или *Grundgesetz*). Высшие законодательные органы — Федеральное собрание (Бундестаг) и Федеральный совет (Бундесрат).

---

<sup>2</sup> Новые федеральные земли на территории бывшей Германской Демократической Республики (ГДР), которые в 1990 г. присоединились к Федеративной Республике Германия, далее по тексту будут называться «восточной частью» в соответствии с их географическим расположением внутри Германии. Старые федеральные земли на территории бывшей Федеративной Республики Германия (ФРГ) будут называться «западной частью».

Рисунок 1. Карта Германии



Источник: «Мировая книга фактов» за 2004 г.

В Бундестаге 603 места. Выборы проходят каждые 4 года. С 1998 г. большинство мест в парламенте принадлежит коалиции социал-демократов и «зеленых». Эта коалиция сформировала нынешнее правительство. Бундестаг принимает законы, избирает канцлера и контролирует работу правительства. Бундесрат представляет интересы 16 федеральных земель. Члены Бундесрата не избираются непосредственно населением, а являются членами земельных правительств. В зависимости от численности населения каж-

Рисунок 2. Карта федеральных земель Германии



дой из 16 земель предоставляется от трех до шести мест. Главной функцией Бундесрата является утверждение законов, принятых Бундестагом. Примерно половина всех законопроектов подлежит обязательному одобрению Бундесратом; в остальных случаях Бундестаг может принять закон, невзирая на отрицательное мнение Бундесрата. Одобрение Бундесрата необходимо при принятии законов, затрагивающих жизненно важные интересы федеральных земель, в частности законов, регулирующих финансирование или распределение административных полномочий. Принятие законов, требующих одобрения обеих палат, зачастую идет с трудом и требует взаимных уступок, поскольку расстановка политических сил на уровне федерации и на уровне земель различна. Взаимоприемлемые решения помогает

найти посреднический комитет, состоящий из 32 членов (16 депутатов Бундестага и по 1 представителю от каждой земли), после чего закон принимается обеими палатами.

Президент (сейчас это Хорст Келер) избирается сроком на 5 лет собранием, состоящим из членов Бундестага и такого же числа делегатов от земель, причем число делегатов от каждой земли зависит от численности ее населения. Президент подписывает новые законы, официально назначает канцлера и федеральных министров и выполняет представительские функции главы государства.

Законодательная власть в основном принадлежит 16 субъектам (федеральным землям), за исключением тех правовых областей, в которых она явным образом передана на федеральный уровень. Федеральные законодательные полномочия распространяются на три области законодательства:

- 1) регулирование международных отношений, кредитно-денежной политики, воздушного транспорта и, частично, налогообложения;
- 2) установление единого правового пространства для страны в целом;
- 3) основополагающие законы, хотя у земель остается значительная законодательная свобода в таких областях, как образование, охрана природы, использование земельных и водных ресурсов, региональное планирование.

Земли могут восполнять любые пробелы в федеральном законодательстве и принимать законы в тех областях, которые не отнесены конституцией в ведение федерации. Так, «культурный суверенитет» земель проявляется в том, что на них возложена практически вся ответственность за культуру и образование (см. раздел «Медицинские кадры и обучение»). Кроме того, земли отвечают за законодательство, определяющее полномочия полиции и местных органов власти. Через Бундесрат земли активно участвуют в законодательном процессе на уровне федерации. Землям переданы все административные функции, например сбор налогов; местные чиновники обеспечивают выполнение большинства федеральных законов. Порой возникают трудности, поскольку в Бундесрате нередко преобладают представители тех земель, где у власти стоят партии, находящиеся в Бундестаге в меньшинстве и не вошедшие в федеральное правительство.

Высший орган федеральной исполнительной власти — кабинет министров во главе с канцлером. Канцлер предлагает на утверждение президенту кандидатуры тех, кого следует включить в состав кабинета, а кого отправить в отставку. Канцлер определяет, сколько должно быть министров и чем они должны заниматься. Канцлер — сильная фигура прежде всего потому, что он устанавливает главные принципы политики правительства. Федеральные министры управляют своими министерствами самостоятельно, но обязаны руководствоваться этими принципами. Третья ветвь государственной власти — сильная судебная власть — представлена разнообразными самостоятельными системами судопроизводства (административный, конституционный и гражданский суды).

Германия — член «большой восьмерки», куда входят наиболее экономически развитые страны. В 2003 г. объем валового внутреннего продукта (ВВП) составил 2130 млрд. евро, 25 662 евро на человека (табл. 1). После вос-



Таблица 1. Макроэкономические показатели, 1992—2002 гг.

	1992	1994	1996	1998	1999	2000	2001	2002
ВВП в текущих ценах, млрд. евро	1613	1736	1834	1929	1979	2030	2074	2110
ВВП на душу населения в реальных ценах 1995 г., тыс. евро	21,7	21,7	22,2	22,9	23,3	24	24,1	24,1
Государственные доходы на душу населения в реальных ценах 1995 г., тыс. евро	9,9	10,2	10,3	10,7	11	11,3	11	10,9
Государственные расходы на душу населения в реальных ценах 1995 г., тыс. евро	10,4	10,7	11,1	11,2	11,4	11	11,6	11,7
Среднегодовой доход производственных рабочих, тыс. евро	20	21	23	23,6	24,7	25,6	26,3	27
Общая занятость, % населения	45,7	44,4	44	44,4	44,2	44,4	44,4	43,9
Безработица, % рабочей силы	6,2	8,7	8,7	9,6	8,9	7,9	7,8	8,5
Частичная занятость, % рабочей силы	11,3	12,3	13,4	14,7	15,6	16,2	16,8	17,2
Общие расходы на образование, % ВВП		5,8		5,6	5,6	5,3		

Источник: данные по здравоохранению ОЭСР 2004 [2].

соединения Германии максимальный прирост реального ВВП составил 7,4% в 1992 г., но с тех пор этот показатель всегда был значительно ниже, упав в 2003 г. до отрицательной величины  $-0,1\%$ . За этот период реальный объем ВВП вырос меньше, чем в среднем по странам Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) [2].

Уровень безработицы выше, чем средний по странам ОЭСР. На пороге нового тысячелетия уровень безработицы снизился, но в последнее время снова возрос (табл. 1). По официальным данным, в 2003 г. работы не имели 3,7 млн. человек, или 10,5% трудоспособного населения. В восточных землях уровень безработицы колеблется от 16,7% в Тюрингии до 20,7% в Саксонии-Анхальт. В западных землях этот показатель значительно ниже: от 6,1% в Баден-Вюрттемберге до 13,2% в Бремене. Уровень безработицы в Берлине — 18,1% [3].

С 1992 г. доля трудоспособного населения в стране, а также число работающих, подлежащих обязательному социальному страхованию, немного увеличились. Доля полностью занятого населения уменьшилась, а доля частных предпринимателей и частично занятых работников увеличилась. В 1990-х гг. общие и государственные расходы на образование сократились, и сейчас они ниже, чем в странах ОЭСР в среднем (табл. 1).

## Демографические показатели и здоровье населения

В декабре 2003 г. в Германии проживало 82,5 млн. человек: 66,6 млн. в западной части, 13,5 млн. в восточной и 3,4 млн. в Берлине. После воссоединения Германии население восточных земель уменьшилось с 15,9 млн. человек в 1991 г. до 13,5 млн. человек в 2003 г. Причины — отток населения на запад и крайне низкая рождаемость в восточных землях.

Из 7,4 млн. жителей, не имеющих германского гражданства, 2 млн. — граждане Турции, 2 млн. — выходцы из Центральной и Восточной Европы и Российской Федерации, 1,8 млн. — из стран Евросоюза и 1,4 млн. — из других стран. Из этих иностранных граждан 3,3 млн. имеют бессрочный вид на жительство, 2,3 млн. находятся в стране не менее 10 лет, 1,6 млн. родились в Германии. В 2002 г. в Германии проживало 26,5 млн. католиков, 26,2 млн. протестантов, 98 тыс. иудеев; в 1998 г. в стране было около 3 млн. мусульман [3].

Доля населения моложе 15 лет в Германии снизилась с 25% в 1970 г. до 15% в 2003 г., в то время как доля людей старше 64 лет до 1993 г. держалась на уровне 15%, но с тех пор увеличилась до 18%. Доля населения старшей возрастной группы (старше 80 лет) в последние 10 лет составляла 3,8%, однако в будущем ожидается ее рост [3].

Получить точные данные о заболеваемости населения в Германии довольно сложно, хотя в последние годы ситуация несколько улучшилась. Важный источник данных о здоровье населения — Основной отчет здравоохранения, выпущенный в 1998 г., впоследствии обновляющийся и дополняющийся. Отчет бесплатно доступен в интернете [4]. Полезную информацию по отдельным странам, а также сравнительные данные можно найти на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ [5] и в сводках ОЭСР [2]. Данные о заболеваемости в Германии можно почерпнуть из статистики больничных диагнозов, публикуемой Федеральным статистическим управлением с 1993 г. [6]. В 1995 г. вступил в силу закон о создании онкологических реестров, согласно которому к 1999 г. в каждой федеральной земле должен быть создан реестр онкологических больных, однако выполнение закона идет медленно. До настоящего времени точные данные по заболеваемости онкологическими заболеваниями и структуре этой заболеваемости для каждой земли в отдельности отсутствуют (за исключением данных о заболеваемости детей), поэтому сложно понять ситуацию с онкологическими заболеваниями в стране в целом. В качестве источников информации можно также использовать специальные репрезентативные опросы населения и систему регистрации больших инфекционными заболеваниями. О состоянии здоровья части населения, охваченной социальным медицинским страхованием (88%), можно судить, например, по данным о расходах больничных касс, востребованности страховых выплат, об интенсивности использования больничных коек и других услуг, требующих предварительного согласова-

ния с больничными кассами, а также по данным о врачебных назначениях (см. раздел «Лекарственные средства»).

Регулярно в масштабе страны проводятся репрезентативные опросы, позволяющие выяснить, что люди сами думают о своем здоровье [7]. Согласно результатам такого опроса, в 2003 г. здоровыми считали себя 89% опрошенных, больными — 10%, травмированными в результате несчастного случая — 1%. Среди детей младше 5 лет 93% считались здоровыми. Доля людей, считавших себя здоровыми, наиболее высокой (96%) была в возрастной группе от 10 до 20 лет, далее она постепенно снижалась и в возрастной группе 60—65 лет составляла 85%. Среди людей старше 75 лет здоровыми себя считали 72%, больными — 27% (самый высокий показатель), а травмированными в результате несчастного случая — 1,1%. В 1992 г. доля немцев, довольных своим здоровьем, была такой же, а в 1999 г. она была ниже (87%). Судя по результатам опросов, в более молодых возрастных группах субъективная оценка здоровья выше; также несколько выше она у мужчин, жителей западных земель и лиц с высшим образованием [8].

По данным больничных касс, доля лиц, бравших больничный, уменьшилась с 4,9% застрахованных в 1991 г. до 3,6% в 2003 г. [9], что отражает не только состояние здоровья населения, но и напряженное положение на рынке труда (табл. 1). В 2003 г. в стране официально числилось 1,8 млн. человек (2% населения) со сниженной трудоспособностью, которые получали пенсии по инвалидности от системы обязательного пенсионного страхования. В 2001 г. в стране было 6,7 млн. инвалидов (8% населения) [10]. В 2003 г. 1,9 млн. человек (2,3% населения) получали долгосрочный медицинский уход в рамках социального страхования. В основном речь идет о пожилых людях: среди населения моложе 50 лет этой льготой пользовались лишь 0,6%, в возрастной группе от 60 до 65 лет — 1,7%, 70—75 лет — 4,7% и старше 80 лет — 30% [11]. Следует отметить, что многие люди одновременно относятся к нескольким льготным категориям.

В табл. 2 приведены ряд показателей заболеваемости, а также некоторые факторы риска для здоровья, обусловленные образом жизни и воздействием окружающей среды, влияние которых на заболеваемость и смертность можно ослабить с помощью лечебных и профилактических мер. За период с 1991 по 2001 г. большинство показателей улучшилось (см. раздел «Общественное здравоохранение»). Примером успешной профилактики является снижение стоматологической заболеваемости. В 1992 и 1993 г. индекс КПУ (кариозные, пломбированные, удаленные зубы) у 12-летних детей в Германии был очень высоким (3,9). Это один из худших в Европе показателей (в среднем в странах Европейского Союза, публиковавших этот показатель, он составлял 2,9). Однако к 1997 г. он уменьшился до 1,7, а к 2000 г. — до 1,2. Распространенность ВИЧ-инфекции в Германии — одна из самых низких в Европейском Союзе. По официальным данным (табл. 2), распространенность СПИДа, достигшая пика в 1994 г. (2,5 больного на 100 тыс. населения), в 2002 г. снизилась до 0,8. Это можно объяснить продуманной системой профилактики, доступностью консультативной и медицинской помощи [5].

Данные по смертности не отражают всех заболеваний, но они более достоверны, чем данные по заболеваемости. Эти данные получены из статистики причин смерти, они собираются государственными статистическими бюро и передаются в Федеральное статистическое управление [4].

В 2003 г. умерло 853 946 человек, а родилось 706 721 [3]. С 1975 г. общая смертность в обеих частях Германии уменьшается. После воссоединения Германии смертность на какое-то время, в 1990 и 1991 гг., увеличилась в восточной, а затем, в 1993 и 1994 гг., в западной части. С тех пор, несмотря на старение населения, она медленно, но неуклонно снижается (табл. 2) [3].

К 2003 г. средняя продолжительность жизни мужчин достигла 75,6 года, женщин — 81,6 года (Федеральное статистическое управление, 2004 г.) По данным ВОЗ, в 2002 г. т. н. «индекс долголетия», т. е. средняя продолжительность полноценной жизни мужчин, составлял 69,6 года, женщин — 74 года,

**Таблица 2. Динамика заболеваемости, смертности и факторов риска для здоровья (1991 и 2001 гг.)**

Показатель	1991	2001
Число кариозных, пломбированных, удаленных зубов в возрасте 12 лет (показатель КПУ-12)	3,9 <sup>b</sup>	1,2 <sup>b</sup>
Среднее потребление фруктов и овощей на душу населения в год, кг	197	212
Среднее потребление жиров на душу населения в день, г	145	157
Потребление чистого алкоголя на душу населения в возрасте от 15 лет и старше, л	12,7	10,9
Число выкуренных сигарет на душу населения в год	1752	1553 <sup>b</sup>
Смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя <sup>a</sup>	101,6	62
Смертность от причин, связанных с курением <sup>a</sup>	320,8	242,2
Число погибших и травмированных в результате дорожно-транспортных происшествий на 100 тыс. населения	654,4	609,4
Смертность во всех ДТП <sup>a</sup>	13,8	8,5
Профзаболеваемость на 100 тыс. населения	20,9	33,4
Производственный травматизм на 100 тыс. населения	2568	1695
Смертность в результате несчастных случаев на производстве на 100 000 населения	1,9	1,3
Перинатальная смертность на 1000 родов	5	5,9
Материнская смертность на 100 тыс. новорожденных	8,7	3,7
Смертность детей до года на 1000 новорожденных	6,9	4,3
Смертность в возрасте до 5 лет на 1000 новорожденных	8,5	5,3
Смертность от острых респираторных инфекций, пневмонии и гриппа у детей в возрасте до 5 лет <sup>a</sup>	3,2	1,4

<sup>3</sup> Далее по тексту термин «ЕС-15» относится к 15 государствам, входившим в ЕС до 1 мая 2004 г., а термин «ЕС-10» — к 10 странам, которые стали членами ЕС 1 мая 2004 г.

Смертность от самоубийств и самоповреждений <sup>а</sup>	15,5	11,7
Смертность от убийств и умышленных повреждений <sup>а</sup>	1,1	0,7
Смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний <sup>а</sup>	5,2	8,7
Частота выявления СПИДа на 100 тыс. населения	2,3	0,9
Заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. населения	16,9	8,5
Смертность от туберкулеза <sup>а</sup>	1,1	0,5
Смертность от бронхита, эмфиземы, астмы <sup>а</sup>	22,8	18,2
Смертность от рака трахеи, бронхов, легких <sup>а</sup>	35,9	34,4
Заболеваемость раком шейки матки на 100 тыс. женщин	17,1	16,7 <sup>г</sup>
Смертность от рака шейки матки <sup>а</sup>	4,6	3,2
Заболеваемость раком молочной железы на 100 тыс. женщин <sup>а</sup>	106,9	110,1 <sup>г</sup>
Смертность от рака молочной железы <sup>а</sup>	32	27,5
— в возрастной группе до 64 лет	20	16,4
— в возрастной группе старше 65 лет	128,8	117,5
Смертность от новообразований <sup>а</sup>	203,7	176,6
— в возрастной группе 0—64 года	89,1	74,3
— в возрастной группе старше 65 лет	1130,7	1004,4
Смертность от ишемической болезни сердца <sup>а</sup>	158,5	122,9
Смертность от диабета <sup>а</sup>	17	16,2
Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний <sup>а</sup>	388,3	286,1
— в возрастной группе 0—64 года	74,7	48,8
— в возрастной группе старше 65 лет	2925,7	2205,4
Смертность от всех причин <sup>а</sup>	830,8	657,6
— в возрастной группе 0—64 года	283,9	212,6
— в возрастной группе старше 65 лет	5255,7	4258,9
Общая смертность на 100 тыс. населения	1139	1006

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г. [5].

Примечания: <sup>а</sup> стандартизированный по возрасту коэффициент смертности на 100 тыс. населения, <sup>б</sup> 1992, <sup>в</sup> 2000, <sup>г</sup> 1998 г.

общий — 71,8 года, что чуть выше среднего показателя в Европейском Союзе старого состава (ЕС-15). Продолжительность жизни в состоянии инвалидности относительно общей продолжительности жизни в Германии была самой низкой в мире после Японии (7,8% у мужчин и 9,3% у женщин) [5].

С 1991 по 2001 г. стандартизованный по возрасту коэффициент смертности уменьшился примерно на 20% (табл. 2). Улучшение здоровья населения отражают и данные по средней продолжительности жизни (табл. 3) [5]. В указанный период наблюдалось значительное снижение (стандартизованного по возрасту) коэффициента смертности от большинства причин, включая сердечно-сосудистые заболевания (почти половина всех смертей) и новообразования (каждая четвертая смерть). Выросла перинатальная и неонатальная смертность, смертность от инфекционных болезней, последняя — в

**Таблица 3. Средняя продолжительность жизни в западной и восточной частях Германии<sup>а</sup>, 1949—2003 гг.**

Годы	Мужчины				Женщины			
	Германия	Запад	Восток <sup>а</sup>	Разница Восток—Запад	Германия	Запад	Восток <sup>а</sup>	Разница Восток—Запад
1949/1953	—	64,6	65,1	+0,5	—	68,5	69,1	+0,6
1980	—	69,9	68,7	-1,2	—	76,8	74,6	-2,2
1990	72	72,6	69,1	-3,5	78,4	79	76,2	-2,8
1991	72,1	72,8	69,3	-3,5	78,7	79,2	76,6	-2,6
1991/1993	72,6	73,1	69,9	-3,2	79,1	79,5	77,2	-2,3
1992/1994	72,7	73,4	70,3	-3,1	79,2	79,7	77,7	-2
1993/1995	73,1	73,5	70,7	-2,8	79,6	79,8	78,2	-1,6
1994/1994	73,3	73,8	71,2	-2,6	79,7	80	78,6	-1,4
1995/1996	73,6	74,1	71,8	-2,3	79,9	80,2	79	-1,2
1996/1997	74	74,4	72,4	-2	80,3	80,5	79,4	-1,1
1997/1999	74,5	74,8	73	-1,8	80,6	80,7	80	-0,7
1998/2000	74,8	75,1	73,5	-1,6	80,8	80,9	80,4	-0,5
1999/2001	75,1	75,4	73,7	-1,7	81,1	81,2	80,6	-0,6
2000/2002	75,4	75,8	74,3	-1,5	81,2	81,5	81	-0,5
2001/2003	75,6	—	—	—	81,6	—	—	—

Источники: Обзор «Системы здравоохранения: время перемен. Германия», 2000 г. [1]; Отчет Федерального статистического управления, 2003 г. [14]; Отчет Федерального статистического управления, 2004 г. [10].

Примечание: <sup>а</sup> данные по Берлину учтены в графе «Запад».

основном за счет сепсиса и вирусного гепатита. В середине 1990-х гг. отмечался пик смертности от сахарного диабета и рака молочной железы, но с тех пор смертность от этих заболеваний уменьшилась, и теперь она ниже, чем в начале 1990-х гг.

Стандартизованные показатели смертности все еще выше, чем в среднем по ЕС-15 (655,3)<sup>3</sup>. Однако по сравнению с 1991 г. разрыв заметно сократился. Смертность выше почти во всех возрастных группах, исключение составляют показатели младенческой (4,3 против 4,7 на 1000 новорожденных) и детской смертности (5,3 против 5,6 на 1000). Разрыв обусловлен прежде всего значительно более высокой смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний (286,7 против 275,1 на 100 тыс. населения в 2001 г.), в особенности от ишемической болезни сердца. Среди других причин смерти, более распространенных в Германии, чем в ЕС-15, — самоубийства и членовредительство (15,2 против 11,5), а также причины смерти, связанные с употреблением алкоголя (62,0 против 60,7).

В то же время общая смертность от онкологических заболеваний была ниже, чем в среднем по ЕС-15. Правда, это утверждение справедливо, например, для рака легких, но не для рака молочной железы или рака шейки матки. Заболеваемость раком шейки матки (16,7 против 12,8 в 1998 г., по-

следние данные) и стандартизованная по возрасту смертность от этого заболевания (3,3 против 2,6 в 2001 г.) были выше. Стандартизованные показатели смертности в результате дорожно-транспортных происшествий были ниже, чем в среднем по ЕС-15 (7,9 против 10,0), хотя и оставались высокими в восточной части Германии, особенно среди молодых мужчин. В то же время нелетальный травматизм был значительно выше. Помимо высокой плотности движения и отсутствия ограничений скорости на автодорогах, одной из причин 31% всех дорожных происшествий в 2001 г. считается потребление алкоголя [13].

В Германии потребление алкоголя выше среднего уровня в Европейском Союзе как старого, так и нового состава (соответственно 10,9; 9,2 и 9,1 л чистого алкоголя на человека в 2001 г.). Курение до сих пор тоже распространено больше, чем в странах ЕС-15 в среднем (соответственно 35 и 29% населения в 2001 г.). Калорийность питания немцев примерно такая же, как у их соседей по ЕС-15, но овощей и фруктов они едят меньше (соответственно 212 и 240 кг на человека в 2001 г.).

Интересно посмотреть, как под влиянием политических, социальных и экономических факторов менялось состояние здоровья изначально однородного населения Германии в течение 40-летнего периода политического и географического разделения страны. Наиболее наглядно различия в состоянии здоровья населения восточной и западной частей Германии отражает средняя продолжительность жизни. Сначала она быстрее росла в Восточной Германии (с немного более высокого уровня), однако к концу 1960-х гг. ее рост остановился. В Западной Германии, наоборот, этот показатель устойчиво растет с конца 1960-х гг. С 1980 по 1990 г. разрыв в средней продолжительности жизни между западными и восточными немцами увеличивался. В 1990 г., когда он достиг пика, средняя продолжительность жизни мужчин в Восточной Германии была на 3,5 года, а женщин — на 2,8 года меньше, чем в Западной.

После воссоединения Германии различия в средней продолжительности жизни западных и восточных немцев постепенно выравниваются (табл. 3). За период с 2000 по 2002 г. разрыв сократился до 1,5 года у мужчин и полугода у женщин. Между 1990 и 2000—2002 гг. разница в средней продолжительности жизни мужчин и женщин уменьшилась с 7,1 до 6,7 года в восточной части и с 6,4 до 5,7 года в западной (табл. 3).

Причины различий в средней продолжительности жизни населения двух частей Германии сложны и не совсем понятны. Увеличение разрыва, происходившее до 1990-х гг., объясняют, в частности, различиями в питании, лучшими жилищными условиями в тогдашней ФРГ, большей доступностью высокотехнологичной медицинской помощи, лучшим качеством медицинского обслуживания на всех уровнях, эмиграцией части пенсионеров из Восточной Германии в Западную [15]. После 1990-х гг. наиболее весомым было влияние таких факторов, как неоднородная миграция населения, принятие западногерманской системы социального обеспечения, уменьшение факторов риска для здоровья, таких, как потребление алкоголя, мяса и животных жиров. Важным фактором снижения смертности населения восточной части страны было и улучшение медицинского обслуживания [16].



Как показали исследования, увеличение средней продолжительности жизни на 1,4 года у мужчин и на 0,9 года у женщин в период с 1992 по 1997 г. на 14—23% обусловлено снижением предотвратимой смертности от болезней, поддающихся лечению. В западной части Германии за тот же период средняя продолжительность жизни увеличилась не столь значительно: на 0,6 года у мужчин и на 0,3 года у женщин.

Важную роль сыграло снижение смертности от гипертонии и инсульта, рака молочной железы и шейки матки, а также снижение на 30% смертности новорожденных [17]. Все это стало возможным благодаря улучшению технического оснащения медицинских учреждений и большей доступности высокоспециализированной медицинской помощи, например гемодиализа, коронарной ангиографии (см. раздел «Медицинские технологии»), хирургического лечения ишемической болезни сердца и имплантации водителем ритма [18]. Хотя разница в уровне смертности новорожденных между Востоком и Западом за последние десять лет сократилась, выхаживание новорожденных нуждается в дальнейшем улучшении [19].

Сегодня в Германии основную озабоченность в области здравоохранения вызывают болезни, связанные с демографическими тенденциями (в частности, с ростом числа одиноких граждан), хронические дегенеративные заболевания, ожидания общества в отношении медицинской и сестринской помощи, избыточное потребление медицинских услуг. Население страны стареет, доля трудоспособного населения уменьшается, а вместе с ней снижаются доходы системы социального страхования.

Изменения структуры населения ведут к некоторому возрастанию потребностей пожилого населения в профилактике, лечении, реабилитации и уходе, а изменения структуры заболеваемости приводят к снижению потребности в наиболее радикальных лечебных вмешательствах. Растет потребность в лечении обструктивных заболеваний легких, заболеваний сердечно-сосудистой системы, мочевых путей и половых органов, диагностике и лечении онкологических заболеваний. Прогнозируется расширение возможностей профилактики ишемической болезни сердца и нарушений мозгового кровообращения, заболеваний органов дыхания.

Начиная с 2000 г. на федеральном уровне принимаются меры по усилению и координации профилактических мероприятий. В работе участвует широкий круг заинтересованных сторон (см. разделы «Общественное здравоохранение» и «Другие цели реформы здравоохранения»). В рамках этой работы в 2001 г. учрежден круглый стол по проблемам профилактики, задачи здравоохранения обсуждаются особой комиссией на федеральном уровне, создан форум по профилактике, финансируемый специальным фондом. Кроме того, разработан проект особого раздела социального кодекса, посвященного профилактике. В нем предусматривается усиление координации финансирования, оказания услуг и регулирования в области профилактики (см. разделы «Общественное здравоохранение» и «Реформы здравоохранения»).



## Историческая справка

### Возникновение и развитие системы государственного медицинского страхования

История нынешней системы здравоохранения Германии ведет отсчет с 1883 г., когда парламент принял закон об обязательном медицинском страховании некоторых категорий работников по всей стране (далее в тексте «государственное медицинское страхование», ГМС). Главным принципом медицинского страхования стал принцип солидарности, означавший, что все работающие вносят деньги в общую кассу, а затем из этих средств оплачивается медицинская помощь нуждающимся. Система строилась на основе существовавших в то время местных программ добровольного и обязательного социального страхования. Пособия в денежной и натуральной форме должны были финансироваться за счет взносов обязательных и добровольных членов системы, а также их работодателей. Руководить работой больничной кассы должны были органы самоуправления, они же решали вопрос о предоставлении дополнительных льгот, не входящих в гарантированный законом минимум. Таким образом, Германия первой ввела у себя национальную систему социальной защиты. В последующие десятилетия обязательное социальное страхование, получившее название «системы Бисмарка», распространилось на другие сферы. С 1884 г. оказывается помощь при производственном травматизме и связанной с ним инвалидности, с 1889 г. выплачиваются пособия по старости и инвалидности, с 1927 г. — пособия по безработице, и с 1994 г. оплачивается долговременный медицинский уход. Широта и структурная целостность системы социального страхования по сей день остаются важнейшими особенностями германской системы здравоохранения.

Прообразом системы социального страхования послужили цеховые общества взаимопомощи, появившиеся в позднем средневековье. В XIX в. растущий класс промышленных рабочих взял на вооружение их опыт для создания добровольных саморегулируемых организаций взаимопомощи для того, чтобы предотвратить опасность обнищания вследствие болезни или смерти кормильца. Аналогичные фонды создавались также предприятиями и местными общинами, дополняя муниципальную помощь бедным и благотворительность. В 1849 г. в Пруссии, крупнейшем из германских государств, было введено обязательное медицинское страхование шахтеров, а муниципалитетам было дано право принуждать работодателей и работников к уплате взносов.

Частые экономические кризисы периода бурной индустриализации ухудшали и без того тяжелые условия жизни рабочих, особенно в городах. В ответ на усиление недовольства трудящихся правительство в 1878 г. запретило социалистические и коммунистические организации, в том числе профсоюзы. Власти все отчетливее понимали, что политических репрессий недостаточно для поддержания существующего общественного строя.

В 1876 г., через 5 лет после объединения германских государств, парламент принял федеральные нормы по минимальным размерам взносов и гарантированному минимуму льгот, но отверг положения, касающиеся обязательных платежей. В императорской хартии 1881 г. сказано, что социальное воспомоществование бедным — необходимое условие для выживания нации в неблагоприятных условиях. Руководствуясь идеями опеки государства над уязвимыми слоями населения и заботясь об эффективности экономического и военного развития страны, канцлер Бисмарк в 1881 г. предложил создать государственную систему здравоохранения. Однако правительства земель, а также либеральные члены парламента, представляющие деловые круги, сельское хозяйство и церковь, выступили против расширения полномочий федерального правительства и финансирования за счет налогообложения.

Закон 1883 г. отражал компромисс между интересами различных групп, но не нашел поддержки у левых либералов и социал-демократов. Они не приняли предусмотренную законопроектом политику «кнута и пряника» и требовали соблюдения политических прав и обеспечения охраны труда в процессе производства. Эти требования, однако, постепенно стали выполняться только с 1890-х гг. Страхование было возложено на уже существовавшие территориальные больничные кассы, кассы, страховавшие представителей отдельных профессий (горняков, ремесленников и др.), и кассы при предприятиях. В ряде отраслей было введено обязательное медицинское страхование для работников с почасовой оплатой труда или с доходом ниже установленного законом уровня. Две трети страхового взноса должны были платить работники, одну треть — их работодатели. Кроме того, два эти противоборствующих класса — работники и работодатели — должны были вместе работать в выборных собраниях и правлениях, где они были представлены в соотношении 2:1, пропорционально распределению суммы взносов. Кассы были некоммерческими организациями. Первоначально они могли свободно выбирать, с кем из частных врачей и других медицинских работников заключать договоры и на каких условиях. Роль федерального парламента и правительства сводилась к созданию нормативно-правовой базы для работы самоуправляемых касс под контролем земельных правительств.

Минимальный набор услуг был определен законом, а кассы могли, по своему усмотрению, предоставлять дополнительные льготы. В последующие десятилетия многие кассы так и делали, что способствовало постепенному расширению гарантированного законом минимума. Страховка давала право на получение денежного пособия по болезни в размере 50% от средней в данной местности заработанной платы в течение 13 недель, пособия по рождению ребенка и по смерти. Гарантировался минимальный набор услуг первичной медицинской помощи, включая лекарства, а вопрос об оплате стационарного лечения кассы решали в индивидуальном порядке.

Взносы на страхование от несчастных случаев на производстве вносились работодателями в особые самоуправляемые фонды, отличающиеся от фондов социального страхования отсутствием третьих лиц. Работодатели развивали систему техники безопасности, а пострадавшие проходили лечение и

реабилитацию, после чего получали денежную компенсацию. Взносы обязательного страхования по старости и нетрудоспособности выплачивались пополам работодателем и работником. В этой программе страхования тоже действовал принцип «реабилитация прежде компенсации». Финансирующие организации, включая больничные кассы и муниципальные органы, нередко сами предоставляли восстановительное лечение (например, для больных туберкулезом) в загородных реабилитационных стационарах. Это привело к всестороннему развитию реабилитационной помощи и популяризации санаторно-курортного лечения, которое превратилось в целый комплекс природной терапии (часто относимой сегодня к альтернативной медицине).

В 1880-х гг. многие работники бойкотировали больничные кассы, отдавая предпочтение альтернативным независимым кассам (так называемым «эрсзац-кассам») — самоуправляемым организациям, правление которых целиком состояло из представителей работников. Однако когда в начале 1890-х гг. возможности выбора были ограничены, больничные кассы стали оплотом социал-демократической партии. Чтобы помешать сплочению растущего движения служащих и производственных рабочих, федеральное правительство в 1901 г. ввело отдельную программу обязательного медицинского страхования для служащих. Поскольку служащие получили больше возможностей выбора, альтернативные кассы с того времени стали обслуживать почти исключительно служащих (до 1995 г.). Хотя взносы теперь были поделены с работодателями, альтернативные кассы сохранили прежнюю систему представительства, и по сей день правление такой кассы полностью состоит из работников. В 1911 г. было принято положение об имперском (государственном) страховании, установившее общую правовую основу социального страхования. Это положение с некоторыми изменениями действовало вплоть до 1988 г., а положения, регулирующие выплату пособий по рождению ребенка, действительны по сей день (см. «Набор медицинских услуг»).

С 1880 по 1885 г. число граждан, имеющих медицинскую страховку, удвоилось. В последующие десятилетия обязательное медицинское страхование постепенно расширялось. В 1885 г. им было охвачено 10% населения, а в Западной Германии (ФРГ) — 88%. На востоке же — в социалистической ГДР — все население было охвачено страхованием начиная с 1949 г. (табл. 4). После воссоединения Германии в 1990 г. восточные земли отказались от всеобщего государственного медицинского страхования и перешли на систему социального страхования, действовавшую на территории бывшей ФРГ. В этой системе расширение охвата достигалось либо путем повышения верхнего предела доходов для обязательного членства, либо распространением системы больничных касс на новые категории работников: транспортников и работников торговли (1901 г.), прислугу, работников сельского и лесного хозяйства (1914 г.), фермеров (1972 г.) [20]. Германия сумела также включить в эту систему безработных, иждивенцев, пенсионеров, студентов, инвалидов и, с 2004 г., получателей социальных пособий — т. е. социальные группы, за которые в некоторых других европейских странах платит государство.

**Таблица 4. Тенденции в развитии системы социального медицинского страхования, 1880—2003 гг.**

	1885	1913	1925	1938	1950	1960	1987	1997	2003
	Германская Империя				Западная часть Германии <sup>б</sup>		Германия		
<b>Больничные кассы</b>									
Число касс	18 776	21 342	7777	4625	1992	2028	1182	476	319
Среднее число застрахованных, платящих взносы, в кассе	229	636	2345	4832	10 141	13 383	30 917	91 782	159 780
<b>Застрахованное население</b>									
Доля застрахованного населения, %	10	35	51	—	—	83	88	88	88
Доля застрахованного населения, платящего взносы, %	9	20	29	34	40	49	60	61	62
Доля занятого населения, застрахованного по закону об обязательном страховании, %	22	44	57	66	62	67	76	78	76
<b>Взносы</b>									
% дохода	2	3	6	—	6	8,4	12,6	13,5	14,3
Верхний предел дохода для обязательного страхования (коэффициент среднего дохода)	3,1	2,1	1,6	1,9	1,5	1,3	1,1	1,3	1,6
Распределение ставки страховых взносов между работниками и работодателями	2:1	2:1	2:1	2:1	2:1	1:1	1:1	1:1	1:1
<b>Расходы системы социального медицинского страхования</b>									
% ВВП <sup>а</sup>	0,2	0,7	1,7	1,9	2,6	3,2	6,2	6,4	6,9 <sup>б</sup>
Соотношение денежных выплат и услуг	1,7:1		1:1		1:4		1:8	1:12	1:12

Источники: Alberg, 1992 г. [20]; отчеты Федерального статистического управления [4, 55]; Отчет федерального Министерства здравоохранения, 2004 г.

Примечания: <sup>а</sup> включая трансфертные выплаты, например оплату больничного листа, пособие по материнству; <sup>б</sup> в Германской Демократической Республике в 2 кассах застраховано почти 100% населения; <sup>в</sup> данные за 2002 г.

Взносы и расходы заметно выросли более чем за 120 лет существования обязательного медицинского страхования (табл. 4). Это произошло из-за расширения набора услуг — нередко в результате решений общественных

судов, т. е. благодаря вмешательству государства, но в основном по решению самих самоуправляемых касс и общих комиссий больничных касс и врачей. Хотя изначально задачей обязательного страхования по болезни было предотвращение обнищания заболевших путем выплаты им пособия, больничные кассы все чаще оплачивали медицинские услуги и лекарства. Об этом свидетельствует изменение соотношения расходов касс на денежные выплаты и услуги в пользу последних (табл. 4). Эта тенденция укрепилась несмотря на то, что в 1969 г. в ФРГ работодателей обязали компенсировать работникам зарплату за первые 6 недель болезни.

Глядя на растущие расходы, не следует упускать из виду, что принцип взимания взносов по мере получения доходов и оплаты расходов по мере их возникновения имел решающее значение для обеспечения устойчивого финансирования медицинского обслуживания даже во время двух мировых войн, мегаинфляции 1923 г., экономического кризиса 1929 г. и введения новой денежной единицы в 1948 г.

### **Борьба профессиональных медицинских работников со страховыми фондами**

Переход от предоставления страховых пособий в денежной форме к предоставлению услуг (табл. 4) шел параллельно с увеличением численности врачей (табл. 5). В более широком смысле эта тенденция отражает переход от индустриального общества XIX века к так называемому «профессиональному обществу». Медицинские услуги были одним из путей решения социальных и медицинских задач, который, с одобрения большей части общества, предлагал растущий класс профессионалов. Однако «социализация» профессиональной медицинской помощи сопровождалась серьезными конфликтами из-за денег и власти.

Большое влияние на формирование современной системы здравоохранения в Германии оказала борьба между больничными кассами и врачами, работавшими в сфере амбулаторной медицинской помощи на коммерческой основе. Сегодня, как и прежде, частнопрактикующие врачи не только оказывают львиную долю амбулаторных услуг, но и влияют на весь сектор здравоохранения в целом. К 1933 г. они одержали крупные победы в конфликте с полугосударственными кассами и обеспечили себе преимущества по сравнению с представителями других медицинских профессий и врачами государственного и некоммерческого частного секторов.

Законодательство 1883 г. не регулировало отношения больничных касс с врачами и квалификационные требования к медицинским работникам, оставив эти вопросы в ведении больничных касс. В первое время такое положение устраивало врачей, но с 1890-х гг. они начали бороться за свою самостоятельность и доходы, прибегая к забастовкам и лоббированию. Причинами ухудшения положения врачей были рост числа застрахованных, ограничение доступа больных к врачам, зависимость и низкое социальное положение (наемных) врачей больничных касс, страхующих в основном рабочих, а также то, что с 1887 по 1927 г. показатель обеспеченности населения

**Таблица 5. Обеспеченность населения медицинскими работниками и больничными койками, 1876—2002 гг.**

Годы	Число жителей на одного (одну)					Население, млн. человек
	врача	стоматолога	фармацевта	медсестру	больничную койку	
1876	3136	86460	6877	—	406	43,1
1885	3004	86752	7483	3260	324	46,7
1900	2047	9529	—	—	219	56
1909	2085	5682	6414	926	158	63,7
1927 <sup>a</sup>	1447	2690	5982	712	120	63,3
1938	1371	1924	5789	517	107	68,4
1952 <sup>b</sup>	700	1706	4182	476	89	48,7
1960 <sup>b</sup>	699	1705	3514	527	95	55,4
1975 <sup>b</sup>	521	1946	2415	388	85	61,8
1987 <sup>b</sup>	356	1573	1802	292	91	61,1
1991	329	1450	1922	—	99	80,3
2002	274	1289	1528	117	111	82,5

Источники: Alber 1992 [20]; отчеты Федерального статистического управления, 2004 г. [3, 21].

Примечания: <sup>a</sup> или 1928 г.; <sup>b</sup> относится только к Федеративной Республике Германия.

врачами вырос вдвое. Начиная с 1900 г. медицинские работники сумели вывести свою борьбу на общенациональный уровень и убедить врачей больничных касс и частных врачей выдвигать одинаковые требования. Наиболее успешно интересы врачей отстаивал Лейпцигский союз, переименованный впоследствии в Союз Гартмана. Союз был основан в 1900 г. 21 врачом. К 1910 г. членами этого союза были почти 75% всех германских врачей.

Поскольку в положении об имперском страховании (1911 г.) требования врачей не были учтены, врачи заявили, что начнут забастовку накануне его вступления в действие в 1914 г. В декабре 1913 г. правительство впервые вмешалось в конфликт между больничными кассами и врачами. Берлинская конвенция ввела обязательные общие комиссии врачей и больничных касс для разрешения противоречий путем конструктивных переговоров. Минимальное отношение числа врачей к числу застрахованных было установлено равным 1:1350, обеспечивать его должны были совместные регистрационные комиссии. Договоры с врачами должны были согласовываться одновременно со всеми кассами.

После того как в разгар инфляции 1923 г. истек срок действия Берлинской конвенции, частнопрактикующие врачи возобновили забастовки. В ответ на это некоторые кассы открыли собственные медицинские центры, которые рассматривались врачами как угроза отката назад, к условиям XIX века и обобществления медицинского обслуживания. Частнопрактикующие вра-

чи также считали угрозой своему положению появление широкого спектра услуг по профилактике, санитарному просвещению и медико-социальной помощи, предоставляемых муниципалитетами и органами социального обеспечения. Правительство отреагировало на забастовки созданием Имперской комиссии врачей и больничных касс (теперь она называется Общей федеральной комиссией) — общего органа, отвечающего за принятие решений по льготам и амбулаторному медицинскому обслуживанию.

В период экономического кризиса 1923 г. в системе государственного медицинского страхования впервые была введена частичная оплата пациентами стоимости лекарств и медицинских приспособлений (10—20% стоимости), причем безработные от платы освобождались (Reichelt, 1994). В 1930 г. вместо этой системы ввели фиксированную доплату за каждое выписанное лекарство и частичную плату за амбулаторные консультации (Reichsministerium des Innern, 1930). Это были вынужденные меры в ответ на ощутимое снижение доходов больничных касс и рост безработицы в период финансового кризиса в конце существования Веймарской республики (Alber, 1992). В числе экстренных мер был также введен контроль за врачами со стороны медицинских служб больничных касс, а соотношение числа врачей к числу застрахованных в больничной кассе было установлено равным 1:600. Взамен врачам амбулаторного сектора была дана законная монополия на оказание амбулаторных медицинских услуг (1931 г.), чего они так упорно добивались десятки лет. Региональные ассоциации врачей получили право заключать с больничными кассами комплексные договоры и самостоятельно вести расчеты со своими членами. Новые правила отражали важную коллективную победу врачей амбулаторного сектора над больничными кассами, врачами больниц и коммунальных медицинских служб, другими медиками.

С 1854 г. работники смежных медицинских специальностей (например, акушерки и медицинские сестры) по закону уже и так были поставлены в зависимое положение от врачей, а теперь их самостоятельность ограничили еще больше, полностью запретив им напрямую заключать договоры с государственными страховыми организациями. Монополия на оказание амбулаторных медицинских услуг, данная частнопрактикующим врачам, означала, что муниципальные медицинские службы не имели права заниматься лечением, больничные кассы — закупать и предоставлять лекарства или медицинские услуги, а большинство больниц — лечить амбулаторных больных.

Таким образом, узаконивание этой монополии сыграло большую роль в разделении больничного и амбулаторного секторов и обособлении муниципальных медицинских служб. Разделение амбулаторной и стационарной медицинской помощи усилилось вследствие быстрого роста больничного сектора, в котором с 1920-х гг. большая часть работников была занята полную рабочую неделю. Коечный фонд быстро увеличивался: если в 1885 г. одна больничная койка приходилась на 324 жителя, то в 1938 г. — на 107 (табл. 5). Разделению амбулаторной и стационарной помощи способствовало также распределение обязанностей по финансированию и планированию между ассоциациями больничных касс и врачей и государственными



органами земельного и муниципального уровня, имевшими свои традиции управления здравоохранением и свою нормативную базу.

Еще одной причиной обособления секторов амбулаторной и стационарной медицинской помощи была ранняя специализация в медицине. Немецкие врачи были на передних рубежах научно-практических медицинских исследований, чему немало способствовала активная поддержка, которую они получали от региональных и федеральных властей с 1880-х гг. На рубеже двух веков на большинстве медицинских факультетов имелись кафедры по всем основным клиническим и фундаментальным научным дисциплинам, изучение которых к 1920 г. было обязательным для студентов-медиков. Общая и специальная подготовка были научно ориентированы и проходили только в больницах, как это происходит и сегодня. Результатом этого, а также следствием соперничества среди врачей за доходы и поле деятельности стал исключительно высокий уровень специализации. Специализация и последующая профессионализация (включая полную занятость и отдельные профессиональные организации) еще больше усиливали конкуренцию, как между врачами в частном и общественном секторе, так и между врачами общей практики и специалистами. Эти противоречия не утихают и сегодня.

### **Период национал-социализма**

В период национал-социализма (1933—1945 гг.) основные структуры системы социального страхования, в том числе системы финансирования и медицинского обслуживания, сохранялись. Обязательное медицинское страхование распространилось на пенсионеров (1941 г.); был принят закон, по которому больничные кассы должны были предоставлять стационарное лечение не только своим членам, но и их семьям (1936 г.), что большинство касс уже делали добровольно.

В то же время произошел отход от главных принципов социального медицинского страхования. Медицинская помощь и пособия становились все недоступнее для евреев и других преследуемых меньшинств в результате проведения национал-социалистами широкомасштабной политики по их насильственному вытеснению, исключению из общественной жизни, физическому уничтожению и заключению в концлагеря. Работающие вынужденные переселенцы обязаны были платить взносы медицинского страхования, но не могли рассчитывать на получение формально гарантированных льгот. Медицинская помощь часто была низкого качества. Врачи становились пособниками в узаконивании жестокости, социальной селекции и человекоубийства.

В годы нацистского режима, на фоне сохранения в целом устройства системы здравоохранения, произошли перемены в управлении и распределении полномочий среди ключевых структур отрасли. Произошла централизация всех больничных касс (1934 г.), местных служб здравоохранения (1935 г.), неправительственных организаций социального обеспечения и санитарного просвещения, профессиональных организаций медиков (1933—1935 гг.). Руководители назначались германской национал-социалистиче-



ской рабочей партией (следуя так называемому фюрер-принципу). В органах самоуправления появлялось все больше ставленников национал-социалистической партии. Роль представителей работников и работодателей была сведена до участия в консультативном совете. Врачам и муниципалитетам разрешили направлять в этот совет своих представителей, что еще больше ослабило позиции больничных касс и усилило позиции врачей.

В 1933 г. принят закон, изгонявший из больничных касс работавших в них социалистов, евреев и большинство рабочих представителей. Уже в 1933 г. были принудительно уволены четверть сотрудников больничных касс и треть врачей, работавших в местных социальных службах. Позднее были приняты законы, запретившие врачам-евреям лечить больных, застрахованных по закону об обязательном медицинском страховании (1933 г.), неевреев (1937 г.), и вообще заниматься медицинской практикой (1938 г.). Эти запреты распространялись на 12% германских врачей (и 60% берлинских) и способствовали дальнейшему уменьшению доступности медицинской помощи для евреев. В медицинских кругах влияние национал-социалистической партии было особенно сильным, и большинство врачей приветствовали изгнание коллег-евреев из своей среды.

Ослабление больничных касс сопровождалось укреплением объединений амбулаторных врачей. Региональные организации врачей и вновь созданная Национальная ассоциация врачей были учреждены в качестве государственных органов (1934 г.). Они получили право самостоятельно, без согласования с больничными кассами, регистрировать частнопрактикующих врачей. При этом им запретили бастовать и возложили на них ответственность за неотложную амбулаторную медицинскую помощь и контроль за всеми амбулаторными врачами. Рыночная свобода врачей-натуропатов, пользовавшихся идеологической поддержкой в первые годы нацистского режима, с 1939 г. была ограничена введением государственного контроля за их сертификацией и практической деятельностью.

## Послевоенные годы

С капитуляцией Германии 8 мая 1945 г. период национал-социализма закончился, и здравоохранение, как и все остальные отрасли социальной экономики Германии, стало развиваться по двум отличным друг от друга схемам. На месте трех зон, оккупированных западными союзниками, была образована Федеративная Республика Германия (ФРГ), на месте советской зоны в восточной Германии — Германская Демократическая Республика, и эти две Германии существовали раздельно до воссоединения в 1990 г.

Нюрнбергский международный военный трибунал приговорил некоторых врачей, проводивших бесчеловечные опыты в концентрационных лагерях и учреждениях для психически больных, к высшей мере наказания за преступления против человечества.

В первые послевоенные годы в Германии охрана здоровья населения сводилась к разовым противоэпидемическим мероприятиям, средств на медицинскую помощь выделялось крайне мало. Оккупационные власти в запад-

ной части Германии в основном опирались на те медицинские кадры, учреждения и администрацию, которые были в наличии. Британцы более централизованно подходили к решению вопросов здравоохранения, а французы старались ограничить централизацию полномочий в своей зоне и во всей западной части Германии. Американцы предпочитали разовые меры, без успеха попытались создать школу общественного здравоохранения и до 1950-х гг. не давали восстановить монополию региональных ассоциаций врачей.

## **Государственное здравоохранение в Германской Демократической Республике**

Советские оккупационные власти, напротив, активно действовали в контролируемой ими зоне — восточной части Германии, где в 1949 г. была образована Германская Демократическая Республика (ГДР). К оказанию помощи в создании новой системы здравоохранения было привлечено 60 специалистов в области здравоохранения. Система формировалась в русле традиций социальной гигиены и муниципального здравоохранения эпохи Веймарской республики, под сильным влиянием систем здравоохранения Советского Союза, Швеции и Великобритании. Был принят авторитарный подход к борьбе с инфекционными заболеваниями и, несмотря на протесты врачей, постепенно введена централизованная, управляемая государством система здравоохранения.

Созданная в ГДР система здравоохранения отличалась от советской тем, что амбулаторная помощь в ней была организационно отделена от стационарной, хотя на деле оба вида помощи нередко можно было получить в одном и том же здании.

Кроме того, де-юре был сохранен принцип социального страхования с разделением ставки страхового взноса между работником и работодателем, но при этом было всего две большие больничные кассы, одна — для рабочих (89%) и одна — для специалистов, членов сельскохозяйственных кооперативов, творческих работников и самостоятельно занятых лиц (11%). Де-факто, однако, роль системы социального страхования была крайне ограничена.

Как и в других социалистических странах, большинство медиков являлись государственными служащими и работали в медицинских учреждениях, обслуживающих либо население определенной территории, либо работников определенного предприятия. Такие учреждения обычно были укомплектованы врачами различных специальностей и другими медицинскими работниками. Лишь немногие врачи занимались амбулаторной частной практикой. В отличие от соседних стран Советского блока, не все медицинские учреждения Германии были национализированы. Медицинское учреждение могло оставаться самостоятельным, но ему становилось все труднее осуществлять свою деятельность. В результате число некоммерческих больниц за период с 1960 по 1989 г. уменьшилось с 88 до 75, а число частных больниц за то же время — с 55 до 2. Тем не менее в 1989 г. 7% больничных коек все

еще не были в государственной собственности и некоторые врачи все еще занимались частной практикой [18].

Муниципальные службы охраны здоровья отвечали за профилактику, в том числе за санитарное просвещение, охрану материнства и детства, специализированную помощь при хронических заболеваниях, таких, как диабет и психические болезни. Кроме того, широкую социальную поддержку оказывало государство, предоставляя жилье, детские сады и ясли, что также способствовало необходимому для укрепления государства росту численности населения и рабочей силы. Вскоре в ГДР сформировалась система здравоохранения, являвшаяся, по крайней мере до 1960-х гг., образцом для левых политических сил в ФРГ и во многих других западных странах.

Однако в 1970-х гг. из-за нехватки финансирования, кадров и современного оборудования здравоохранение в ГДР постепенно перестало удовлетворять западным стандартам, а во второй половине 1980-х гг. положение в этой сфере стало ухудшаться на глазах. Число госпитализаций на 1000 населения в ГДР было почти на четверть меньше, чем в ФРГ, а занятость больничной койки упала ниже 75%.

Отсутствие современной медицинской помощи сказывалось на состоянии здоровья населения. Судя по имеющимся данным, причиной более высокой, чем в ФРГ, детской смертности из-за пороков сердца и сердечно-сосудистых заболеваний в 1980-х гг. могли быть недостаточные возможности хирургических отделений. Другие данные свидетельствуют о недостаточном или менее эффективном лечении гипертонии, так как распространенность выявленной, но нелеченной гипертонии была ниже, а уровень недолеченной гипертонии был выше, чем в ФРГ. Высокая летальность при инсульте, особенно в возрастной группе старше 65 лет, возможно, являлась следствием недолечивания пожилых пациентов. В 1989 г. в бывшей ГДР летальность при переломе проксимального отдела бедренной кости составляла 20% — намного выше, чем в ФРГ. Хотя необходимо учитывать и другие факторы, в частности распределение случаев по диагностически-связанным группам, эти данные указывают на то, что различия в медицинском обслуживании в двух частях разделенной Германии могли способствовать растущему разрыву в показателях смертности. Этот разрыв, не в пользу ГДР, увеличивался начиная с середины 1970-х гг., а до того средняя продолжительность жизни в обеих странах увеличивалась примерно одинаковыми темпами, причем в 1960-х и начале 1970-х гг. средняя продолжительность жизни мужчин в ГДР была даже несколько выше, чем в ФРГ (табл. 3). В 1989 г. на Национальной конференции по здравоохранению было решено провести глубокие реформы здравоохранения и увеличить финансирование, но с падением Берлинской стены в ноябре ГДР прекратила свое существование.

## **Развитие системы социального страхования в Федеративной Республике Германия**

Местные больничные кассы, профсоюзы и социал-демократическая партия выступали за создание единого государственного фонда страхования по бо-

лезни, старости и безработице для того, чтобы усилить свои позиции в переговорах с амбулаторными врачами, уже пользовавшимися монополией в разных областях. Однако на первых выборах, в 1949 г., победила консервативная христианско-демократическая партия, которая к 1955 г. практически восстановила в масштабах страны систему здравоохранения периода Веймарской республики (в союзе с предпринимателями). Взносы в больничные кассы были поровну поделены между работниками и работодателями, равно как и представительство в этих организациях (за исключением альтернативных касс). Страхование от несчастных случаев на производстве по-прежнему полностью оплачивали работодатели, однако профсоюзы получили 50% представительство. (В Западном Берлине, находившемся под сильным влиянием союзников, система здравоохранения была устроена немного иначе, и единая система медицинского страхования сохранялась здесь до начала 1960-х гг.)

Самоуправление стало полем деятельности преимущественно корпоративских организаций, что отрицательно сказалось на открытости процесса принятия решений и демократических правах застрахованных. Частнопрактикующие амбулаторные врачи вновь получили монополию вместе с соответствующими правами, полномочиями и обязанностями. Норматив отношения числа врачей к числу членов больничных касс был увеличен до 1:500, а позднее, в 1960 г., и вовсе отменен в пользу профессионального саморегулирования, после того как конституционный суд заявил, что свобода выбора работы является конституционным правом.

Период 1955—1965 гг. можно охарактеризовать как период совместного противодействия врачей, больничных касс, средств массовой информации и производителей медицинской продукции проведению структурных преобразований, направленных на сокращение затрат. Предложения по реформе здравоохранения, отклоненные в 1960 и 1964 г., предусматривали увеличение платы за медицинские услуги по сравнению с введенной ранее, в период сдерживания затрат. В 1965—1975 гг. затраты на здравоохранение быстро увеличивались вследствие роста цен и расходов на заработную плату (в том числе в связи с тем, что на смену монахиням — сестрам милосердия пришел светский персонал), демографических тенденций, применения все более дорогого оборудования, расширения спектра медицинских услуг и развития инфраструктуры. Амбулаторные врачи все усложняли систему оплаты своих услуг. Новые услуги по вторичной профилактике и, отчасти, по лечению профессиональных заболеваний были возложены на частнопрактикующих врачей, что позволило уменьшить расходы на общественное здравоохранение, но в то же время привело к снижению его роли в системе здравоохранения.

В 1970-х гг. происходило предусмотренное реформой увеличение объемов медико-социальной, психиатрической и медсестринской помощи, в основном оказываемой частными некоммерческими организациями по месту жительства. Обязательное медицинское страхование распространялось на новые группы населения (фермеры, инвалиды и студенты). В 1972 г. были уточнены обязанности земельных правительств и больничных касс по фи-

нансированию больничной реформы и введено «двойное финансирование», при котором кассы финансируют текущие затраты, а земли — капиталовложения. Таким образом, развитие сектора здравоохранения и рост расходов на медицинское обслуживание были результатом реализации продуманной стратегии по восстановлению инфраструктуры, пострадавшей вследствие войны, и недостаточных инвестиций в больничный сектор.

Непрерывный рост затрат после нефтяного кризиса (начиная с 1975 г.) вызвал критику в адрес медицинских учреждений — их обвиняли в преследовании своих корыстных интересов. Эпоха сдерживания затрат в германской системе обязательного медицинского страхования началась в 1977 г. с вступлением в силу закона о сдерживании затрат в системе медицинского страхования, положившего конец периоду быстрого роста расходов на медицину, особенно на стационарную помощь. С 1977 г. главной целью в сдерживании затрат, поставленной перед больничными кассами и медицинскими учреждениями, была стабилизация ставки страховых взносов. Увеличение сбора взносов увязали с увеличением доходов, с которых эти взносы взимаются. Обеспечение соблюдения этого закона было одной из главных задач круглого стола «Взаимодействие в сфере здравоохранения», созданного в 1980-х гг. правительством христианских демократов (находившихся у власти с 1982 до 1998 г.) и объединившего все заинтересованные стороны для совместного поиска пути сдерживания затрат. Через несколько лет число участников круглого стола достигло уже 130 человек, но из-за постоянных конфликтов он не оправдал возлагавшихся на него ожиданий. Последний раз круглый стол собирался в 1997 г., а в 2003 г., после серии узких консультаций «красно-зеленого» правительства с отдельными заинтересованными сторонами, он был окончательно упразднен (см. раздел «Структура здравоохранения»).

В основе сдерживания затрат «по-немецки» лежал принцип ориентированности расходов на доходы с целью обеспечения стабильности ставок взносов. Это была важная цель в условиях перестройки экономики и усиления международной конкуренции, поскольку взносы поровну поделены между работниками и работодателями. Следовательно, повышение ставок взносов рассматривалось как вопрос международной конкурентоспособности.

Борьба за сдерживание затрат, усилившаяся после воссоединения страны, осуществлялась с помощью длинной череды законов (см. раздел «Содержание реформ и реформенное законодательство»), введивших разнообразные меры по контролю и перераспределению расходов, а также стимулы для более эффективного распределения и использования ресурсов.

## **Внедрение западногерманской модели здравоохранения в восточных землях**

В 1990 г. пала Берлинская стена, и переходное правительство ГДР и правительство ФРГ подписали договор о воссоединении Германии, одним махом включив 17 млн. бывших граждан ГДР в систему старой ФРГ. Преобразова-

ние «новых земель» на востоке страны по образу и подобию ФРГ меняло не только непопулярный политический и экономический строй, но и более популярные системы социального обеспечения и здравоохранения. Тем не менее идея «третьего пути», например создание единой системы медицинского страхования в восточной части Германии или во всей стране, была отброшена по практическим, политическим, юридическим и лоббистским соображениям.

Лишь небольшие уступки были сделаны в отношении финансирования и оказания медицинских услуг. В частности, по договору о воссоединении поликлиники получили пять лет отсрочки, после чего должны были переходить на договорные отношения с региональными ассоциациями врачей. Однако отведенный им лимит времени и ограниченное финансирование — подушное, в отличие от гонорарной оплаты услуг частнопрактикующих врачей, — не оставляли поликлиникам особых надежд на будущее. К маю 1992 г. 91% врачей, работавших прежде в различных государственных амбулаторных медицинских учреждениях, занялись частной практикой. Всего несколько поликлиник (в Берлине и в федеральной земле Бранденбург) сумели продолжить работу в качестве районных сетей частных медицинских практик или кооперативов. Лишь с 2004 г. такой тип учреждений многопрофильного медицинского обслуживания, как медицинские центры под руководством врачей, было разрешено создавать на всей территории Германии.

Западногерманские формы медицинского страхования быстро распространились в восточных землях, но это привело к снижению доли граждан, охваченных частным страхованием (2% по сравнению с 10% в 1993 г.), и росту доли застрахованных в общих региональных кассах (64% по сравнению с 61% в 1991 г.). В рамках программы экстренной помощи Федеральное правительство выделило больницам и домам престарелых и инвалидов несколько миллиардов евро на обновление материально-технической базы.

## **Реформы здравоохранения после объединения Германии в 1990 г.**

Возросшая нагрузка на систему здравоохранения подстегивала реформенное законодательство в 1990-х гг. и еще больше в начале нового тысячелетия (см. раздел «Реформы здравоохранения»). Со времени воссоединения страны главными принципами реформы стали контроль за расходами и более эффективное использование ресурсов путем усиления (регулируемой) конкуренции. При этом надо было избегать таких отрицательных последствий, как нарушение принципа справедливости и ухудшение качества медицинской помощи. Рационализации отводилась более важная роль, чем нормированию, и некоторые услуги были исключены из гарантированного набора. В то же время возмещалась стоимость многих новейших препаратов и услуг, а в структуре услуг произошел сдвиг в сторону долгосрочной медицинской помощи, паллиативного лечения и профилактики.

Политику в области здравоохранения, проводившуюся правительством христианских демократов и либералов (1982—1998 гг.) после воссоединения

Германии, можно разделить на два этапа. Первый (с 1988 г. до середины 1990-х гг.) характеризовался усилением контроля за расходами во всей отрасли. Одновременно принимались меры по поощрению конкуренции среди плательщиков и в больничном секторе, а также по предотвращению нежелательных последствий с точки зрения справедливости в отношении медицинской помощи и качества последней. Кроме того, вводились новые льготы для лучшего и более рационального удовлетворения потребностей населения. В частности, намного доступнее стал долговременный медицинский уход благодаря введению соответствующего целевого страхования в качестве пятой составляющей социального страхования (см. раздел «Медико-социальная помощь»). На втором этапе принято три закона (в 1996 и 1997 г.), в основном касающихся платежей населения. Сузился набор услуг по профилактике и восстановительному лечению, молодежь лишили льгот на протезирование зубов, в то же время ослабили ограничения по распоряжению бюджетными средствами.

Реформаторскую деятельность правительства социал-демократов и «зеленых» (у власти с 1998 г.) можно разделить на три более коротких этапа (см. раздел «Реформы здравоохранения»). На первом этапе, с 1998 по 2000 г., большинство положений законов 1996 и 1997 гг. было заменено жесткими мерами по сдерживанию затрат во всех секторах здравоохранения. В основной набор были добавлены второстепенные услуги (социальная терапия, информирование пациентов), усовершенствована система подготовки медицинских работников. На втором этапе, в 2000—2003 гг., вслед за сменой министра и проведением «круглого стола» с участием широкого круга заинтересованных сторон был принят целый ряд второстепенных законов. Лимитирование расходов на лекарства было отменено, право принятия решений по этим вопросам переходило к самоуправляемым фондам системы ГМС с последующей передачей предписаний врачам. Решительно внедрялся метод финансирования больниц по клинико-затратным группам, а также система выравнивания рисков, предусматривающая перераспределение средств между больничными кассами (см. раздел «Основной источник финансирования»). На третьем этапе с принятием Закона о модернизации системы ГМС (2004 г.) многие из этих нововведений получили дальнейшее развитие или стали обязательными. Политический курс на привлечение частного финансирования и отмену некоторых льгот являлся частичным отступлением от реформ 1996—1997 гг. Кроме того, были узаконены передовые модели медицинского обслуживания, что расширило возможности выбора для потребителей.

Реформы, направленные на повышение эффективности и рационализацию здравоохранения, заметно повлияли на работу частных врачей, медицинских учреждений и больничных касс. Однако не стоит недооценивать и влияния других реформ. Во-первых, последовавшая за воссоединением институциональная перестройка во многом определила характер структурных реформ на востоке страны и потребовала огромных капиталовложений для сглаживания неравенства между востоком и западом. Во-вторых, многочисленные реформы социального обеспечения сказывались на доходах здраво-



охранения: были уменьшены размеры взносов для пенсионеров, безработных, студентов и получателей социальных пособий, обязали платить взносы частично занятых лиц. В-третьих, существенное влияние на рынок медицинских товаров и услуг стало оказывать законодательство Европейского Союза. В будущем этот фактор, редко привлекающий внимание общественности, будет иметь большое влияние на здравоохранение. Кроме того, во всю обсуждаются коренная реформа финансирования и организационная перестройка здравоохранения, введение страхования на случай необходимости долгосрочного медицинского ухода и расширение покрытия обязательного страхования.



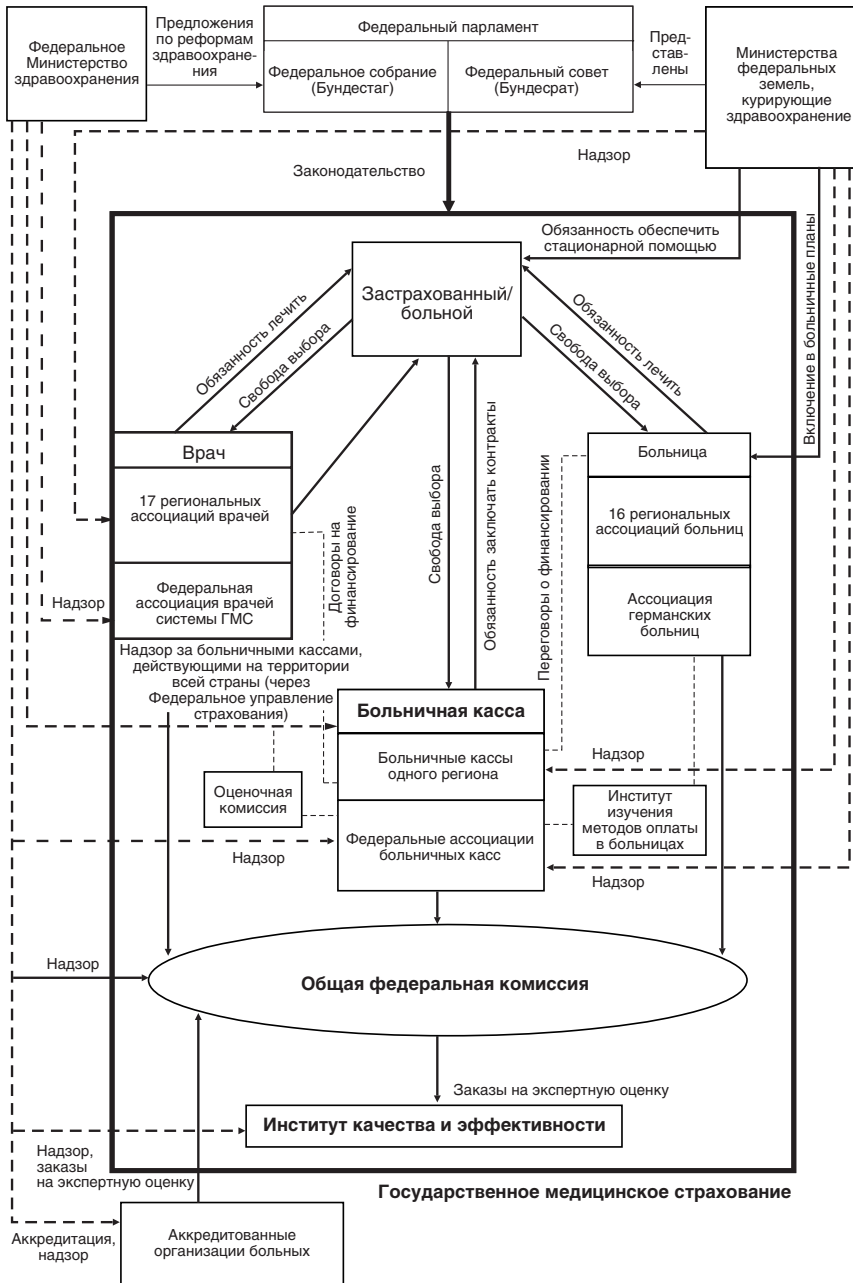
# Структура и управление

## Структура здравоохранения

Одним из главных принципов государственного устройства Германии, и системы здравоохранения в частности, является разделение полномочий между землями, федеральным правительством и узаконенными организациями гражданского общества. В области здравоохранения органы власти традиционно передают полномочия саморегулируемым организациям плательщиков и производителей услуг — т. е. структурам, непосредственно заинтересованным и разбирающимся в финансировании и осуществлении медицинского обслуживания по государственным страховым программам. В системе ГМС — основной системе германского здравоохранения — больничные кассы, их объединения и объединения врачей больничных касс получили статус квазигосударственных корпораций. Эти корпоративные организации учреждают саморегулирующиеся структуры, которые управляют финансированием и оказанием услуг в объеме, гарантированном Законом об обязательном медицинском страховании. Эти организации основаны на принципах обязательного членства и внутренней демократии. Они могут устанавливать и повышать членские взносы и финансировать лечение или оказывать услуги своим членам. Объединенные комиссии плательщиков (членов больничных касс) и поставщиков услуг (ассоциаций врачей или стоматологов отдельных больниц) на федеральном уровне устанавливают льготы, цены и нормативы, а на региональном — заключают партнерские договоры и осуществляют контрольно-разрешительные функции в отношении своих членов. Сильная вертикаль управления (обязательность решений вышестоящих органов для нижестоящих) сочетается с сильной горизонталью (коллегиальным принятием решений и заключением договоров между субъектами, законодательно действующими в различных секторах здравоохранения).

Все главные субъекты, действующие в здравоохранении, а также их основные взаимосвязи отражены на рис. 3. Помимо корпоративных управленческих структур с недавних пор право на участие в принятии решений получили и другие организации. Некоторые организации участвуют в процессе принятия решений путем консультирования структур управления (например, объединения медицинских сестер и специалистов в

Рисунок 3. Схема взаимодействия главных действующих лиц системы здравоохранения, 2005 г.



смежных с медициной областях), другие участвуют в обсуждении и во внесении предложений (организации больных), или же организации могут выступать в роли партнеров за столом переговоров (например, частные страховые компании в решении вопроса о внедрении клиничко-затратных групп). Особняком стоят суды. О них будет рассказано отдельно, после описания структур, действующих на федеральном, региональном и корпоративском уровнях.

В соответствии с конституцией (основным законом) Германии во всех федеральных землях должен обеспечиваться одинаковый уровень жизни. Однако пропаганда здорового образа жизни и охрана здоровья не упомянуты в числе государственных задач. (В отличие от германской конституции, в основном законе Германской Демократической Республики, в статье 35 охрана здоровья провозглашалась государственной задачей). В конституции определено, какие области регулируются исключительно федеральным, а какие — параллельным законодательством. Здравоохранение не является исключительной прерогативой федерации. Часть вопросов здравоохранения решается на уровне федеральных земель. Это относится, например, к пособиям по социальному страхованию, мерам против заболеваний, представляющих угрозу для общества, защите от ионизирующего излучения, сертификации врачей и других медицинских работников, лекарственным средствам, больничному хозяйству. Однако если есть соответствующий федеральный закон, то он имеет приоритет над законами земель. К этой же группе относятся некоторые вопросы охраны окружающей среды. Подразумевается, что все остальные аспекты здравоохранения входят в компетенцию федеральных земель.

## Федеральный уровень

Ключевыми структурами на уровне страны являются Федеральное собрание, Федеральный совет и Федеральное Министерство здравоохранения и социального обеспечения. В 2002 г. департаменты бывшего Министерства труда и социальной политики, занимавшиеся социальным обеспечением, были включены в состав Министерства здравоохранения. Как и до 1991 г., почти все вопросы социального обеспечения находятся в ведении одного министерства. Исключение составляет помощь безработным, которая входит в компетенцию Министерства экономики и труда. С 2002 г. Министерство здравоохранения и социального обеспечения (далее по тексту Министерство здравоохранения) было реорганизовано в соответствии с восемью направлениями его деятельности, каждое из которых разветвляется на две-три более узкие области:

- управление;
- общеевропейская и международная политика в области здравоохранения и социального обеспечения;
- планирование, социальное развитие государства, инновации и информация;
- лекарственные средства и охрана здоровья;

- медицинское обслуживание, государственное медицинское страхование, обеспечение долговременного лечения и ухода;
- профилактика, борьба с болезнями и биомедицина;
- социальное страхование, пенсионное страхование, социальный кодекс, социальные компенсации;
- помощь инвалидам, социальные пособия.

Бывший департамент министерства, отвечавший за защиту прав потребителей (в основном в отношении продуктов питания) и ветеринарию, отошел ко вновь созданному Министерству сельского хозяйства и защиты прав потребителей еще в 2001 г., после отставки министров здравоохранения и сельского хозяйства в связи с кризисом, вызванным эпидемией бычьей губчатой энцефалопатии.

При Министерстве здравоохранения и социального обеспечения работают федеральные инспекторы по вопросам обращения наркотических лекарственных средств (с 1998 г.), по вопросам защиты интересов инвалидов (с 2002 г.), по выборам в системе обязательного страхования (с 2002 г.) и по вопросам защиты интересов больных (с 2004 г.). Министерство консультируют специальные комиссии Консультативного совета по оценке и развитию в сфере здравоохранения, который ранее был подотчетен круглому столу «Взаимодействие в сфере здравоохранения».

В осуществлении контрольно-разрешительных функций, научно-консультативной деятельности и информационном обслуживании населения и научной общественности Министерству здравоохранения помогают нижеперечисленные подчиненные ему органы (не показаны на рис. 3).

- Федеральный институт лекарственных средств и медицинской техники (BfArM) выдает лицензии на лекарственные средства и осуществляет надзор за безопасностью лекарств и медицинской техники (см. раздел «Медицинские технологии»).
- Федеральный институт сывороток и вакцин (Институт Пауля Эрлиха) лицензирует сыворотки и вакцины.
- Федеральный институт инфекционных и неинфекционных заболеваний (Институт Роберта Коха) отвечает за эпидемиологический надзор, выявление, профилактику заболеваний и противоэпидемическую работу. Институт готовит и публикует эпидемиологические бюллетени и отчеты о состоянии здоровья населения. С 2001 г. он стал играть более активную роль в мониторинге и координации противоэпидемических мероприятий, в международном сотрудничестве в этой области, оповещении об опасности, а также в исследовательской работе в области микробиологии и эпидемиологии (см. раздел «Общественное здравоохранение»).
- Федеральный центр санитарного просвещения (BZgA) отвечает за подготовку и распространение материалов по санитарному просвещению. Центр организует, координирует и поддерживает кампании по профилактике, проводит концептуальные и оценочные исследования в области социального маркетинга (см. раздел «Общественное здравоохранение»).
- Германский институт медицинской документации и информации (DIMDI) обеспечивает общественность и специалистов информацией по

всем естественным наукам. Изначально деятельность института была исключительно медицинской, но сегодня он располагает множеством баз данных по всему спектру естественных и социальных наук. С 2000 г. институт публикует отчеты об оценке медицинских технологий, определяя приоритетные направления и привлекая внешние источники (см. раздел «Медицинские технологии»).

Первые три учреждения — преемники Федерального института здравоохранения, который был более независим от министерства, но был расформирован после скандала по поводу несоблюдения институтом требования об обязательном тестировании препаратов крови на антитела к ВИЧ (1993 г.).

Другими федеральными учреждениями, имеющими отношение к системе здравоохранения, но не показанными на рис. 3, являются Федеральное управление страхования (надзорный орган в системе социального страхования) и Федеральное управление по надзору за финансовыми операциями (надзорный орган в секторе частного коммерческого страхования).

## Уровень федеральных земель

К ключевым структурам этого уровня относятся правительства 16 земель и, в некоторой степени, законодательные органы земель. В 2003 г. в правительствах 13 из 16 федеральных земель было министерство, в названии которого фигурировало слово «здравоохранение». Однако ни в одной из земель не было министерства, занимавшегося исключительно здравоохранением. Чаще всего вопросы здравоохранения объединялись с вопросами труда и социальной политики (как это было и в тех трех землях, где слово «здравоохранение» в названии министерства отсутствовало), реже — с вопросами семьи или молодежи и лишь в одном случае — с вопросами окружающей среды — последнее сочетание было более привычным в 1970-х и 1980-х гг.

В земельных министерствах труда департамент здравоохранения обычно является одним из четырех-пяти отделов и имеет свои подразделения. В Нижней Саксонии, например, департамент здравоохранения подразделяется на отделы, занимающиеся следующими вопросами:

- санитарно-эпидемиологические службы и гигиена окружающей среды;
- укрепление здоровья, профилактика и лечение больных СПИДом;
- государственные больницы;
- планирование развития больничного сектора;
- надзор за деятельностью медицинских работников и их профессиональных организаций;
- психиатрия и запрещенные наркотики;
- лекарственные средства и надзор за деятельностью фармацевтов и их профессиональных организаций.

Большинство прочих сфер деятельности, влияющих на здоровье (такие, как транспорт, городское планирование, образование), находятся в ведении других министерств.

## Корпоративистские структуры

### Поставщики медицинских услуг

Корпоративистские структуры в сфере медицинского страхования представлены ассоциациями врачей и стоматологов, работающих в системе ГМС (со стороны поставщиков медицинских услуг), и больничными кассами и их объединениями (со стороны покупателей услуг). Эти организации основаны на обязательном членстве и имеют статус квазигосударственных корпораций.

Врачи, работающие в системе ГМС, образуют региональные врачебные ассоциации, основанные на принципах обязательного членства и демократического самоуправления. Ассоциации врачей есть в каждой из 16 земель. В густонаселенной земле Северный Рейн-Вестфалия таких ассоциаций две. С 2005 г. во всех 17 врачебных ассоциациях будет осуществлен переход от правлений, состоящих из врачей, работающих в них по совместительству на добровольной основе, к профессиональным правлениям с полной занятостью членов, что должно повысить эффективность управления. Кроме того, уменьшится число выборных представителей на региональной ассамблее врачей, а мажоритарная система будет заменена на пропорциональную для того, чтобы улучшить представительство интересов небольших групп среди врачей и психологов. В ассоциациях больше не делается различия между «обычными» членами, то есть частнопрактикующими врачами, и прочими, в основном больничными врачами, специально аккредитованными для амбулаторного лечения застрахованных (см. раздел «Первичная и специализированная амбулаторная помощь»). После принятия в 1999 г. закона о психотерапии в ассоциации врачей стали принимать психологов, прошедших специализацию в области психотерапии. Это сделано для того, чтобы распределить предоставление психотерапевтической помощи и ее оплату между врачами и психологами.

Стоматологи, аккредитованные в системе медицинского страхования, тоже образуют ассоциации на уровне земель и Федеральную ассоциацию стоматологов системы ГМС.

Ассоциация германских больниц все активнее включается в работу органов управления в системе государственного медицинского страхования. Формально она не имеет статуса квазигосударственной корпорации и представляет интересы больниц как организация, созданная на основании частного права. Тем не менее область юридической ответственности объединения все больше расширяется. В состав Ассоциации германских больниц входят 16 региональных объединений и 12 ассоциаций различных видов больниц, например университетских, государственных муниципальных, частных коммерческих. Другие организации получили в последние годы право совещательного, но не решающего голоса.

### Плательщики

Плательщиками являются самоуправляемые региональные и федеральные больничные кассы. В январе 2004 г. в стране было 292 больничные кассы, в

которых было застраховано 72 млн. человек (50,7 млн. работающих, остальные — неработающие члены их семей) (табл. 6) и 49 частных страховых компаний, в которых было полностью застраховано 7,1 млн. человек. По данным на 1 января 2004 г.:

- 37% участников системы ГМС застрахованы в 17 общих региональных кассах (*Allgemeine Ortskrankenkassen*, АОК);
- 33% застрахованы в 10 альтернативных кассах, страховавших раньше либо служащих, либо производственных рабочих;
- 21% застрахован в 229 больничных кассах предприятий (ВКК);
- 6% застрахованы в 20 кассах профессиональных объединений (ПКК).

В больничных кассах фермеров (14), горняков (1) и моряков (1) с «закрытым» и относительно небольшим членством (в общей сложности 4% застрахованного населения) действуют особые правила.

Все больничные кассы являются некоммерческими самоуправляемыми организациями. По закону больничные кассы обязаны собирать членские взносы и имеют право устанавливать ставку взноса, необходимую для покрытия расходов. Как правило, текущее руководство осуществляет правление, состоящее из двух членов, работающих полный день. Общее руководство осуществляет собрание представителей: оно регламентирует работу кассы, принимает бюджет, устанавливает ставку взносов и избирает правление. В собрание обычно входят представители работодателей и застрахованных работников предприятий, однако собрания альтернативных касс целиком состоят из представителей застрахованных работников. Представители и работников, и работодателей избираются каждые шесть лет. Многие представители входят в профсоюзы или ассоциации работодателей.

Общее число больничных касс постоянно сокращается, с тех пор как по закону о структуре здравоохранения от 1993 г. (табл. 6) региональные кассы и альтернативные кассы открылись для всех страхующихся. Первая волна слияний больничных касс (1994—1995 гг.) коснулась общих местных касс. Результатом слияния местных касс стало создание в каждой федеральной земле единой общей региональной кассы. В 1995 г. этому примеру последовали кассы профессиональных объединений, где слияние началось еще до того, как они открыли свои двери для «посторонних» членов. Последними стали объединяться больничные кассы предприятий, многие из них — тоже накануне начала конкуренции. С 1999 г. в «открытых» производственных больничных кассах членов было больше, чем в «закрытых», страховавших исключительно работников своих предприятий.

### **Другие виды государственных страховых фондов**

В смежных с медицинским страхованием секторах социального страхования тоже есть структуры, аналогичные больничным кассам:

- фонды страхования от несчастных случаев обеспечивают лечение и реабилитацию при несчастных случаях на производстве или профессиональных заболеваниях;
- пенсионные фонды отвечают за большинство реабилитационных услуг;

**Таблица 6. Число больничных касс в 1993—2004 гг. (по состоянию на 1 января)**

	1993	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Общие региональные кассы	269	92	18	18	17	17	17	17	17	17
Кассы при предприятиях	744	690	457	386	361	337	318	282	255	229
Альтернативные кассы (эрзац-кассы)	15	15	14	13	13	12	12	12	12	10
Кассы ремесленников	169	140	43	43	42	32	28	25	24	20
Кассы фермеров	22	21	20	20	20	20	19	17	15	14
Кассы моряков	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Кассы горняков	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Итого	1221	960	554	482	455	420	396	355	325	292

Источники: отчеты Федерального Министерства здравоохранения и социального обеспечения, 2004 г. [9, 30].

- с 1995 г. существуют фонды страхования на случай необходимости длительного медицинского ухода (см. раздел «Медико-социальная помощь»), созданные больничными кассами.

### Профессиональные палаты

Учрежденные в соответствии с законом профессиональные палаты врачей, стоматологов, фармацевтов, ветеринаров и, с 2003 г., психологов-психотерапевтов не относятся к системе государственного медицинского страхования. По закону, все представители перечисленных профессий должны состоять членами соответствующих палат, образуемых на уровне земель. Палаты действуют в соответствии с законодательством земли и отвечают за специализацию, аккредитацию и непрерывное образование, устанавливая стандарты профессиональной подготовки, практики и этики, налаживают связи с населением. На уровне федерации работу региональных палат координируют федеральные палаты, такие, как Федеральная врачебная палата (ее также называют Германской медицинской ассоциацией). Федеральные палаты действуют в рамках частного права и поэтому могут лишь давать рекомендации. Члены палат пользуются определенными льготами, в частности имеют право на дополнительное пенсионное обеспечение. Медицинские сестры, акушеры и физиотерапевты объединяются не в палаты, а в разнообразные профессиональные организации с добровольным членством. Медсестринские организации создали Германский совет по медсестринскому делу, который, по закону, может участвовать в подготовке решений в области государственного медицинского страхования, затрагивающих средний медицинский персонал.

### Другие участники

Добровольные организации, не относящиеся к упомянутым выше предусмотренным законом структурам, весьма многочисленны. Их можно сгруп-



пировать в зависимости от направленности интересов (научные, профессиональные, политические, экономические) и от того, кого они представляют.

145 научных медицинских организаций объединены в Ассоциацию научных медицинских обществ. Организации врачей, не относящиеся к корпоративным структурам, бывают двух типов — профессиональные и политико-экономические. К первому типу относятся объединения врачей общей практики и других специальностей. Эти организации разрабатывают требования к профессиональной подготовке и отстаивают интересы своей профессии в более широких медицинских кругах. Другим видом профессиональных организаций являются местные объединения врачей, обеспечивающие непрерывное образование и возможность профессионального общения для всех врачей, работающих в данной местности. Явно предназначены для отстаивания групповых интересов такие ассоциации германских врачей, как Союз Гартмана — преемник Лейпцигского союза, созданного в 1900 г. для защиты экономических интересов врачей (см. раздел «Историческая справка»), — представляющий в основном врачей амбулаторного сектора, и Марбургский союз, образованный в 1948 г. для защиты прав больных врачей. Еще одна лоббистская организация — Союз демократических врачей — часто оказывается в оппозиции к традиционным объединениям врачей, так как видит свою цель в улучшении здоровья и медицинского обслуживания населения, а не условий работы врачей.

Есть своя профессиональная ассоциация и у психологов. Психологи-психотерапевты, работающие в системе ГМС, как правило, являются членами Германской психотерапевтической ассоциации и Ассоциации психологов-психотерапевтов системы ГМС.

Основные добровольные медсестринские организации профессиональной направленности — независимая Германская ассоциация медицинских сестер и Союз германских ассоциаций медицинских сестер, представляющий объединения католических, протестантских сестер милосердия и медицинских сестер Красного Креста. Германский совет медицинских сестер представляет еще 9 объединений медсестер, акушерок, сестер по уходу за детьми и престарелыми. Другие профессиональные группы представлены в различных профессиональных организациях, наиболее значительными из которых являются ассоциации физиотерапевтов, логопедов и трудотерапевтов.

Самой влиятельной организацией фармацевтов, не относящейся к корпоративному сектору, является Ассоциация германских фармацевтов, представляющая интересы частных фармацевтов. Вместе с палатами фармацевтов она образует Союз ассоциаций фармацевтов.

В 1990-х гг. организационная структура фармацевтической отрасли Германии изменилась: крупные исследовательские и международные компании (42 компании, контролирующие две трети рынка фармацевтической продукции) объединились в Ассоциацию исследовательских фармацевтических компаний, в результате чего в Федеральной ассоциации фармацевтической промышленности (около 300 членов) остались лишь мелкие и средние компании. Раскол отчасти был вызван разногласиями по поводу

того, следует ли поддержать принятие перечня лекарств, затраты на которые подлежат возмещению по страховке. Еще две ассоциации представляют особые интересы некоторых групп производителей лекарственных средств: Федеральная ассоциация производителей лекарственных средств (320 членов) представляет интересы производителей безрецептурных лекарств, Германская ассоциация производителей непатентованных лекарственных средств (27 членов) — интересы производителей непатентованных препаратов.

Интересы производителей медицинской техники представляет Федеральная ассоциация медицинских технологий.

Еще одну влиятельную группу поставщиков услуг представляет Федеральный союз добровольных благотворительных организаций, в который входят шесть крупнейших некоммерческих благотворительных организаций, владеющих и управляющих больницами, домами инвалидов и престарелых, агентствами по уходу на дому и санитарным транспортом. В последней области некоммерческие организации играют главную роль. В число этих шести ассоциаций входят Благотворительная рабочая организация (берущая начало из социал-демократического рабочего движения), Германский Красный Крест, Германская католическая благотворительная организация, Ассоциация протестантских благотворительных организаций, Благотворительная организация евреев в Германии и Ассоциация независимых добровольных благотворительных организаций.

Что касается плательщиков, то 49 крупных частных компаний медицинского страхования (2004 г.) представляет Ассоциация компаний частного медицинского страхования, довольно успешно отстаивающая интересы этого сектора. Акции 30 из 49 частных страховых компаний продаются на рынке ценных бумаг.

В Германии множество разнообразных групп самопомощи, инвалидных организаций и объединений социально застрахованных лиц. Число групп самопомощи, занимающихся проблемами здоровья, составляет от 40 до 60 тысяч, число их членов — около 3 млн. Лишь 360 таких групп представлены на федеральном уровне [22]. Многие инвалидные организации и группы самопомощи при определенных заболеваниях входят в Федеральный союз помощи инвалидам, у которого есть представительства в 14 федеральных землях. Растет число членов — в 2004 г. их было около 1,8 млн. — в двух организациях, отстаивающих права граждан на государственную социальную помощь и права застрахованных по программам обязательного страхования. Одна из них — Германский совет инвалидов — представляет собой объединение групп самопомощи инвалидов, хронически больных и социально застрахованных.

С 2004 г. федеральное Министерство здравоохранения уполномочило 4 организации федерального уровня направлять делегатов для участия в работе Общей федеральной комиссии (см. раздел «Планирование, регулирование и управление»). Помимо Совета инвалидов, остальные три организации являются учреждениями для информирования и консультирования пациентов и потребителей: Федерация потребительских центров, Федераль-

ный союз организаций и инициатив больных и Германский союз групп самопомощи (объединение центров содействия развитию групп самопомощи) [22].

Кроме того, финансируемый преимущественно государством Фонд по контролю качества потребительских товаров (и услуг) и другие организации, защищающие права потребителей, начали интересоваться ставками страховых взносов, набором и качеством услуг, покрываемых больничными кассами, а также оценивать работу больниц и других медицинских учреждений и консультировать общественность по этим вопросам. Все названные выше организации являются независимыми и не связаны с какими-либо политическими партиями.

## Планирование, регулирование и управление

### Федеральный уровень

Вопросы, касающиеся равенства, полноты и порядка предоставления и финансирования социальных услуг, регулируются на федеральном уровне. Все программы системы ГМС прописаны в социальном кодексе (SGB) — основе законодательства о социальном страховании, но отнесены к компетенции различных министерств. В соответствии с социальным кодексом, с 1 января 1991 г. во вновь присоединенных восточных землях введена такая же система социального страхования, как в западных землях, за исключением ряда особых, в основном временных положений.

Права и обязанности застрахованных по программам социального страхования перечислены в первой книге социального кодекса и подробно изложены в последующих книгах. Медицинские услуги предусмотрены несколькими программами обязательного страхования: большая часть — программой ГМС, остальные — программами страхования от несчастного случая, пенсионного страхования (включая частичное покрытие лечения) и, с 1995 г., страхования на случай необходимости долговременного медицинского ухода. Государственное медицинское страхование (с 1991 г. находится в ведении федерального Министерства здравоохранения) регулируется пятой книгой социального кодекса (SGB V), в которую включены также последующие поправки и дополнения. С момента ее вступления в силу в декабре 1988 г. до декабря 2003 г. внесено около 100 изменений. В первой книге определены общие права и обязанности застрахованных, в четвертой и десятой — обязанности и административные процедуры, общие для всех агентств социального страхования.

В разделе 1 пятой книги социального кодекса изложены главные принципы социального медицинского страхования. В остальных главах регулируются следующие вопросы:

- обязательное и добровольное членство в больничных кассах (раздел 2);
- содержание наборов услуг, предоставляемых больничными кассами (раздел 3);

- порядок переговоров между больничными кассами и поставщиками медицинских услуг, в первую очередь ассоциациями врачей (раздел 4);
- порядок работы Консультативного совета по оценке и развитию в сфере здравоохранения (глава 5);
- организационная структура больничных касс и их ассоциаций (главы 6 и 7);
- механизмы финансирования, в том числе система выравнивания рисков между больничными кассами (раздел 8);
- задачи и организация медицинских экспертных комиссий (раздел 9);
- сбор, хранение, использование и охрана информации (раздел 10);
- административные штрафы и наказания (раздел 11);
- особые положения, касающиеся восточной части Германии (раздел 12, добавлен по договору о воссоединении Германии).

В разделе 4 определена саморегулируемая структура системы ГМС. Указано, какие вопросы должны и какие могут решаться общими комиссиями больничных касс, ассоциаций кассовых врачей и больниц (например, уточнение перечня услуг, шкалы гонораров за услуги), а какие — путем прямых переговоров (например, соглашение об общем размере средств, выделяемых на амбулаторную или стоматологическую помощь); на каком уровне должны вестись такие переговоры; каким должен быть состав общих комиссий; что произойдет, если не удастся достичь соглашения, и т. д. (подробнее об этом рассказано в соответствующих разделах).

Хотя эти правила законодательно определены на федеральном уровне в пятой книге социального кодекса, федеральное Министерство здравоохранения обязано следить за тем, чтобы их соблюдали федеральные ассоциации врачей, больничных кассы и их общие комиссии (см. ниже соответствующий подраздел). Надзор за больничными кассами, действующими в масштабе страны, возложен на Федеральное управление страхования, которому также поручен расчет рисков для перераспределения средств между больничными кассами.

Долговременный уход тоже отнесен к компетенции федерального Министерства здравоохранения. Эта область регулируется одиннадцатой книгой социального кодекса (SGB XI), весьма близкой по содержанию к пятой книге. К другим централизованным функциям, имеющим отношение к охране здоровья, относится разработка законодательства в области охраны окружающей среды и защиты от ионизирующей радиации — этим занимается федеральное Министерство охраны окружающей среды и ядерной энергетики — и надзор за частными компаниями медицинского страхования, который осуществляет Федеральное управление по надзору за финансовыми операциями (подчиняется федеральному Министерству финансов).

Права больных прописаны в самых разных законах, и их соблюдение обеспечивают самые разные органы. Основные принципы изложены в хартии больного. Готовится хартия получателей долговременной медико-социальной помощи. Как и хартия больного, этот документ разрабатывается с участием различных заинтересованных сторон и под руководством федеральных министерств юстиции и здравоохранения.

## Уровень федеральных земель

Правительства земель отвечают за поддержание больничной инфраструктуры, планирование и финансирование развития больничного сектора (см. разделы «Специализированная и высокоспециализированная стационарная помощь» и «Финансирование больниц»). Капиталовложения осуществляются в соответствии с планами, разработанными земельными правительствами, вне зависимости от формы собственности больниц. Крупные капиталовложения (на строительство и масштабные закупки медицинского оборудования) однозначно входят в обязанности земельных правительств, а вот за содержание и ремонт зданий должны теперь платить больничные кассы, увеличивая согласованный бюджет больницы на 1,1%. С 1993 г. во всех землях, кроме Баварии, правительства отказались за это платить.

Второй важной обязанностью земель является содержание служб общественного здравоохранения (в соответствии с федеральными законами о заболеваниях, угрожающих безопасности населения). В некоторых землях правительства сами управляют службами общественного здравоохранения, но чаще поручают это местным органам. В задачи общественного здравоохранения входят надзор за работой медицинских учреждений, профилактика инфекционных заболеваний и контроль за их распространением, надзор за торговлей продуктами питания, фармацевтической продукцией, гигиена окружающей среды, консультирование, психиатрическая помощь по месту жительства, санитарное просвещение и пропаганда здорового образа жизни, медицинские обследования школьников. С 1970-х гг. большинство профилактических мероприятий, таких, как массовые диспансеризации взрослых и детей, входят в набор услуг, предоставляемых больничными кассами, и выполняются амбулаторными врачами.

Кроме того, земельные власти отвечают за высшее медицинское, стоматологическое и фармацевтическое образование и осуществляют надзор за действующими на их территории региональными врачебными палатами, врачебными ассоциациями и больничными кассами.

Взаимодействие земель в сфере общественного здравоохранения осуществляется с помощью Рабочей группы руководителей здравоохранения и Конференции министров здравоохранения, правда, ни одна из этих структур не может принимать решения, обязательные к исполнению. Кроме того, созданы разнообразные совместные организации для решения конкретных задач. Так, земли Бремен, Гамбург, Гессен, Нижняя Саксония, Северный Рейн-Вестфалия и Шлезвиг-Гольштейн открыли в Дюссельдорфе Академию общественного здравоохранения, готовящую врачей общественного здравоохранения для этих земель. Аналогичная академия есть в федеральной земле Бавария, в ее финансировании участвуют земли Баден-Вюртемберг, Рейнланд-Пфальц, Саар, Саксония и Тюрингия (таким образом, лишь Мекленбург-Передняя Померания и Саксония-Анхальт готовят врачей общественного здравоохранения без посторонней помощи). Общим для всех земель является Институт по экзаменационным вопросам для медицинских, стоматологических и фармацевтических вузов, который готовит эти

вопросы и проверяет письменные ответы. С 2004 г. институт будет в основном заниматься консультированием по вопросам подготовки врачей, поскольку, в соответствии с положением об аттестации врачей (2003 г.), медицинские школы должны стать более самостоятельными в проверке знаний студентов и составлении программ обучения.

## Корпоратистские структуры

Несмотря на то что с 1980-х гг. федеральное правительство, Федеральное собрание и Федеральный совет принимают все новые законы, направленные на реформирование здравоохранения, многие решения в системе здравоохранения этой густонаселенной страны до сих пор принимают децентрализованно и автономно. В системе государственного страхования, в частности медицинского, главную роль играют ассоциации плательщиков и поставщиков услуг. Федеральные и земельные органы исполнительной и законодательной власти, как правило, не участвуют в управлении системами государственного страхования по болезни, долговременному уходу и от несчастных случаев (хотя у федерального правительства есть властные полномочия и обязательства по финансированию в отношении других страховых программ, например страхования по безработице). Расходы на ведение дел в больничных кассах покрываются за счет взносов их обязательных членов, а управление строится на принципах внутренней демократии. Многие решения принимаются в ходе партнерских переговоров в рамках общих комиссий, состоящих из представителей федеральных и региональных организаций поставщиков услуг и плательщиков.

В большинстве стран Европы властные полномочия организаций системы ГМС сужаются с целью сдерживания затрат. В Германии же они расширены. Желание федерального правительства активнее контролировать перечень медицинских услуг и качество их оказания привело к усилению государственного надзора за решениями, принимаемыми органами самоуправления, но не к передаче полномочий государственным органам. Для этого в органах самоуправления системы ГМС были созданы новые внутриведомственные комиссии, которым поручено выполнять эти обязанности.

Федеральное законодательство поощряет конкуренцию между больничными кассами, а центральная власть обеспечивает единые стандарты медицинской помощи [23]. Усиление общих комиссий означало ослабление независимости врачей в пользу влияния больничных касс.

## Плательщики

В социальном кодексе организациям плательщиков — больничным кассам — отводится ключевая роль в системе ГМС. Они собирают членские взносы и устанавливают ставку взносов, необходимую для покрытия расходов. Действуя в интересах всех своих членов, больничные кассы договариваются с поставщиками услуг о ценах, об объемах и о качестве гарантируемых страховкой услуг. Эти договорные услуги, как правило, доступны всем членам больничных касс без предварительного разрешения администрации

кассы. Разрешение, однако, требуется для профилактического санаторно-курортного лечения, реабилитационных мероприятий и кратковременного ухода на дому. В спорных случаях больничная касса обращается в общую для всех касс медицинскую экспертную комиссию за заключением о необходимости лечения.

В конце 1996 г. правительство попыталось вывести такие услуги, а также неэкстренную транспортировку больных и физиотерапию за рамки обязательного набора услуг, т. е. позволить каждой больничной кассе самостоятельно решать, предоставлять эти услуги или нет. В ответ больничные кассы пригрозили вообще перестать оказывать эти услуги. По их мнению, исключение этих услуг позволило бы части больничных касс предложить более низкие ставки страховых взносов и привлечь более здоровых клиентов. Это привело бы к увеличению различий в размерах ставок и, возможно, к вытеснению «щедрых» больничных касс с рынка, поскольку система компенсации повышенного уровня риска не распространяется на расходы по дополнительным льготам.

### **Поставщики медицинских услуг**

Корпоративские организации обязаны обеспечить предоставление поставщиками услуг всего спектра медицинской помощи больным с острой патологией. Самым ярким примером таких организаций являются ассоциации врачей и стоматологов, которым поручено амбулаторное обслуживание населения и дана монополия на эту деятельность. Монополия означает, что больницы, органы местного самоуправления, больничные кассы и другие организации не имеют права заниматься амбулаторным обслуживанием, за исключением предусмотренных законом или решениями общих комиссий больничных касс и врачей. В последние годы таких исключений становится все больше (см. раздел «Первичное и специализированное амбулаторное обслуживание»). Ассоциации врачей отвечают за удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи, обеспечение населения всеми видами помощи на всей территории страны, а также за получение от больничных касс заранее согласованного бюджета и дальнейшие расчеты с врачами (см. раздел «Заработная плата врачей»). Региональные ассоциации врачей и стоматологов обязаны обеспечивать амбулаторную помощь круглосуточно. Монополия также предполагает заключение региональными ассоциациями врачей коллективных договоров на амбулаторное обслуживание населения с многочисленными больничными кассами своего региона (рис. 3). Ассоциации ведут расчеты с врачами по единым общенациональным правилам, скорректированным с учетом особенностей региона (рис. 15). Монополия также означает, что ни больницы (за исключением университетских амбулаторных клиник), ни больничные кассы, ни муниципалитеты, ни медицинские работники неврачебных профессий не имеют права оказывать амбулаторные услуги, не предусмотренные коллективными договорами.

Закон, обеспечивающий оказание амбулаторной помощи, гарантирует оказание такой помощи дежурными службами в пределах приемлемых расстояний, но не касается обеспечения неотложной помощью (с 1997 г.). Ассо-



циации врачей обеспечивают медицинское обслуживание в соответствии с законом и договорами с больничными кассами. Ассоциации врачей гарантируют больничным кассам соблюдение законных и договорных требований. Ассоциации врачей представляют собой демократически самоуправляемые кооперативные сообщества, с одной стороны, обеспечивая свободу врача в постановке диагноза и назначения лечения, с другой стороны, осуществляя вмешательство и контроль для поддержания должного качества медицинского обслуживания.

Амбулаторное медицинское обслуживание является, таким образом, тем сектором, в котором корпоративистские институты наиболее влиятельны. В пятой книге социального кодекса определены преимущественно общие виды льгот, а также круг вопросов, решаемых в ходе переговоров между больничными кассами и ассоциациями врачей и стоматологов. В ходе таких переговоров определяются принципы финансирования и уточняется набор амбулаторных медицинских услуг. Как правило, и набор услуг, оплачиваемых больничными кассами, и принципы этой оплаты строго регламентированы, иногда законом, но чаще соглашениями между врачами и больничными кассами.

В больничном секторе нет корпоративистских структур, поэтому больницы заключают договоры с больничными кассами в индивидуальном порядке. Обычно каждая больничная касса, покупающая более 5% общего объема услуг отдельной больницы, заключает договор с этой больницей. При этом набор предлагаемых услуг и тарифы одинаковы для всех больничных касс. Предложение федерального Министерства здравоохранения о превращении больничных объединений в корпоративистские органы было отклонено, и во второй закон о реорганизации системы ГМС вошло положение, предусматривающее некоторое расширение полномочий больничных объединений, в частности позволившее им договариваться с больничными кассами о перечне клинических групп и расценках на услуги.

### **Объединенные структуры**

Важной разновидностью саморегулирования является так называемое «совместное саморегулирование», с участием по меньшей мере двух сторон. Решения принимаются общими комиссиями или в ходе переговоров, ведущих к заключению договоров. Одни вопросы (например, определение набора медицинских услуг) решаются только общими комиссиями, другие (например, бюджет амбулаторного сектора) передаются в общую комиссию только в случае неудачи открытых переговоров. Одна общая комиссия может быть также первой инстанцией для подачи апелляций против решений другой общей комиссии (например, в случае рассмотрения претензий). Организациями, обеспечивающими совместное саморегулирование на федеральном уровне, являются Общая федеральная комиссия, Оценочная комиссия и Расширенная оценочная комиссия. В каждой из 16 федеральных земель есть арбитражные комиссии (на тот случай, если двусторонние переговоры, например о повышении платы, оказались безрезультатными), комиссии по аккредитации, арбитражные комиссии по аккредитации, комиссии по рас-



смотрению претензий и арбитражные комиссии по рассмотрению претензий. Иногда в структуры совместного саморегулирования входят представители правительства. Например, они входили в комиссии по планированию развития высокотехнологичных видов медицинской помощи, распущенные в 1997 г.

С 2001 г. федеральные ассоциации больничных касс и Ассоциация германских больниц совместно управляют независимым Институтом совершенствования системы финансирования больниц, разрабатывающим систему клинично-затратных групп (см. раздел «Финансирование больниц»).

В переговорах между больничными кассами и врачами об объеме страховых обязательств главную роль играла Федеральная комиссия врачей и больничных касс, отвечавшая за амбулаторный сектор. Эта старейшая совместная организация в германской системе обязательного медицинского страхования была создана в 1923 г. За последние несколько десятков лет она выпустила порядка 20 нормативных документов, регулирующих выдачу справок о заболевании, проведение массовых обследований, оказание услуг по планированию семьи, назначение лекарств и медицинских приспособлений, неврачебную помощь, например физиотерапевтическую, обеспечение качества визуальной диагностики, планирование распределения частнопрактикующих врачей в зависимости от потребностей населения, включение новых методов и процедур в набор амбулаторных услуг. Во втором законе о реорганизации системы ГМС компетенция Федеральной комиссии была расширена. С июля 1997 г. на ней лежит ответственность за технологическую оценку оказываемых услуг, подготовку перечня льготных неврачебных услуг, а также директив, устанавливающих, каким больным положены льготные реабилитационные услуги. В Федеральной комиссии было несколько подкомиссий. Одна из них оценивала эффективность новых методов диагностики и лечения по критериям, установленным в директивах от 1990 г. После расширения компетенции комиссии эта подкомиссия была переименована в подкомиссию по медицинской помощи и приняла новые директивы по оценке технологий (см. раздел «Медицинские технологии»).

В 2000 г. была создана общая комиссия по больничному сектору. В нее вошли представители больничных касс и Ассоциации германских больниц. Комиссия отвечала за обеспечение качества услуг и принятие решений об исключении услуг из основного набора, но, в отличие от аналогичной комиссии по амбулаторному сектору, от нее не требовалось принятия решений о том, какие услуги должны включаться в набор. Кроме того, была образована координационная комиссия для комиссий по амбулаторному и больничному секторам. Ей также было поручено выявлять области избыточного или недостаточного использования услуг, принимать рекомендации по межсекторному сотрудничеству в медицинском обслуживании и программы лечения заболеваний.

После вступления в силу Закона о модернизации системы ГМС (2004 г.) все общие комиссии амбулаторного сектора и больничного сектора вместе с координационной комиссией были слиты в одну — Общую федеральную комиссию. В ее основной состав входят девять представителей федеральных

ассоциаций больничных касс (три от общих региональных касс, два от альтернативных касс и по одному от производственных касс, касс профессиональных объединений, фермеров и работников горнодобывающей промышленности) и девять представителей объединений врачей (четыре от Федеральной ассоциации врачей системы ГМС, один от Федеральной ассоциации стоматологов системы ГМС и четыре от Ассоциации германских больниц), два нейтральных члена, по одному от каждой стороны, и нейтральный председатель, утвержденный обеими сторонами, который имеет решающий голос в том случае, если не удастся достичь согласия. Кроме того, девять представителей от официально аккредитованных организаций больных могут участвовать, без права голоса, в консультациях и предлагать темы для обсуждения и принятия решений.

Общая федеральная комиссия, в пределах своей компетенции, издает директивы для всех секторов медицинской помощи в соответствии с социальным кодексом. Некоторые директивы принимаются на пленарном заседании Общей федеральной комиссии, являющимся ее высшим органом управления. Это касается, например, устава комиссии и порядка оценки методов лечения с целью решения вопроса об их включении в основной набор льгот или об исключении из него.

Общая федеральная комиссия состоит еще из 4 комиссий, каждая из которых принимает директивы в области своей компетенции. В каждой такой комиссии представлены заинтересованные стороны, действующие в соответствующей области. Представители федеральных ассоциаций больничных касс (уполномочены принимать решения) и больных (без права голоса) есть в каждой из четырех комиссий, а вот поставщики услуг представлены по-разному. Представители Федеральной ассоциации врачей системы ГМС входят в комиссию по амбулаторной помощи, комиссию по медицинским вопросам, но не входят в комиссию по стоматологической помощи, в этой комиссии работают представители Федеральной ассоциации стоматологов системы ГМС. Ассоциация германских больниц представлена в комиссии по стационарной помощи и в комиссии по медицинским вопросам. В состав совместных комиссий входят различные подкомиссии, которые, иногда с помощью рабочих групп, готовят рекомендации, заключения и директивы.

Их директивы обязательны для субъектов, действующих в системе социального медицинского страхования, но могут быть обжалованы в общественных судах. В основном директивы касаются состава гарантированного набора услуг и обеспечения их качества и эффективности (табл. 7). В одних директивах разъясняются правила предоставления медицинской помощи и порядок контроля за деятельностью частнопрактикующих врачей. Другие касаются планирования медицинской помощи и ценообразования. Четыре комиссии исполняют следующие функции.

1. Самые широкие полномочия по принятию решений — у комиссии по амбулаторной помощи, преемницы Федеральной комиссии врачей и больничных касс. В нее входят подкомиссии по лечению, психотерапии, документальному подтверждению заболеваний, профилактике, планированию семьи, услугам специалистов смежных с медициной профессий и

вспомогательного медицинского персонала, направлению на стационарное лечение и транспортировке больных, по уходу на дому, восстановительному лечению, социальной терапии, обеспечению качества, планированию на основе потребностей.

- Помимо директив в названных областях медицинского обслуживания эта комиссия, официально определила, кто относится к хронически больным, имеющим право на льготы по оплате лечения, выпустила директиву по условиям найма врачей-помощников врачами, работающими в системе ГМС.
  - Директивы, касающиеся услуг специалистов смежных с медициной профессий, готовятся после консультаций с соответствующими федеральными профессиональными организациями, например физиотерапевтов, логопедов, эрготерапевтов (так называемая «система партнерства»). Аналогичным образом, при обновлении директив по уходу на дому комиссия советуется с ассоциациями медицинских сестер.
  - В директивах по оценке технологий устанавливаются критерии оценки амбулаторных услуг для решения вопроса об их включении в основной набор. Чтобы быть включенным в этот набор, новый метод должен получить положительную оценку (см. раздел «Медицинские технологии»).
  - Директива о лекарственных средствах определяет широкий круг решений, касающихся страхового покрытия, рекомендаций по врачевым назначениям и установления цен на амбулаторно назначаемые препараты, оплачиваемые системой ГМС (табл. 7). В решениях по оплате приводятся перечни фирменных препаратов, затраты на которые, по решению министерства, не возмещаются системой ГМС, или основания для освобождения от доплаты за лекарственные средства. Вместо исключения лекарств из набора страховых услуг предшественники комиссии предпочитали информировать об эффективности, о безопасности и ценах лекарств и издавать рекомендации по назначению лекарственных средств исходя из соотношения цены и эффективности. Комиссия также отвечает за отбор и группирование лекарств для установления базовых цен, что с 2004 г. относится не только к непатентованным, но и к патентованным препаратам (см. раздел «Лекарственные средства»).
  - В директивах по обоснованному планированию амбулаторной медицинской помощи изложены принципы планирования численности врачей всех специальностей, необходимой для обеспечения должного медицинского обслуживания; планирование осуществляют общие комиссии врачей и больничных касс на уровне земель (см. раздел «Медицинские кадры и обучение »).
2. Комиссия по стоматологической помощи, преемница бывшей Федеральной комиссии стоматологов и больничных касс, издает директивы по стоматологическому и ортодонтическому лечению, выявлению заболеваний зубов, индивидуальной профилактике, зубному протезированию, процедурам оценки новых и существующих технологий, а также по планированию на основе потребностей.
  3. Комиссия по стационарной помощи — преемница бывшей комиссии по стационарной помощи. В нее входят подкомиссия по методам оценки

**Таблица 7. Кем и как принимаются решения в области здравоохранения в Германии<sup>а</sup> в 2004 г. (по секторам)**

Сектор	Набор услуг	Лицензирование и аккредитация	Финансирование	Обеспечение качества
Амбулаторная помощь (первичная и специализированная)	Основы определяет федеральное законодательство; проработка поручена главным образом структурам федерального уровня	Основы определяет федеральное законодательство; проработка поручена структурам федерального уровня (правила) и земельного (реализация)	Главным образом поручено структурам земельного уровня; с 1999 г. — не в полном объеме, поскольку увеличение региональных бюджетов ограничено федеральными законами	Определяется федеральным законодательством (внутреннее обеспечение качества); проработка поручена структурам федерального уровня (правила) и земельного (реализация)
Стационарная помощь	До 1999 г. прямо включалось в решения по финансированию; с 2000 г. в основном поручено структурам федерального уровня	de facto — земельными правительствами: по закону, больничные кассы могут расторгнуть договор с больницами, но окончательное решение принимают земельные правительства	Финансирование капитальных затрат: главным образом «снизу вверх», т. е. федеральными землями; текущие расходы: поручено местным структурам, подготовка системы клиничко-затратных групп главным образом — на федеральном уровне с проведением в жизнь федеральным правительством	Определяется федеральным законодательством (внутреннее и внешнее обеспечение качества); реализация поручена структурам земельного уровня
Помощь, охватывающая несколько секторов здравоохранения	Основы определяет федеральное законодательство; проработка поручена структурам федерального уровня (правила) и земельного (реализация)	Основы определяет федеральное законодательство; проработка поручена структурам федерального уровня (правила) и земельного (реализация)	Основы определяет федеральное законодательство; проработка поручена структурам федерального уровня (правила) и земельного (реализация) и партнерам по избирательным контрактам	Основы определяет федеральное законодательство; проработка поручена структурам федерального уровня (правила) и земельного (реализация) и партнерам по избирательным контрактам

Стоматологическая помощь	Основы определяет федеральное законодательство; проработка поручена главным образом структурам федерального уровня	Основы определяет федеральное законодательство; проработка поручена структурам федерального уровня (правила) и земельного (реализация)	Главным образом поручено структурам земельного уровня; с 1999 г. — не в полном объеме, поскольку увеличение региональных бюджетов ограничено федеральными законами	Основы определяет федеральное законодательство; проработка поручена структурам федерального уровня (правила) и земельного (реализация)
Лекарственные средства	Сочетание правилительственного регулирования (список неоплачиваемых препаратов; в будущем — базовый список оплачиваемых препаратов) и регулирования структурами федерального уровня	Основы определяет федеральное законодательство и законодательство ЕС; лицензирование — правилительственное агентство на федеральном уровне или агентство ЕС	Наценки оптовых компаний и аптек за рецептурные средства определяются законом; отпускные цены по большей части устанавливает сам производитель; установление базовых цен и правил замены на препараты аналогичного действия поручено структурам на федеральном уровне; согласование и контроль объемов назначений для каждой практики производится на региональном уровне	Основы определяет федеральное законодательство; фармаконадзор осуществляется национальным и европейским лицензирующим агентством на федеральном уровне; проработка и внедрение политики качества назначений поручены структурам федерального и регионального уровней
Общественное здравоохранение	Законодательство на федеральном уровне лишь по определенным вопросам (например, инфекционным болезням, радиации); основное законодательство на уровне федеральных земель (различные для каждой земли регулирующие положения)	Отсутствуют	«Снизу вверх», т. е. федеральными землями; в большинстве земель передано еще ниже, на муниципальный уровень	Надзор на более высоком административном уровне; внутреннее управление качеством как часть административных мер по модернизации на муниципальном или региональном уровне

Источник: составлено авторами.

Примечание: <sup>2</sup> под «структурами» имеются в виду (корпоративские) структуры самоуправления, представляющие интересы плательщиков (больничных касс) и поставщиков услуг (врачей, работающих в системе ГМС, и больниц) на уровне земель и федеральном уровне системы ГМС.

технологий, которая принимает решения об исключении лечебных методов (в отличие от аналогичной подкомиссии амбулаторного сектора, решающей вопрос о включении методов в набор услуг), подкомиссия по внешнему обеспечению качества стационарной помощи и подкомиссия по другим видам обеспечения качества стационарной помощи.

4. Комиссия по медицинским вопросам — преемница бывшей Координационной комиссии. В нее входят подкомиссия по амбулаторному лечению в больницах, составляющая перечень высокоспециализированных услуг, которые разрешено оказывать амбулаторным отделениям больниц, подкомиссия по программам лечения заболеваний и подкомиссия по обеспечению качества, которая должна оценивать программы обеспечения качества и готовить отчеты по ним, а также издавать рекомендации по единым стандартам обеспечения качества для всех специализаций и секторов.

Все директивы Общей федеральной комиссии передаются в федеральное Министерство здравоохранения. Если в течение 2 месяцев министерство официально не отклоняет директиву, она становится обязательной для всех затрагиваемых в ней сторон, действующих в системе социального страхования на федеральном, земельном и местном уровнях, а также для каждого врача и застрахованного пациента.

Если решение о включении услуги в перечень амбулаторных услуг ГМС не вызвало возражений у Министерства здравоохранения, другая совместная комиссия федерального уровня решает вопрос о возмещении больничными кассами расходов на ее оказание и устанавливает требования к врачам, могущим претендовать на такое возмещение (см. раздел «Медицинские технологии»). Оценочная комиссия состоит из представителей ассоциаций больничных касс и Федеральной ассоциации врачей системы ГМС. Она, в частности, определяет относительную стоимость услуги в сравнении с другими услугами в единой шкале стоимости услуг (см. раздел «Заработная плата врачей»).

В принятии решений Общей федеральной комиссии помогает Институт качества и эффективности, существующий на средства организаций, ответственных за саморегулирование (а не федерального правительства, как изначально планировалось). Институт создан в июле 2004 г. с разрешения федерального Министерства здравоохранения, выполняющего надзорные функции. В обязанности института входят:

- оценка эффективности и безопасности лекарственных средств как основы для принятия решения о компенсации расходов на препарат в рамках системы базовых цен;
- написание научных докладов и отчетов по вопросам качества и эффективности услуг, входящих в основной набор;
- выработка рекомендаций по программам лечения заболеваний;
- оценка научно обоснованных руководств по борьбе с заболеваниями, имеющими эпидемиологическое значение;
- исследование, оценка и опубликование современных знаний по диагностике и лечению отдельных болезней;

- предоставление гражданам полной информации по качеству и эффективности медицинской помощи.

## Надзор и разрешение противоречий

Деятельность корпоративных структур — будь то организации, представляющие интересы отдельных групп, или совместные комиссии — контролируется многоярусной системой надзора, в которой задействованы сами структуры саморегулирования, правительство и общественные суды. Государственный надзор за федеральными ассоциациями больничных касс и врачей и их совместными органами осуществляет федеральное Министерство здравоохранения, а за федеральными больничными кассами — Федеральное управление страхования.

На уровне земель государственный надзор осуществляет отдел государственного медицинского страхования земельного министерства, отвечающего за здравоохранение.

Можно выделить несколько уровней надзора и обеспечения соблюдения законности:

- официальное утверждение (или неопротестование) государственным надзорным органом решений, принятых органами саморегулирования;
- наложение государственным надзорным органом вето на решения органов самоуправления, принятые в нарушение закона;
- право федерального правительства на вмешательство («*Ersatzvornahme*») в том случае, если органы саморегулирования не приняли необходимых решений, так было, например, при введении системы финансирования больниц по клинично-затратным группам (см. раздел «Финансирование больниц»);
- судебное преследование организаций, не исполняющих свои обязанности.

Если угроза закрытия больничной кассы применима главным образом в случае финансовой неустойчивости или несостоятельности, то наиболее строгие меры в отношении ассоциаций врачей и стоматологов больше связаны с их поведением в качестве институтов саморегулирования. Если правление не избрано или уклоняется от исполнения предусмотренных законом обязанностей (§ 79a SGB V), государство для начала может назначить своего управляющего. Если же не менее 50% членов ассоциации отказываются лечить больных, застрахованных в больничных кассах, то ассоциация утрачивает свою законную монополию на медицинское обслуживание, которая в этом случае переходит к больничным кассам (§ 72a SGB V).

Обе эти меры были введены в законодательство лишь в 1993 г., после того как самоуправляемые ассоциации отказались выполнять некоторые законные требования. К назначению государственного управляющего прибегали дважды. В 1995 г. правительство Нижней Саксонии распустило правление ассоциации стоматологов, отказавшееся заключить необходимые договоры об оплате услуг с больничными кассами. Правительство назначило управляющим высокопоставленного правительственного чинов-



ника, который и подписал договоры от имени стоматологической ассоциации. Лишь после этого членам правления разрешили вернуться к исполнению своих обязанностей. Другой случай произошел в Баварии, в феврале 2004 г. земельное правительство на шесть недель ввело государственное управление ассоциацией стоматологов. Причиной послужило решение собрания ассоциации о введении частичной оплаты за профилактические осмотры (по закону вводить за подобные услуги частичную оплату нельзя). В ноябре 2003 г. собрание решило не исполнять важные положения Закона о модернизации системы ГМС и готовиться к отказу от обязательств по гарантированному обеспечению медицинского обслуживания застрахованных в системе ГМС. В июле 2004 г. правительство Нижней Саксонии первым передало обязательства по обеспечению обслуживания больничным кассам после того, как четверть (44) ортодонтотв из региональной стоматологической ассоциации Нижней Саксонии вернули свои свидетельства об аккредитации в системе ГМС в знак протеста против снижения доходов из-за того, что в договоре, заключенном Федеральной ассоциацией стоматологов системы ГМС и федеральными ассоциациями больничных касс, на ортодонтическое лечение были установлены более низкие расценки, чем на обычное стоматологическое лечение. Поскольку региональная ассоциация стоматологов не могла (или не хотела) обеспечить замену, Министерство социальных дел объявило, что на трех участках планирования больше не гарантируется достаточная доступность этого вида услуг, и обязало больничные кассы обеспечить необходимую ортодонтическую помощь. Кассы должны были действовать сообща и выборочно заключать договоры с амбулаторными отделениями университетских клиник, местными стоматологами, имеющими квалификацию ортодонтотв, а также ортодонтотв в других землях.

Такие формы государственного вмешательства крайне редки, обычно спорные вопросы решаются в ходе совместных переговоров. Если сторонам не удастся урегулировать спор по поводу своих законных обязанностей, поиском решения занимается сложная система совместных арбитражных комиссий, призванная не допустить появления нормативного вакуума и обеспечить своевременное заключение договоров между ответственными сторонами.

Самоуправление рассматривалось как прочная основа успешного ведения переговоров, доверия общества и как гарантия против нежелательного вмешательства государства. В то же время саморегулирование критикуют за недостаток открытости и ответственности. В своем отчете, посвященном здравоохранению (1999 г.), международная организация «Трансперенси Интернешнл» критиковала правительства федеральных земель за слабый надзор в сфере здравоохранения и недостаточную борьбу с мошенничеством и коррупцией. Впоследствии различные мошеннические требования получили широкую огласку, и были предъявлены обвинения в уголовных преступлениях. С 2004 г. в больничных кассах и региональных ассоциациях врачей и стоматологов должны быть отделы по внутриведомственной борьбе с коррупцией.



## Общественные суды

Многие корпоративские решения, равно как парламентские законы и постановления правительства, могут быть обжалованы в общественных судах, действующих на местном, земельном и федеральном уровнях и составляющих отдельную судебную систему. До 2003 г. подача судебного иска была бесплатной. Затем была введена дифференцированная плата для разных категорий истцов (социально застрахованных лиц, отдельных врачей, организаций социального страхования и субъектов, действующих в частном секторе). В общественные суды пациенты обращаются с жалобами на больничные кассы за отказ в предоставлении льгот, отдельные врачи — чтобы оспорить решение Арбитражной комиссии по претензиям на уровне федеральной земли; компании — производители устройств медицинского назначения — чтобы оспорить отказ о включении их продукции в льготный набор амбулаторных медицинских услуг. Число жалоб, поданных производителями лекарств по поводу ценообразования и формирования лекарственных групп для установления базовых цен, а также по поводу директивных рекомендаций по назначению лекарственных средств, кажется чрезвычайно большим в Германии по сравнению с другими странами. В большинстве исков оспаривалась законность вмешательства Федеральной комиссии врачей и больничных касс (предшественницы комиссии по обслуживанию населения врачами системы ГМС) как негосударственной структуры, действующей в системе социального медицинского страхования, в работу фармацевтического рынка. В начале 2004 г. Европейский суд подтвердил законность установления комиссией базовых цен. Суд исходил из того, что государство в законном порядке передало комиссии часть своих функций.

Другим примером является отклонение Федеральным общественным судом протестов некоторых производственных больничных касс против обязанности выделять средства в общий фонд выравнивания рисков между кассами. В июле 2004 г. это решение подтвердил Федеральный конституционный суд (см. раздел «Основные источники финансирования»).

## Децентрализация системы здравоохранения

Децентрализация может происходить в разных формах, отражая все большую независимость от государственной власти: деконцентрация, делегирование полномочий и приватизация. Привычный термин «децентрализация» не передает всех нюансов германского федерализма. На первый взгляд широкие полномочия земель могут показаться примером децентрализации, но это не соответствует истине, поскольку федеральный центр никогда не передавал свои полномочия землям, существовавшим и до создания федеративной республики (которую они фактически образовали). В Германии, наоборот, одни права и обязанности, как указано в конституции, земли передали на федеральный уровень, а другие сохранили за собой.

В германской системе здравоохранения децентрализация не имеет большого значения из-за того, что большинство административных уровней (за исключением администраций некоторых земель) не подразделяется на подуровни, поскольку у каждой административно-территориальной единицы, начиная с муниципалитета и выше, есть свои собственные независимые выборные представители и правительство.

Как видно из раздела «Планирование, регулирование и управление», наиболее примечательной особенностью децентрализации системы здравоохранения является передача государственных полномочий корпоративным структурам (табл. 7). Если большинство своих прав и обязанностей корпоративные ассоциации больничных касс и врачей приобрели в результате длительного процесса развития системы (см. раздел «Историческая справка»), то при переносе сложившейся западногерманской системы в Восточную Германию произошла реальная передача функций государства корпоративным структурам.

Приватизация — еще одна важная особенность германской системы здравоохранения. В отличие от других областей (например, высшего образования), государственное и частное медицинское обслуживание не запятнано идеологией. Примечательно, что определение «государственный» используется только по отношению к медицинским учреждениям (государственные больницы), а система финансирования медицинской помощи через больничные кассы определяется как «установленная законом». Больничные кассы нельзя отнести в чистом виде ни к частным, ни к государственным организациям. Будучи частными по форме собственности, они являются государственными по своим функциям [24]. Наряду с больничными кассами медицинским страхованием занимаются частные компании, предоставляющие полное альтернативное и дополнительное страхование (см. раздел «Дополнительные источники финансирования»). Переход в систему частного медицинского страхования рассматривается не как политическое заявление, а, скорее, как возможность платить меньше или как необходимость — для тех, кто не имеет права на социальное страхование.

Частные компании часто привлекаются к оказанию услуг по профилактике заболеваний и поддержанию здоровья, но это никогда не вызывало в обществе каких-либо споров. На самом деле, в некоторых секторах здравоохранения работают лишь частные производители. Например, амбулаторную и стоматологическую помощь оказывают частные врачи, владельцы собственных приемных, аптеки в Германии тоже частные. В других секторах частные некоммерческие и коммерческие медицинские учреждения сосуществуют с государственными, например, в секторе медико-социальной (см. раздел «Медико-социальная помощь») и стационарной помощи есть тенденция к приватизации (см. табл. 8). Подавляющее большинство больниц, в том числе частные коммерческие, включаются в план оказания стационарной медицинской помощи, могут лечить больных, застрахованных в системе ГМС, и подчиняются одним и тем же правилам. Планирование не распространяется лишь на несколько частных коммерческих больниц, которые не лечат застрахованных в системе ГМС и, следовательно, не обязаны

**Таблица 8. Изменения в структуре собственности больничного сектора в 1990—2002 гг. (больницы общего профиля)**

Годы	Государственные		Некоммерческие		Частные		Итого
	Койки	%	Койки	%	Койки	%	
1990	387 207	62,8	206 936	33,5	22 779	3,7	616 922
2002	272 203	53,9	190 426	37,7	41 965	8,3	504 684
Изменение	-29,7%		-8,0%		+84,2%		-18,2%

*Источник:* расчеты авторов на основании данных Федерального статистического управления, 2004 г. [52].

исполнять большинство правил, обеспечивающих равное распределение, доступность и финансовую устойчивость (см. разделе «Стационарная помощь»).

В Германии есть государственные (находящиеся, как правило, в муниципальной собственности), некоммерческие и коммерческие больницы. В 1990-х гг. в структуре больничного сектора произошли хотя и небольшие, но все же характерные изменения. Сокращение общего коечного фонда произошло исключительно за счет государственных больниц, в то же время число коек в частных некоммерческих больницах осталось прежним, а доля частных коммерческих больниц в общем коечном фонде увеличилась с 3,7% в 1990 г. до 8,3% в 2002 г., то есть на 81% (табл. 8).

Частный коммерческий больничный сектор рос в основном за счет приватизации государственных больниц. Такая смена собственности чаще происходила в восточной части страны (где на долю частных больниц приходится более чем в два раза больше коек, чем в западных землях). Более половины частного коечного фонда принадлежит больничным сетям, которым частный коммерческий сектор обязан своим динамичным ростом.

Сохраняющаяся тенденция к приватизации объясняется целым рядом причин. Во-первых, из-за сложной экономической ситуации сокращается государственное финансирование капиталовложений, а поскольку многим больницам они необходимы, очевидным решением является привлечение частного капитала. Во-вторых, договоры между профсоюзами и работодателями жестче и дороже коллективных договоров в частном секторе. К тому же в государственных больницах работники имеют больше влияния на администрацию, чем в частном секторе, что может мешать рационализации расходов средств на заработную плату персонала. В-третьих, из-за старения населения происходит удорожание дополнительного социального пенсионного страхования [25].



## Финансирование и затраты

**В** Германии сложилась смешанная система финансирования здравоохранения. Главным источником финансирования является государственное медицинское страхование, которым в 2003 г. было охвачено 88% населения. Еще 10% населения были застрахованы в частном секторе, из них около 4% — государственные служащие с бесплатным государственным обслуживанием и дополнительным частным страхованием. Кроме того, 2% населения охвачено другими специальными государственными программами (для военнослужащих, лиц, проходящих альтернативную службу, полицейских, получателей социальных пособий и иммигрантов, добывающихся политического убежища). Еще у 0,2% жителей, или примерно 170 тыс. человек, нет никакой медицинской страховки [7]. Среди незастрахованных преобладают самостоятельно занятые, как богатые, так и бедные, а также лица, не уплатившие свою долю страховых взносов (в системе ГМС) или премий (в системе частного страхования).

Несмотря на то что при обсуждении расходов на медицину и реформирования здравоохранения основное внимание уделяется системе ГМС, ее фактический вклад в общие расходы здравоохранения в 2002 г. составил лишь 57% (табл. 9). Еще 10,5% поступило от трех других составляющих государственной страховой системы: 1,7% — из средств пенсионного страхования (в основном на восстановительное лечение), 1,7% — из средств страхования от производственного травматизма и 7,0% — из средств страхования на случай необходимости долговременного медицинского ухода. Еще 7,8% поступило из государственной казны. Всего из общественно-государственных источников было покрыто три четверти всех расходов на здравоохранение, остальное — из частных источников. Частные лица в 2002 г. профинансировали 12,2% всех расходов на медицину (в эту цифру включены расходы неправительственных организаций, весьма незначительные). На долю частных страховщиков пришлось 8,4% расходов, включая расходы на полное медицинское страхование.

Наиболее явные перемены, произошедшие за последние 10 лет, — введение страхования по долговременному уходу и увеличение доли наличных платежей населения.

## Основные источники финансирования

Взносы системы ГМС, собираемые 292 больничными кассами (данные за январь 2004 г.), составляют главный источник финансирования здравоохранения Германии (см. также «Структура здравоохранения»). Больничные кассы собирают взносы и обеспечивают финансирование медицинских услуг на уровне социальных гарантий государства (см. также раздел «Распределение средств»).

Членство в больничной кассе является обязательным для работников, чей совокупный личный доход не превышает определенный уровень. Чтобы сократить отток высокооплачиваемых добровольных членов из больничных касс, в январе 2003 г. этот уровень повысили с 3375 до 3825 евро в месяц (с 2004 г. — 3862 евро). В 2003 г. социальным медицинским страхованием было охвачено 88% населения (78% обязательных и 10% добровольных членов) [7].

Взносы в системе ГМС зависят от дохода, а не от степени риска. Взнос работающего обеспечивает страхование самого работающего и неработающих членов его семьи без каких-либо доплат. Взносы берутся с заработной платы (максимальный уровень дохода, с которого берутся взносы, в 2004 г. составлял 3487,5 евро), пенсий, пособий по безработице и, пока, не берутся со сбережений и с имущества. Такое расширение базы отчислений было ненадол-

**Таблица 9. Основные источники финансирования, в процентах от общего, 1992—2002 гг.**

Источники финансирования	1992	1994	1996	1998	1999	2000	2001	2002
Общественно-государственные	77,7	77	77,2	75,3	74,8	75,5	74,9	75,2
Налоги	13	12,9	10,8	8,1	8	7,9	7,8	7,8
Социальное медицинское страхование	60,7	59,7	57,4	56,7	56,8	56,9	57	56,9
Социальное пенсионное страхование	2,3	2,4	2,4	1,7	1,7	1,8	1,8	1,7
Социальное страхование от несчастных случаев	1,8	1,9	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7
Социальное страхование по долговременному медицинскому уходу	н. п.	н. п.	4,9	7	7,1	7,2	7	7
Частные	22,3	23	22,8	24,7	25,2	24,5	25,1	24,7
Наличные платежи населения/НПО	10,7	11,1	11,3	12,6	12,3	12,2	12,3	12,2
Частное страхование	7,3	7,6	7,3	7,8	8,3	8,2	8,2	8,4
Работодатели	4,3	4,3	4,2	4,2	4,1	4,1	4,1	4,1

Источник: Отчет Федерального статистического управления, 2004 г. [12].

Примечания: н. п. — не применимо; НПО — неправительственная организация.

го введено для добровольно застрахованных пенсионеров в 2000 г., но вскоре отменено в законном порядке.

Суммарный облагаемый доход всех застрахованных — один из важнейших показателей для выработки политики в сфере здравоохранения: годовые темпы его роста определяют уровень сдерживания затрат. С одной стороны, на него влияют уровни заработной платы и безработицы, а с другой стороны — вмешательство регулирующих органов, устанавливающих облагаемую базу для социальных отчислений. Таким образом, рост заработной платы не всегда означает рост среднего облагаемого дохода. Ускоренный (выше среднего) темп роста заработной платы низкооплачиваемых работников непропорционально увеличивает облагаемый доход, а рост безработицы — особенно скрытой, за счет того, что часть людей бросают работу и становятся «иждивенцами», — непропорционально его уменьшает. Изменения в системе льгот социального пенсионного страхования и социального страхования по безработице тоже заметно сказываются на доходах больничных касс.

С 1949 по 2004 г. половину взноса платил застрахованный, половину — его работодатель (табл. 4). Например, если летом 2004 г. средняя ставка взноса была 14,2%, то застрахованный платил 7,1% от своего дохода до вычета налогов (ниже верхнего предела в 3487,5 евро в 2004 г. и 3524 евро в 2005 г.), а работодатель платил такую же сумму в дополнение к заработной плате. За того, кто зарабатывает меньше 400 евро, страховку полностью оплачивает работодатель (по единой для всех касс ставке 11%). До 1998 г. с доходов ниже этого уровня взносы медицинского страхования не брались. С июля 2005 г. доля работника в оплате взносов возрастет: вводится специальный взнос со ставкой 0,4%, которая будет увеличена до 0,9% (т. е. тогда работодатели «экономят» 0,45%) (см. раздел «Реформы здравоохранения»). В результате этих двух мер доля работников в уплате взносов составит 54%, а доля работодателей — 46%.

За творческих работников и студентов половину взноса платит федеральное правительство, за пенсионеров и безработных — соответственно пенсионные фонды и Федеральное управление занятости. Последние фактически переводят в больничную кассу весь взнос полностью. С 2004 г. пенсионерам также приходится платить взносы медицинского страхования с пенсий от компаний и прочих несоциальных пенсий, причем в этом случае взносы полностью взимаются с застрахованного.

Больничные кассы собирают взносы непосредственно с работодателей или упомянутых выше государственных и публичных органов, в случае уклонения от уплаты применяют санкции. Больничные кассы работают по принципу немедленной оплаты расходов и официально не имеют права расходовать больше средств, чем получают, или накапливать долги. Они могут сами устанавливать свои ставки взносов. Однако измененные ставки подлежат утверждению соответствующим государственным органом.

В Германии вопрос о величине ставок взносов волнует руководителей здравоохранения гораздо больше, чем то, какую долю расходы на государственное медицинское страхование составляют в общих расходах на здраво-

охранение или ВВП, поскольку темпы роста ставок страховых взносов намного опережают темпы роста ВВП. На самом деле расходы системы ГМС увеличивались пропорционально росту ВВП. Это достигнуто благодаря комплексу мер по сдерживанию затрат, включая бюджетирование, оптимизацию врачебных назначений, снижение цен и сокращение избыточных мощностей медицинских учреждений. Тем не менее за последние 25 лет темпы роста доходов больничных касс отставали от темпов роста ВВП и расходов на здравоохранение. Это привело к тому, что, несмотря на увеличение ставок взносов, больничным кассам часто не хватало денег, их долги увеличивались (табл. 10, рис. 4). В 2001—2003 гг. ежегодный дефицит бюджета больничных касс составлял порядка 3 млрд. евро в год. Поскольку больничным кассам не разрешено брать долгосрочные займы, они вынужденно повышали ставки взносов. Средняя ставка взноса увеличилась с 13,5% общего заработка в 2001 г. до 14,3% в апреле 2004 г. (табл. 10). Как и предыдущее значительное повышение ставок взносов (с 12,4 до 13,2% в 1991—1993 гг.), это увеличение ставок и бюджетного дефицита больничных касс сопровождалось серьезной реформой в сфере здравоохранения, концептуально разработанной совместными усилиями правительства и оппозиционных партий [26] (см. раздел «Реформы здравоохранения»).

Дело в том, что доходы больничных касс зависят не от всего ВВП, а лишь от той его части, с которой берутся страховые взносы (т. е. с ограниченного верхним пределом дохода застрахованных лиц). Главные причины сокращения доходной базы больничных касс — снижение доли заработной платы в общем объеме ВВП, уменьшение той части заработной платы, с которой берутся взносы социального страхования, увеличение доли пенсионеров (пенсии составляют лишь около 48% заработной платы), сохраняющийся высокий уровень безработицы (с 2000 г. взносы за безработных вдвое меньше взносов за работающих). С 1999 г. введено обязательное медицинское страхование для частично занятых граждан, однако нынешняя система, ориентированная на полную занятость в течение всей трудовой жизни, не очень подходит для сегодняшних трудовых биографий с такими видами занятости, как полупредпринимательство, неполная занятость, работа в нескольких местах.

## Конкуренция и выравнивание рисков

В прошлом большинство застрахованных не имели права выбирать больничную кассу и были приписаны к соответствующей кассе по месту жительства, работы или к кассе, страхующей представителей определенной профессии. Такое принудительное распределение привело к большим различиям в ставках страховых взносов вследствие различий в доходах и структуре риска. Лишь добровольно застрахованные служащие — а с 1989 г. и добровольно застрахованные рабочие — могли выбирать кассу и имели право выйти из нее при условии извещения об этом за два месяца. Остальные служащие (и некоторые категории рабочих) могли выбирать кассу при вступлении в систему или при смене работы. В результате значительного



**Таблица 10. Тенденции в финансировании государственного медицинского страхования (ГМС) в 1992—2003 гг.**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Доходы ГМС, млрд. евро</b>	103	114	119	120	124	126	128	131	134	136	140	141
Расходы ГМС, млрд. евро	108	108	117	124	126	125	128	131	134	139	144	145
САЛДО, млрд. евро	-4,8	5,3	1,4	-3,7	-3,6	0,9	0,3	0,3	0,02	-3	-3,1	-2,9
<b>Расходы ГМС</b>												
Денежные пособия, млрд. евро	9,6	9,3	8,7	11,1	9,4	9,7	9,3	9,3	9,4	9,9	10,3	8,5
Медицинские услуги, млрд. евро	99	99,2	109	113	117	116	118	122	124	129	133	136
% ВВП	6,1	6	6,2	6,3	6,4	6,2	6,1	6,2	6,1	6,2	6,3	6,4
Средняя ставка взноса ГМС, %	12,7	13,2	13,2	13,2	13,5	13,6	13,6	13,6	13,6	13,5	14	14,3
Взнос страхования по долговременному медицинскому уходу, %	н. п.	н. п.	н. п.	1	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Общий взнос на социальное страхование, %	36,8	36,5	37,2	39	39,2	40,8	41,9	42,1	41,1	40,8	41,3	42,1

Источники: Федеральное Министерство здравоохранения, 2004 г. [27]; Федеральное статистическое управление, 2004 г. [12].

Примечание: н. п. — не применимо.

роста численности этой группы населения за несколько десятилетий примерно 50% населения в начале 1990-х гг. имело как минимум частичное право выбора.

По Закону о структуре здравоохранения (1993 г.) почти все члены больничных касс получили право свободно выбирать больничную кассу (с 1996 г.) и раз в год менять ее при условии уведомления администрации кассы за три месяца. Теперь все региональные и все альтернативные кассы по закону открыты для любого и должны заключать договор со всеми желающими. Кассы отдельных предприятий и кассы профессиональных объединений могут сами решать, оставаться закрытыми или принимать всех желающих. Лишь кассы фермеров, моряков и горняков сохранили прежнюю систему членства по принципу профессиональной принадлежности.

В 2001 г. привязку возможности смены кассы к дате отменили (с 2002 г.), поскольку сочли, что это стимулирует переход из одной кассы в другую (см. далее). С 2002 г. поменять больничную кассу можно в любое время, но минимальный срок членства в конкретной больничной кассе — 18 месяцев. Добровольные члены — те, чей доход выше установленного порога, — по-преж-

нему могут переходить из кассы в кассу в любое время, предупредив о выходе за 2 месяца. Однако, перейдя из системы ГМС в частное страхование, обратно вернуться, как правило, нельзя.

Чтобы обеспечить одинаковые условия конкуренции для всех больничных касс, ввели механизм выравнивания рисков. Это произошло в два этапа, в 1994 и 1995 гг. (на последнем этапе, в частности, была изменена прежняя система распределения расходов на обслуживание пенсионеров). Механизм нацелен на устранение различий в расходах больничных касс, обусловленных особенностями застрахованного населения (половозрастной структурой и степенью нетрудоспособности). Кроме того, эта система стремится к выравниванию ставок отчислений, обусловленных различиями в уровне доходов от пропорциональных взносов.

Суть механизма выравнивания рисков такова — клиенты системы ГМС отчисляют через свою больничную кассу постоянную часть (в 2004 г. — около 13,5%) своего дохода; эти средства затем перераспределяются с учетом различий в структуре рисков для каждой кассы. На практике больничные кассы сами перераспределяют средства, компенсируя различия между суммой полученных страховых взносов и своими средними расходами. Механизм выравнивания рисков охватывает примерно 90% расходов больничных касс, которые идут на оплату единого набора услуг системы ГМС, что и определяет «нужду во взносах» (потребность в средствах) данной кассы. Остальные расходы — управленческие и на услуги, которые предлагает только данная касса (оговариваются в ее уставе), — не учитываются.

Для обоих полов средние расходы, которые перераспределяются через механизм выравнивания рисков, рассчитываются для каждого года рождения отдельно с использованием фактических данных по расходам (фактические расчеты всегда ретроспективны, и на текущий год расходы оцениваются лишь приблизительно).

Сумма средних расходов на всех застрахованных определяет потребность данной кассы в средствах. Сумма таких потребностей для всех касс, поделенная на сумму доходов всех застрахованных, с которых берутся страховые взносы, дает коэффициент выравнивания. Он используется для расчета суммы компенсации, которую кассы должны получить или выплатить. Механизм выравнивания рисков компенсирует также разницу в уровнях доходов у клиентов кассы и различия в числе иждивенцев (поскольку средства на них расходуются, но страховые взносы они не платят).

Влияние свободного выбора больничной кассы и введения механизма выравнивания рисков на структуру касс и переход клиентов из одной кассы в другую, а также на изменения в размере страховых взносов и перераспределение средств между кассами коротко можно изложить следующим образом.

- Еще до того, как свободный выбор больничной кассы стал возможным официально, началось слияние касс (табл. 6).
- Процент застрахованных, готовых сменить больничную кассу, неуклонно растет. В 1998 г. лишь 9,3 % клиентов системы ГМС собирались перейти в другую кассу; в 2003 г. эта цифра достигла 23,4% [28].

- Все больше застрахованных переходит из одной кассы в другую. Хотя данных по отдельным кассам нет, показателем могут служить общие цифры: с момента введения свободного выбора больничной кассы (январь 1996 г.) до января 2004 г. региональные кассы потеряли 16% своих членов (18,6 млн. чел.). Альтернативные кассы, объединяющие служащих, потеряли 11% — 15,8 млн. чел., хотя поначалу приобрели новых клиентов. Другие, например кассы горняков и фермеров, потеряли 5,5% (1,7 млн. чел.) — главным образом из-за смертей престарелых застрахованных. Больше всего новых клиентов приобрели кассы компаний и предприятий, число их членов удвоилось и достигло 10,4 млн. чел. Выросла также клиентура альтернативных касс, объединяющих рабочих (5% роста, 1 млн. чел.), и касс профессиональных объединений (3%, 3,1 млн. чел.) [9, 29].
- Эти общие выигрыши и потери касс коррелируют с величиной страховых взносов: если взносы выше среднего уровня, касса теряет клиентов, а если ниже — приобретает.
- Насколько важен размер страхового взноса, еще яснее показали опросы. Люди, уже сменившие одну больничную кассу на другую, в качестве основного мотива указывали более низкий размер взносов; для тех, кто собирался ее сменить, были равно важны размер взноса и более широкий набор услуг. Для тех, кто не собирается менять кассу, набор услуг важнее всего. Те, кто выбирал кассу впервые, в качестве причины выбора обычно указывали «другие причины».
- Переход клиентов из одной кассы в другую не выровнял структуру риска в разных кассах. Напротив, первая же возможность сменить кассу углубила различия — те, кто моложе, здоровее и больше зарабатывает, чаще меняли кассы, переходя в более дешевые, что, в свою очередь, увеличивало перетекание средств между кассами (табл. 11). Это означает, что механизм выравнивания рисков придется применять постоянно.
- Механизм выравнивания рисков (а не конкуренция между кассами) сократил разницу в величине страховых взносов в разных кассах. В 1994 г. 27% всех клиентов больничных касс платили взносы, которые более чем на 1% отличались от среднего, а к 1999 г. эта цифра упала до 7%. Однако в 2000 г. участвовавшие переходы относительно здоровых людей в дешевые кассы временно затормозили эту положительную тенденцию. Между объединениями больничных касс разница в величине взносов меньше, чем между отдельными кассами. Более того, в последние годы сократились и эти различия (рис. 4).

Обеспокоенность ростом объема перераспределяемых средств и практикой больничных касс отбирать лиц с низким уровнем рисков вызвала к жизни два новых закона. Закон о едином законодательстве в государственном медицинском страховании с 2001 г. сделал механизм выравнивания рисков единым по всей стране. В результате больше средств стало уходить на восток страны (табл. 11). С другой стороны, финансовая опора системы ГМС в восточной части Германии благодаря изменению предельного размера страхового взноса, введению обязательного членства в системе ГМС и сокраще-

**Таблица 11. Перевод средств в рамках механизма выравнивания рисков — в абсолютном выражении и относительно общих расходов системы ГМС для западной и восточной частей страны, 1995—2003 гг.**

Годы	Западная часть		Восточная часть		Вся страна	
	Расходы на выравнивание рисков / расходы системы ГМС <sup>а</sup> , млрд. евро	Расходы на выравнивание рисков в % от расходов системы ГМС	Расходы на выравнивание рисков / расходы системы ГМС <sup>а</sup> , млрд. евро	Расходы на выравнивание рисков в % от расходов системы ГМС	Расходы на выравнивание рисков / расходы системы ГМС <sup>а</sup> , млрд. евро	Расходы на выравнивание рисков в % от расходов системы ГМС
1995	6,9/97,29	7,1	2,36 / 19,7	12	9,23/116,99	7,9
1996	7,27/100,41	7,2	2,51 / 20,47	12,3	9,78/120,88	8,1
1997	7,71/98,23	7,8	2,63 / 20,05	13,1	10,34/118,29	8,7
1998	8,22/99,74	8,2	2,8 / 19,97	14	11,01/119,71	9,2
1999	8,3/102,68	8,1	3,29 / 20,52	16	11,6/123,21	9,4
2000	8,3/105,05	7,9	3,73 / 20,89	17,8	12,03/125,94	9,6
2001	9,09/108,89	8,3	4,43 / 21,75	20,4	13,52/130,63	10,3
2002	9,28/111,79	8,3	4,66 / 22,54	20,7	13,94/134,33	10,4
2003	9,87/113,14	8,7	4,93 / 23,08	21,4	14,79/136,22	10,9

*Источник:* собственные расчеты авторов на основании данных Министерства здравоохранения [27].

*Примечание:* <sup>а</sup> общие расходы больничных касс без административных расходов и услуг, предлагаемых лишь отдельными кассами согласно их уставу (примерно 90% общих расходов).

нию численности населения, освобожденного от частичной оплаты медицинских услуг, расширилась до западного уровня.

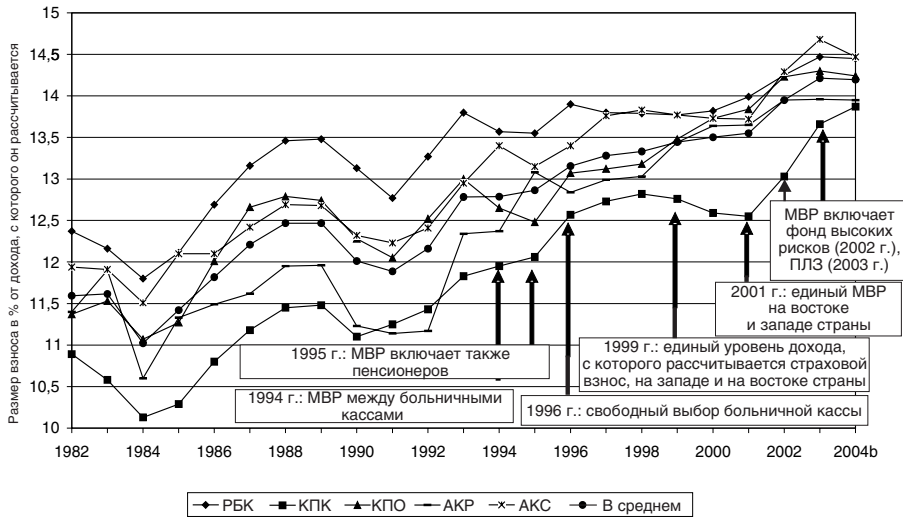
Чтобы лучше компенсировать различия в структуре заболеваемости, избежать «снятия сливок» больничными кассами и сделать выгодными для них особые программы лечения хронических больных, в 2001 г. был принят Закон о реформе механизма выравнивания рисков. В дополнение к применявшимся факторам компенсации: уровню доходов, возрасту, полу и степени нетрудоспособности застрахованных — закон учредил фонд высоких рисков и особые категории для тех, кто участвует в программах лечения заболеваний. С 2007 г. механизм выравнивания рисков станет учитывать заболеваемость.

Суды неоднократно одобряли механизм выравнивания рисков. Последнее решение Федерального общественного суда было также оставлено в силе — в июле 2004 г. Федеральный конституционный суд отклонил апелляцию двух производственных больничных касс.

### Программы лечения заболеваний

Закон о реформе механизма выравнивания рисков ввел т. н. программы лечения заболеваний (ПЛЗ) в качестве новой формы управляемой меди-

**Рисунок 4. Размеры ежегодных страховых взносов по ассоциациям больничных касс, 1982—2004 гг.<sup>а</sup>**



Источник: составлено авторами обзора на основании отчетов федерального Министерства здравоохранения за 2004 г. [30], 2002 г. [29], 1991 г. [31].

Примечания: МВР — механизм выравнивания рисков; ПЛЗ — программы лечения заболеваний; РБК — региональные больничные кассы; КПК — кассы предприятий и компаний; КПО — кассы профессиональных объединений; АКР — альтернативные кассы для рабочих; АКС — альтернативные кассы для служащих; <sup>а</sup> данные за 1982—1990 гг. относятся лишь к западной части страны, общие средние показатели учитывают больничную кассу моряков, но исключают кассы горняков и фермеров; <sup>б</sup> на 1 января, во всех прочих случаях приведены средние за год показатели.

цинской помощи в системе ГМС, призванной снизить «снятие сливок» больничными кассами: теперь лечение хронических больных должно стать выгодным для больничных касс. Застрахованные, участвующие в одной из ПЛЗ, в механизме выравнивания рисков выделяются в отдельную категорию.

Закон очертил сложный процесс разработки ПЛЗ: созданной незадолго перед тем Координационной комиссии (ныне Общей федеральной комиссии) было поручено рекомендовать Министерству здравоохранения подходящие распространенные хронические заболевания и минимальные общие требования по программам лечения. Такое разделение труда было новым: самоуправляющиеся организации предлагали, а Министерство здравоохранения принимало решение. Закон определял также, какие факторы учитывать при отборе заболевания для ПЛЗ, а именно численность больных, возможность повысить качество лечения, наличие научно обоснованных лечебных руководств, потребность в комплексном обслуживании, возможное участие больных в улучшении своего состояния и высокие расходы.

Согласно разработанным минимальным требованиям, больничные кассы заключают контракты с медицинскими учреждениями и сами определяют, как информировать своих клиентов о ПЛЗ и убедить их принять участие

в программах. Другие требования включают обучение больных и оценку программ. Затем программы утверждаются Федеральным управлением страхования, которое проверяет главным образом их соответствие требованиям закона. После утверждения ПЛЗ больничные кассы руководят ее осуществлением.

Через несколько недель после принятия закона Координационная комиссия предложила первые четыре заболевания для ПЛЗ: сахарный диабет типа II, рак молочной железы, ИБС и бронхиальная астма/ХОЗЛ. Больше всего времени занял вызвавший острые споры процесс разработки минимальных требований. Летом 2002 г. процесс полностью остановился: федеральное собрание региональных ассоциаций врачей постановило, что ни одна из ассоциаций не должна подписывать контракт на ПЛЗ, пока не состоятся федеральные выборы (позднее в том же году). После переизбрания федерального правительства процесс пошел успешнее, хотя и не без трудностей и задержек. Одной из причин были коллективные контракты между несколькими больничными кассами и медицинскими учреждениями. ПЛЗ должны предлагаться кассами индивидуально, но обычно они коллективно оговаривают условия с ассоциациями врачей, работающих в системе ГМС. После этого каждая касса в рамках такого контракта должна разработать свои конкретные правила набора больных, системы их информации и оценки ПЛЗ.

В феврале 2003 г. Федеральное управление страхования утвердило первые ПЛЗ по раку молочной железы в земле Северный Рейн-Вестфалия. В их основе — стандартный контракт между всеми больничными кассами региона и региональной врачебной ассоциацией, а также рядом больниц. Меры по контролю качества включают стандартизованную документацию, предоставление врачам информации об их деятельности, информирование больных и систему уведомления [32].

На 12 октября 2004 г. было получено 5525 заявок на ПЛЗ. Федеральное управление страхования утвердило 3068 из них. Относительно 1030 заявок больничные кассы информировали управление, что готовы развернуть программы; 471 заявка находилась в стадии рассмотрения, а 956 — еще не рассматривались (Федеральное управление страхования, 2004). Из 5525 заявок 3133 касались диабета, 1624 — рака молочной железы, а 768 — ИБС. Постановление по ХОЗЛ/бронхиальной астме принято, но заявок пока нет. Большинство программ опирается на контракты, заключенные между больничными кассами и региональными ассоциациями врачей. Лишь в нескольких случаях больничные кассы сами выбирали врачей, с которыми заключали контракты. Больницы пока мало участвуют в этой деятельности [33].

Нынешний объем деятельности говорит о том, что больничным кассам действительно выгодно предлагать ПЛЗ и вовлекать в них застрахованных. Оппоненты утверждают, что ПЛЗ не дадут экономии средств, а, наоборот, потребуют дополнительных денежных вложений. В более отдаленной перспективе недостатком является также то, что больничным кассам сложно приспособить свои ПЛЗ к новым методам лечения, поскольку изменения в программах влекут за собой изменения многочисленных требований,

одинаковых для всех касс. Для этого Министерство здравоохранения, основываясь на рекомендациях Общей федеральной комиссии, должно выпустить соответствующее постановление. Хотя требования к документации в постановлении от 2004 г. смягчены, они расцениваются большинством врачей как препятствия к внедрению новых ПЛЗ. Улучшить качество медицинской помощи ПЛЗ могут путем введения новых способов информирования больных и предоставления врачам сведений об их собственной деятельности. ПЛЗ внедрялись поспешно, без анализа результатов пробных проектов, поскольку больничным кассам было выгодно развернуть эти программы и привлекать в них застрахованных.

Оценка ПЛЗ будет производиться Федеральным управлением страхования. Различные версии одной ПЛЗ будут сравниваться друг с другом. По соображениям защиты информации и из-за постоянного изменения программ контролируемые исследования, по-видимому, неосуществимы. Информация о наилучших методах и трудностях при внедрении ПЛЗ будет обсуждаться в общественно-политических дискуссиях, которые сейчас в основном сосредоточены на жизнеспособности ПЛЗ и их действенности в минимизации рисков, перераспределении денежных ресурсов и улучшении качества медицинской помощи хроническим больным.

## Набор медицинских услуг

Застрахованные и члены их семей имеют право на один и тот же набор услуг независимо от общественного положения, размера взноса или длительности страхования. Набор услуг в рамках страхования на случай длительного медицинского ухода и перечень тех, кто имеет на это право, изложены в разделе «Медико-социальная помощь». Что касается основного источника финансирования, государственного медицинского страхования, то сейчас в набор услуг (третья глава пятой книги социального кодекса) входит следующее:

- профилактика заболеваний, охрана здоровья на рабочем месте;
- медицинские обследования с целью выявления заболеваний;
- лечение (амбулаторная и стоматологическая помощь, лекарственные средства, услуги специалистов смежных с медициной профессий, медицинские приспособления, лечение в стационаре, сестринский уход на дому и некоторые виды восстановительного лечения, социальная терапия);
- неотложная помощь, перевозка больных при определенных состояниях;
- некоторые другие услуги, например информирование больных.

Кроме этих услуг, предоставляемых в натуральной форме, больничные кассы выплачивают работающим пособия по болезни — 70% последней заработной платы без вычета налогов (максимум 90% чистой заработной платы) с 7-й по 78-ю недели подтвержденного документами заболевания (первые 6 недель оклад полностью выплачивает работодатель). Доля денежных выплат в общем объеме услуг заметно снизилась со времени появления



120 лет назад системы ГМС (табл. 4). В 2004 г. доля денежных выплат вновь упала, поскольку из системы ГМС были исключены пособия на похороны.

Кроме того, из системы ГМС с 2004 г. официально исключены обеспечение очками, приспособлениями, улучшающими уровень жизни, и безрецептурными лекарственными средствами (с некоторыми оговорками). В 1989—1996 гг. и снова с 2000 г. больничные кассы предлагают своим клиентам профилактическое обслуживание. Второй Закон о реструктуризации системы ГМС упразднил эти услуги, но в 2000 г. Закон о реформе системы ГМС их частично восстановил.

Социальный кодекс детально регулирует профилактические услуги и осмотры (например, на какие заболевания обследовать и как часто), но остальное оставляет на усмотрение Общей федеральной комиссии (а ранее — ее предшественников); комиссия обладает значительной свободой при разработке набора диагностических и лечебных процедур. Процесс принятия решений подробно описан в разделе «Медицинские технологии». В амбулаторном секторе все процедуры сведены в единую шкалу стоимости услуг вместе с коэффициентами оплаты (см. раздел «Заработная плата врачей»). Сюда входит очень многое, начиная от простейшего осмотра в приемной у врача до посещений больных на дому, ведения беременности, ухода за смертельно больными, хирургических операций, лабораторных исследований и визуальной диагностики, включая МРТ.

До 1997 г. прямого механизма исключения услуг из страхового набора не было, но закрепленное в законе право оценивать уже используемые технологии такую возможность дало. Пока что комиссия исключила из системы ГМС лишь немногие методы с ограниченной медицинской ценностью, например остеоденситометрию при отсутствии симптомов. Тем не менее решения комиссии вызвали протесты со стороны медиков и населения. До 1997 г. исключения из набора услуг ограничивались другими секторами здравоохранения. Из набора услуг ГМС были в несколько этапов исключены часть стоматологических услуг (например, золотые и керамические пломбы), некоторые медицинские приспособления, пособия на похороны для застрахованных после 1989 г., лекарственные средства для лечения так называемых «легких заболеваний» (например, простуды) или заболеваний, связанных с поездками, дешевые лекарственные средства и препараты с недоказанной эффективностью.

Набор амбулаторных услуг закон определяет лишь в общих чертах, но стоматологические услуги — особенно протезирование — в пятой книге социального кодекса перечислены подробно. Одной из причин этого был роспуск Федеральной комиссии стоматологов и больничных касс, которая до 2003 г. занималась разработкой набора амбулаторных стоматологических услуг, аккредитацией соответствующих учреждений и контролем качества. Положения Закона о сокращении страховых взносов в системе ГМС, удалявшие коронки и протезы из страхового набора для тех, кто родился позже 1978 г. (при этом они по-прежнему должны были платить страховой взнос полностью), были политически спорными. С 1999 г. Закон об укреплении солидарности в системе ГМС вернул эти услуги в страховой набор. Новый



проект закона, исключающего зубные протезы из перечня услуг системы ГМС с введением взамен обязательного частичного страхования, в 2004 г. был заменен идеей «специального взноса», который с июля 2005 г. будут платить лишь работающие.

Таким образом, зубное протезирование остается среди услуг системы ГМС и на практике было исключено из них на протяжении примерно одного года (см. раздел «Реформы здравоохранения»).

Еще один сектор составляют услуги специалистов смежных с медициной областей: физиотерапевтов, логопедов, специалистов по трудотерапии. Застрахованные имеют право на эти услуги, если только Министерство здравоохранения прямо не исключило их из страхового набора, а сейчас это не так (§ 32 и 34 пятой книги социального кодекса). Согласно § 138, специалисты смежных с медициной областей могут обслуживать застрахованных, только если терапевтическая польза процедур признана Общей федеральной комиссией и соблюдаются стандарты качества их проведения. Условия оказания таких услуг разработаны комиссией совместно с профессиональными организациями, которые, однако, не влияют на принятие комиссией окончательных решений (см. раздел «Планирование, регулирование и управление»). Список услуг работников смежных медицинских специальностей, которые оплачиваются системой ГМС, сейчас зависит от показаний для их применения и целей лечения. Эти услуги назначаются только в том случае, если могут помочь в установлении диагноза, лечении или облегчении состояния, избежать осложнений, вреда или опасности для здоровья, снизить риск перехода заболевания в хроническую форму, требующую длительного лечения.

Как уже упоминалось (см. раздел «Структура здравоохранения»), психологи, работающие психотерапевтами, являются исключением из правил, так как стали членами ассоциаций врачей и, следовательно, более не относятся к работникам смежных медицинских специальностей.

Отдельно регулируется сестринский уход на дому. В соответствии со вторым Законом о реструктуризации системы ГМС Федеральная комиссия издала указы, более четко определяющие обязанности и улучшающие сотрудничество больничных касс, ответственных за кратковременный уход на дому, и фондов, обеспечивающих долговременный уход. Однако обязанности учреждений и финансовые обязательства все еще являются предметом дискуссий: к примеру, Федеральный общественный суд решил, что медицинские приспособления для тех, кто получает долговременный медицинский уход в рамках соответствующего страхования, должна оплачивать их больничная касса.

В больничном секторе набор услуг всегда определялся двумя факторами: больничным планом регионального правительства и результатами переговоров больничных касс с каждой больницей. Введение с 2004 г. клинико-затратных групп как основной формы оплаты в стационарном лечении также скажется на наборе услуг. Доступ к новейшим методам лечения и их оплата являются предметом особенно жарких споров (см. раздел «Финансирование больниц»).

## Определение ключевых задач и нормирование: мнение общества и специалистов

Принятие решений, касающихся набора услуг, на политическом уровне или в совместных комиссиях системы ГМС означает открытое определение ключевых задач. С 1999 г. Федеральная комиссия врачей и больничных касс и ее преемница, Общая федеральная комиссия, или Комиссия по обслуживанию населения врачами системы ГМС, применяет для этого формальную процедуру отбора технологий. Существует также инициативная группа по выработке целей здравоохранения (см. раздел «Стратегия здравоохранения»).

Общественность согласна с тем, что с политической точки зрения рациональная организация важнее сужения набора услуг, и поддерживает полный набор услуг. Если придется выбирать между значительным сужением набора услуг и повышением величины страховых взносов, 70% застрахованных выберут второе [28]. Большинство из них готовы платить больше за более качественную и современную помощь. Однако опрос, проведенный в 2004 г., показал, что в общественном мнении произошли изменения: теперь больше опрошиваемых склоняется к сужению набора услуг, а не к увеличению размера взноса. С другой стороны, 80% заявили, что не возражали бы против регулирования семейными врачами доступа к специализированной помощи, а 17% согласились бы на ограничение свободы выбора врачей при условии существенного снижения страховых взносов [34]. В опросе 1998 г. три четверти опрошенных одобрили ограничения на оплату лекарственных средств: 74% придерживались мнения, что больничные кассы не должны оплачивать препараты с недоказанной эффективностью, а 73% высказались в пользу назначения врачом более дешевых средств, если препараты отличаются только ценой, а не эффективностью. Еще один опрос летом 1998 г. показал, что большинство населения (59%) поддерживает решение Федеральной комиссии врачей и больничных касс об исключении из страхового набора препаратов, «улучшающих качество жизни», вроде виагры, — мера, принятая официально в 2004 г. (см. раздел «Медицинские технологии»).

Согласно нескольким недавним опросам, подавляющее большинство населения одобряет также основные принципы системы ГМС — солидарность в финансировании и доступ к услугам по потребностям [28, 35]. В опросе, проведенном в 2002 г., около 80% застрахованных в системе ГМС одобряли перераспределение средств между людьми с разным доходом, состоянием здоровья и разного возраста. В этом отношении «доноры» мало чем отличались от «реципиентов» [36].

В то же время в нескольких опросах, проводившихся в последние 10 лет [35], около 40% респондентов одобряли учет риска для здоровья при определении набора услуг больничных касс — главным образом путем страховых скидок за здоровый образ жизни и, реже, путем дополнительных взносов для людей с вредными для здоровья привычками или же исключения из страхования тех заболеваний, которые связаны с образом жизни. Мнение, что нормирования быть не должно и все, независимо от возраста, дохода и

состояния здоровья, должны иметь равные возможности для лечения, по-видимому, сильнее укоренилось на востоке страны — возможно, благодаря долготелней политике поддержки равенства доступа.

Формально очередей на госпитализацию в Германии нет (кроме листов ожидания на трансплантацию органов), однако при планировании работы медицинских учреждений используются списки. Весьма немногочисленные данные о листах ожидания и скрытом нормировании в медицинских учреждениях свидетельствуют о том, что в начале 1990-х гг. очереди на кардиохирургические вмешательства и амбулаторные глазные операции значительно сократились благодаря расширению соответствующих учреждений. Отдельные респонденты опросов упоминают об очередях, причем речь чаще всего идет о специализированных лечебных центрах. Немецкий больничный институт при оценке влияния перехода (1995 г.) от ретроспективной системы оплаты к предоплате стационарной помощи (см. раздел «Финансирование больниц») обнаружил, что очереди в 1997 г. наблюдались в 21% больниц. Есть мнение, что этот показатель значительно вырос. Часто сообщается, что возросло время ожидания и очереди обусловлены не только нехваткой мест, но и больничными целевыми бюджетами, которые делают лечение застрахованных в системе ГМС менее выгодным, поскольку при превышении целевого бюджета оплата начинает снижаться. Было показано, что при системе предварительной оплаты в государственном страховании доступ к медицинской помощи быстрее и легче для тех, кто в систему ГМС не входит. Количественной оценки этих сообщений и последующих наблюдений в настоящее время нет [37]. Введение схемы оплаты по клинико-затратным группам будет оценено заново с точки зрения ее влияния на качество, отбор лиц с низким уровнем рисков и доступность медицинской помощи.

Основываясь на опросе всех основных заинтересованных сторон (плательщиков, медицинских работников, групп самопомощи и правительственных учреждений), Консультативный совет по согласованной деятельности в области здравоохранения собрал сведения, касающиеся нехватки медицинских услуг, а также их избытка и предотвратимого вреда из-за медицинского вмешательства или невмешательства [16]. Причины нехватки медицинских услуг сложны и редко связаны с недостатком мест, исключая часть сельских районов на востоке страны и некоторые узкие специальности. Нехватку диагностических услуг часто связывали с недостатком квалифицированных специалистов, профилактического обслуживания — со структурным дефицитом, а лекарственных средств в амбулаторной помощи — с бюджетными ограничениями или сомнениями работающих в системе ГМС врачей в отношении того, когда на законных основаниях можно превышать установленный предел объема назначений. Недавно Федеральная ассоциация врачей системы ГМС, опираясь на клинические руководства (основанные лишь на мнении экспертов), отметила значительную нехватку лекарственных средств в системе ГМС для больных с некоторыми хроническими и редкими заболеваниями и пришла к выводу, что нужны дополнительные средства [38].

## Дополнительные источники финансирования

Хотя государственному медицинскому страхованию в дискуссиях о финансировании здравоохранения и его реформах уделяется больше всего внимания, вклад системы ГМС в общие расходы здравоохранения составляет лишь 57%. Таким образом, 43% приходится на дополнительные источники, из которых по 1,7% составляют государственное пенсионное страхование и страхование от несчастных случаев (см. раздел «Историческая справка»), а 7% — государственное страхование на случай необходимости длительного медицинского ухода (табл. 9) (см. раздел «Медико-социальная помощь»).

Финансирование государственными пенсионными фондами значительной части восстановительного лечения всегда было характерной чертой немецкого здравоохранения. Восстановительное лечение, часто в стационарах, принадлежащих пенсионным фондам, является средством предотвратить инвалидность и нетрудоспособность; 39% расходов пенсионных фондов на реабилитацию (1,8 млрд. евро) составляли медицинские услуги, а остальное — профессиональная реабилитация.

Три других дополнительных источника финансирования — налоги, платные медицинские услуги и частное медицинское страхование. Согласно национальной медицинской финансовой отчетности (табл. 9), в начале 1990-х гг. платные медицинские услуги стали крупнейшим дополнительным источником финансирования.

### Налоги

Налоги — один из второстепенных источников финансирования здравоохранения; эти средства идут на различные цели. Закон о финансировании больниц от 1972 г. ввел в больницах общего профиля принцип двойного финансирования: инвестиции финансируются из государственного (центрального и регионального) налогообложения, а эксплуатационные расходы покрываются больничными кассами или больными, которые лечатся частным порядком (за них могут платить частные страховые компании). Чтобы получить право на инвестиции, больницы должны значиться в больничных планах, которые разрабатывают отдельные федеральные земли, независимо от того, кому эти больницы принадлежат. С помощью такого механизма государственные больницы и владельцы частных коммерческих и некоммерческих больниц получают средства на капиталовложения до тех пор, пока эти капиталовложения соотносятся с больничным планом и пока доступны выделенные для этой цели деньги (см. раздел «Финансирование больниц»).

Из налоговых поступлений финансируются исследования в университетских клиниках и государственное образование для врачей, стоматологов, фармацевтов, медицинских сестер и других работников здравоохранения. Из того же источника финансируются бесплатные правительственные медицинские программы для военнослужащих, полиции, других государственных служащих, молодежи, заключенных, иммигрантов-беженцев, а также муниципальные программы по обслуживанию инвалидов. С 2004 г. все

получатели социальных пособий, не имеющие другой страховки, и часть беженцев должны вступать в одну из больничных касс, приобретая те же права и обязанности, что и остальные застрахованные. Муниципалитеты не платят за них взносы, но возмещают больничным кассам средства, затраченные на медицинскую помощь, оказанную этой категории населения. Ожидается, что после перехода от возмещения средств к предоставлению страхового пособия в натуральной форме и от цен частного сектора к ценам системы ГМС затраты муниципалитетов сократятся еще значительно.

Доля налогов в финансировании здравоохранения в последние десять лет уменьшилась (табл. 9). Это заметнее всего в области долговременного медицинского ухода, что отражает сокращение расходов муниципальных бюджетов после введения в этой сфере государственного страхования (см. раздел «Медико-социальная помощь»), но сократились и другие расходы, например на инвестиции.

Если исключить субсидии для деятелей культуры и расходы больничных касс фермеров на пенсионеров, то больничные кассы или фонды страхования на случай необходимости долговременного медицинского ухода (до 2004 г.) из налоговых поступлений не финансировались. Теперь больничным кассам из федерального бюджета выделяется твердая сумма на некоторые услуги, связанные с планированием семьи: пособия по беременности; пособия для родителей по уходу за больными детьми; искусственное оплодотворение; стерилизацию в целях контрацепции; контрацепцию в возрасте до 20 лет (только по предписанию врача). Чтобы компенсировать возросшие расходы, в 2005 г. должен быть в три этапа поднят налог на табачные изделия (почти на 1 евро за пачку). Перевод средств из федерального бюджета гарантируется независимо от фактического использования данных услуг и фактического дохода от налога на табачные изделия (см. раздел «Реформы здравоохранения»).

## Платные медицинские услуги

Доля платных медицинских услуг выросла с 10,7% от общих расходов на здравоохранение в 1992 г. до 12,2% в 2002 г. (табл. 9). Сюда входят частичная оплата услуг, покрываемых страховым полисом не полностью, и прямая оплата услуг, в этот полис не входящих. В табл. 12 перечислены различные типы услуг и продуктов, за которые в системе ГМС в 1994—2004 г. взималась доплата.

Частичная оплата и сопутствующие механизмы освобождения от нее существуют в германском здравоохранении издавна, прежде всего это касается лекарственных средств: их частичная оплата была введена в 1923 г. и с тех пор существовала всегда [39]. Формальная частичная оплата существовала с 1977 г. вплоть до введения в 1989 г. системы базовых цен. В 1989—1992 г. за лекарственные средства, охваченные системой базовых цен, доплата помимо разницы между базовой и фактической ценой лекарственного средства не взималась. С 1993 г. к этой разнице нужно доплачивать определенную твердую сумму (табл. 12). Следует отметить, что из-за конкуренции внутри

групп лекарственных средств и официального требования к врачам — сообщать больным, что они должны платить разницу между стоимостью препарата и базовой ценой, цена на лекарственные средства теперь очень редко превышает базовую. В 1993 г. величину доплаты связали с ценой самого лекарственного средства — с 2004 г. эта практика восстановлена. В 1994—2003 гг. доплата зависела от величины упаковки, чтобы побудить больных требовать более крупные упаковки лекарственных средств (табл. 12). Это должно было заставить врачей прописывать более крупные упаковки лекарственных средств, что означает снижение средней стоимости их дозы и общую экономию средств на каждого больного.

Общая сумма доплат за лекарственные средства в системе ГМС стабильно росла с 1991 г. (0,6 млрд. евро) до 1998 г. (2,7 млрд. евро). Избранное в 1998 г. коалиционное правительство социал-демократов и «зеленых» сразу же после выборов снизило заданные ставки доплат. Через год сумма доплат за лекарственные средства снизилась до 2 млрд. евро, а в 2000—2002 гг. оставалась постоянной — 1,8 млрд. евро [40]. Более высокий уровень доплат за лекарственные средства с июля 1997 г. привел к тому, что 20% всех врачебных назначений и 4% объема продаж лекарственных средств на рынке системы ГМС были ниже потолка доплат — что на деле означает 100% доплаты. Доплаты за лекарственные средства увеличиваются с возрастом больного и для женщин выше, чем для мужчин [39].

В других областях уровень частичной оплаты в 1970-х гг. снизился благодаря расширению набора услуг, но позже повысился снова. С 1980-х гг. стали взимать сборы за пребывание в больнице, лечение в реабилитационных центрах и за перевозку санитарным транспортом. Этими мерами по большей части стремились переложить расходы с больничных касс на больных, а не уменьшить общий объем расходов. Например, больным говорили, что доплата при лечении в стационаре идет на оплату питания.

Закон о реформе здравоохранения от 1989 г. отстаивал сохранение частичной оплаты по двум причинам: чтобы увеличить доходы (снизив расходы на стоматологическую помощь, физиотерапию, транспортировку больных и обязав больных оплачивать стоимость лекарственных средств выше базовой цены) и чтобы вознаградить «ответственное поведение» и правильное отношение к профилактике (уход за зубами) более низким уровнем доплат. Эти положения были частью полной перестройки системы частичной оплаты, что, в общем, повысило ее уровень. Зубные коронки и протезы были исключены из набора услуг для всех, кто родился позже 1978 г. Протезы больше не оплачивались больничными кассами напрямую: больные должны были лечиться у частного стоматолога, а больничная касса возмещала им лишь фиксированную сумму. Вследствие этого зубное протезирование стало первой областью в немецкой системе ГМС, где появились «контракты» между больными и медицинскими учреждениями. По закону до 1999 г. была установлена предельная величина частного счета, но, по оценкам министерства, по меньшей мере треть стоматологов превышала цены. Поэтому в конце 1998 г. вернулись к старому порядку частичного страхования.

Таблица 12. Уровни частичной оплаты или частичного страхования<sup>а</sup>, 1994—2005 гг.

	1994— 1996	1-я по- ловина 1997 г.	2-я по- ловина 1997 г.	1998	1999	2000— 2003 <sup>б</sup>	2004— 2005
<b>Амбулаторное лечение, евро</b>	0	0	0	0	0	0	10 <sup>в</sup>
<b>Лекарственные средства, евро<sup>г</sup></b>							5—10 <sup>д</sup>
Малые упаковки, евро	1,5	2	4,6	4,6	4,1	4,1 (4)	
Средние упаковки, евро	2,6	3,1	5,6	5,6	4,6	4,6 (4,5)	
Крупные упаковки, евро	3,6	4,1	6,6	6,6	5,1	5,1 (5)	
<b>Консервативное стоматологическое лечение, евро</b>	0	0	0	0	0	0	10 <sup>в</sup>
<b>Зубные коронки и протезы<sup>и</sup></b>	50%				50% <sup>и</sup>	50%	100% сверх установленной твердой суммы <sup>и</sup>
	40% <sup>е</sup>				40% <sup>е</sup>	40% <sup>е</sup>	
	35% <sup>ж</sup>				35% <sup>ж</sup>	35% <sup>ж</sup>	
Для родившихся ранее 1979 г. <sup>з</sup>		50%	55%	100% сверх установленной твердой суммы			
		40% <sup>е</sup>	45% <sup>е</sup>				
		35% <sup>ж</sup>	40% <sup>ж</sup>				
Для родившихся после 1978 г.		100%	100%	100%			
<b>Лечение у ортодонта</b>	0—20%	0—20% <sup>к</sup>	0—20% <sup>к</sup>	0—20%	0—20% <sup>к</sup>	0—20% <sup>к</sup>	0—20% <sup>к</sup>
<b>Транспортировка в медицинское учреждение и из него</b>							
Стационарное лечение или неотложная помощь, евро за одну поездку	10,2	10,2	12,8	12,8	12,8	12,8 (13)	5—10 <sup>д</sup>
Амбулаторное лечение	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



<b>Неврачебная помощь (например, уход на дому, физиотерапия)</b>	10%	10%	15%	15%	15%	15%	10% плюс 10 евро за ре- цепт <sup>п</sup>
<b>Пребывание в больнице и последующее восстановительное лечение в стационаре, евро в сутки<sup>м</sup></b>	6,1	6,1	8,7	8,7	8,7	8,7 (9)	10
<b>Профилактическое пребывание на курорте или восстановительное лечение в стационаре, не связанные с госпитализацией в больницу, евро в сутки</b>	6,1	12,8	12,8	12,8	12,8	8,7 (9)	10

Источники: взято (с изменениями) из Busse, 2000 [1]; Gericke et al., 2004 [39].

Примечания: <sup>а</sup> Некоторые уровни частичной оплаты в данной таблице до 1999 г. в восточной части Германии были ниже; <sup>б</sup> (в скобках): изменения 2002/2003 гг.;

<sup>в</sup> на одного врача или стоматолога, к которому обращались в данном квартале (кроме обращений за направлениями);

<sup>г</sup> при максимальной цене препарата; плюс разница между ценой и базовой ценой;

<sup>а</sup> 10% при минимуме 5 и максимуме 10 евро;

<sup>е</sup> если застрахованный последние 5 лет регулярно раз в год посещал стоматолога;

<sup>ж</sup> если застрахованный последние 10 лет регулярно раз в год посещал стоматолога;

<sup>з</sup> 100% за основные виды стоматологических работ (более четырех замененных зубов на челюсть или более трех с одной стороны рта, за исключением одиночных мостов, которых может быть больше трех);

<sup>и</sup> твердая сумма выше для застрахованных, которые в последние 5 или 10 лет соответственно регулярно являлись на островах;

<sup>к</sup> если прием пищи, разговор или дыхание сильно затруднены и лечение начато до 18 лет, в ином случае — 100%; стоимость лечения впоследствии полностью оплачивается больничными кассами, если заранее определенное лечение завершено полностью;

<sup>л</sup> для непродолжительного ухода на дому максимум 28 дней в году;

<sup>м</sup> до 2003 г. ограничивалось общим количеством 14 дней на календарный год, с 2004 г. — 28 дней на календарный год.

С 2004 г. вновь ожидается значительный рост уровня частичной оплаты и других платежей потребителей в системе ГМС, поскольку будет достигнута величина ожидаемой экономии, обусловленной Законом о модернизации системы ГМС (4% от нынешних расходов здравоохранения), который предусматривает увеличение уровня доплат или исключение определенных услуг из страхового набора (например, очки, транспортировка при амбулаторной помощи или безрецептурные средства). Уровень доплат увеличен и стандартизован: 10 евро за сутки пребывания в больнице и 5—10 евро за услуги и продукты амбулаторного сектора. Кроме того, сбор в размере 10 евро взимается теперь за первое в квартале посещение врача (необязательно врача общей практики) или стоматолога, и в том случае, когда на протяжении того же квартала без направления посещают других врачей.

Освобождение от частичной оплаты имеет в Германии давнюю традицию; от доплат освобождаются либо определенные группы населения, либо люди с низкими доходами, либо лица с требующими интенсивного лечения хроническими заболеваниями. Обычно не взимаются доплаты с детей и подростков до 18 лет (за исключением зубных протезов, лечения у ортодонта и са-



нитарной перевозки) и с беременных. Согласно исследованиям с применением различной методологии, процент тех, кто полностью освобожден от частичной оплаты, между 1993 и 2000 г. утроился: с 10 до 30% населения. В 2001 г. от частичной оплаты было освобождено 47% врачебных назначений [39].

С 2004 г. полное освобождение от доплат по бедности или иным причинам отменено и ужесточены условия частичного освобождения. По новому определению, застрахованные в системе ГМС имеют право на освобождение от сборов с потребителя за услуги, покрываемые государственным страхованием, если более 2% суммарного годового дохода семьи потрачено на медицинские доплаты или 1% дохода семьи страдающего серьезным хроническим заболеванием. Хроническое заболевание — это заболевание, которое лечили по крайней мере раз в квартал и которое связано хотя бы с одной из следующих дополнительных характеристик:

- необходимость долговременного медицинского ухода II или III класса;
- тяжелая инвалидность, составляющая 60%, либо нетрудоспособность, составляющая 60%;
- справка от лечащего врача, что без непрерывного лечения — не менее одного в квартал посещения врача по поводу данного заболевания — оно приведет к опасному для жизни обострению, снизит продолжительность жизни или долговременно ухудшит ее качество.

В марте 2004 г. министр здравоохранения одобрил данное определение хронического заболевания, после того как первый вариант Общей федеральной комиссии был отвергнут как слишком жесткий (он требовал по крайней мере двух госпитализаций в предшествующие два года, или восьми посещений врача за год, или 70% инвалидности либо нетрудоспособности).

Число людей, предположительно охваченных этими правилами, оценить трудно. Следующие группы, вероятно, значительно перекрываются: около 1,5 млн. чел. в 2001 г. получали долговременный медицинский уход II или III класса, около 3 млн. (из общего числа 6,7 млн. чел.) имели тяжелую инвалидность, составляющую 60% [3]. Примерно половина из 1,8 млн. чел. в 2003 г. из-за своей нетрудоспособности получали государственные пенсии по инвалидности [4]. К сентябрю 2004 г. от частичной оплаты медицинских услуг было освобождено примерно 3,1 млн. чел.

Освобождение от частичной оплаты не распространяется на услуги, не входящие в систему ГМС, или на доплаты за лекарственные средства в системе базовых цен. Помимо освобождения от частичной оплаты в системе ГМС потребителю предоставляется скидка с подоходного налога, если платежи медицинского характера превышают 600 евро в год либо определенный процент годового совокупного дохода семьи.

## Частное медицинское страхование

Частное медицинское страхование (ЧМС) в Германии имеет две стороны: оно полностью охватывает часть населения, а также предлагает дополни-

тельное страхование для клиентов системы ГМС. Между 1975 и 2002 г. число тех, кто имеет полностью частную страховку, выросло с 4,2 до 7,7 млн., что составляет соответственно 6,9% и 9,3% населения [41, 42]. Оба вида страхования предлагают 50 частных компаний, объединенных в Ассоциацию компаний частного медицинского страхования. Кроме того, есть еще 45 совсем мелких страховых компаний, обычно местных. По величине оборота средств полное страхование в четыре раза превышает дополнительное. Те, кто имеет полностью частную страховку, делятся на три основные группы:

- работающие и ушедшие на пенсию государственные служащие (учителя, университетские преподаватели, служащие министерств и т. п.), которые фактически исключены из системы ГМС, поскольку правительство оплачивает им по меньшей мере 50% счетов от частных страховых компаний и покупает частный страховой полис на остальную медицинскую помощь;
- мелкие частные предприниматели, не охваченные системой ГМС, если только не входили в нее ранее (кроме тех, кто подлежит обязательному страхованию в системе ГМС, например фермеров);
- наемные работники, которые вышли из системы ГМС, когда их доход превысил установленный предел. Те, чьи заработки первоначально были ниже этого предела, но затем превысили его в результате повышения заработной платы, могут добровольно остаться в системе ГМС, если застрахованы в ней на протяжении 12 месяцев или же 24 месяцев из последних 60. Те, чей профессиональный доход превышает предел с самого начала их первой оплачиваемой деятельности — или в первые два месяца после возвращения из-за границы, — могут по желанию застраховаться в системе ГМС, если подадут заявку в течение трех месяцев. Это не относится к государственным служащим и военным.

Наемные работники, которые вышли из системы ГМС, но вновь стали удовлетворять ее критериям вследствие повышения предельного дохода или снижения своей заработной платы, могут быть освобождены от обязательного страхования, если покинули систему ГМС 5 лет назад. С 2000 г. это относится только к людям моложе 55 лет; люди старше 55 лет продолжают пользоваться добровольным страхованием вне зависимости от того, насколько низок их доход.

Частные страховые компании по закону обязаны откладывать часть средств из страховых взносов молодых застрахованных на их старость (в то время как система ГМС финансируется по принципу оплаты расходов из текущих доходов, частное страхование — по принципу покрытия капитала). Поскольку страховая сумма растет с возрастом застрахованного, а люди с частным страховым полисом в систему ГМС в обычных обстоятельствах переходить не могут, частные компании обязаны предлагать страховой полис с тем же набором услуг, что и в системе ГМС, по страховой сумме, которая не превышает средний максимальный страховой взнос в больших кассах. Те, кто имеет частный страховой полис непрерывно на протяжении по меньшей мере 10 лет и кому не менее 65 лет, могут избрать так называемый «стандартный тариф» (2000 г.), гарантирующий, что страховые суммы не превысят максимальный средний взнос в системе ГМС. Регулирующие по-

ложения, касающиеся этого тарифа, предусматривают, что услуги и цены соответствуют государственным. Кроме того, в 2004 г. частные компании объявили о добровольном введении нового базового тарифа, который также обеспечивает доступ ко всем услугам системы ГМС без предварительного медицинского обследования.

Люди с полной частной страховкой обычно обслуживаются так же или лучше, чем клиенты системы ГМС. Это, однако, зависит от выбранного полиса; например, он может не покрывать стоматологическую помощь. На рынке частного медицинского страхования страховые суммы зависят от возраста, пола и перенесенных заболеваний на момент подписания полиса. В отличие от системы ГМС, за супругов и детей взносы платятся отдельно, поэтому частное страхование особенно привлекательно для одиноких людей или семей, где работают оба супруга. Врачи, стоматологи и фармацевты могут выйти из системы ГМС и приобрести взамен частный полис, пока учатся в институте или в первые годы после его окончания, даже если их доход не превышает установленный предел [42].

С 1999 по 2000 г. число частных страховых полисов выросло на 240 тыс. и еще на столько же — в 2001 г. Это, вероятно, связано с ростом взносов в системе ГМС, благодаря чему здоровым молодым людям, не имеющим семьи, стало выгодно перейти в ЧМС. Это побудило новое правительство примерно на 13% увеличить предел, дающий возможность покинуть систему ГМС (с 3375 до 3825 евро в месяц с 2003 г.). Полисы с высокой франшизой, а также полисы, из которых исключены определенные услуги, например стоматологическая помощь, покупают главным образом мелкие предприниматели, поскольку для наемных работников 50% их частных страховых сумм платят работодатели вплоть до максимума, равного 241,5 евро в месяц (на 2003 г.). С 1989 по 2001 г. общая сумма взносов в ЧМС возросла с 8,7 до 21,7 млрд. евро [43].

В отличие от застрахованных в системе ГМС, владельцы частного страхового полиса, как правило, непосредственно оплачивают медицинскую помощь, а страховая компания возмещает им расходы. Федеральное Министерство здравоохранения выпускает преискурант на частные медицинские услуги, но врачи обычно запрашивают в 1,7—2,3 раза больше (это максимум того, что платит государство и большинство частных компаний за технические и личные услуги соответственно) или даже более. Реальная оплата по объему оказанных услуг в частном страховании привела к росту затрат, в среднем значительно превышающему рост затрат в системе ГМС (табл. 13).

Вторым рынком для частных страховых компаний является дополнительное страхование, например оплачивающее дополнительные удобства — скажем, больничные палаты с дополнительной кроватью или лечение руководителем отделения. Поскольку больничным кассам предлагать такие услуги запрещено, приходится покупать частный полис. По данным микропереписи, число тех, кто имеет дополнительное ЧМС, оценивается примерно в 7,5 млн. чел. (9% населения; сюда не входит частное страхование при поездках). Оно выросло с 5,3 млн. в 1991 г. до 7,6 млн. чел. в 1998 г. [42].

**Таблица 13. Изменения в расходах на душу населения системы ГМС и частного медицинского страхования в западной части Германии, 1992—2002 гг.**

	Расходы ГМС, в %	Расходы частного страхования, в %	Соотношение между частным страхованием и ГМС
Амбулаторная помощь	+24	+70	2,9
Стоматологическая помощь	+6	+33	5,5
Лекарственные средства (амбулаторная помощь)	+32	+84	2,6
Медицинские приспособления, протезы и амбулаторные неврачебные услуги	+49	+67	1,4
Стационарное лечение	+33	+55 <sup>a</sup>	1,7
Всего	+36	+50	1,4

Источник: Ассоциация компаний частного медицинского страхования, 2003 г. [42].

Примечание: <sup>a</sup> стационарная помощь означает обычные услуги, а не дополнительные услуги в частном страховании по размещению (-10%) и обслуживание ведущим врачом (+22%), что, однако, включено в общие расходы частных страховых компаний (последняя строка).

Третий рынок — дополнительное медицинское страхование, покрывающее доплаты за услуги, которые не полностью оплачиваются основным страховщиком клиента: хотя изначально в системе этого не было, с 1996 г. число таких застрахованных значительно возросло благодаря введению нового сектора страхования, обеспечивающего зубное протезирование, исключенное из системы ГМС для тех, кто родился после 1978 г. В 1999 г. протезирование снова вошло в систему ГМС. Приблизительно по 4,5 млн. полисов куплено для обеспечения дополнительных больничных и амбулаторных услуг. Оба вида полисов есть у 6% застрахованных в системе ГМС. Расцвет полисов второго типа пришелся на 1997—1998 гг. благодаря ограничениям на стоматологическую помощь в основном наборе услуг. После того как в 1999 г. эти услуги снова были включены в пакет системы ГМС, число детей с дополнительной страховкой снизилось с 2,2 млн. в 1998 г. до 1,4 млн. в 1999 г. Примерно 900 тыс. застрахованных в системе ГМС (1,3%) имели дополнительную страховку на случай потери дохода, что ценно для застрахованных в системе ГМС мелких предпринимателей, доход которых значительно превышает пороговый (по которому рассчитывается пособие по болезни). Последний вид страхования приносит частным компаниям 13% доходов.

После 2003 г. многие дополнительные полисы предлагают среди прочих услуг льготные тарифы на частичную оплату лечения, пребывания в больнице, приобретение медицинских приспособлений. На частичную оплату лекарственных средств подобные скидки предлагаются все реже и реже.

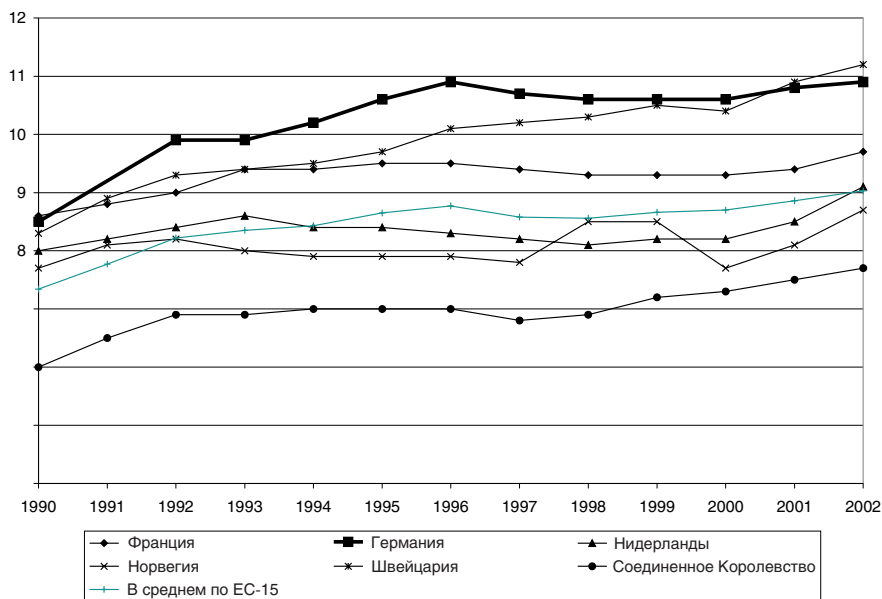
## Затраты на здравоохранение

### Общие и государственные расходы

Германия продолжает тратить на здравоохранение значительную часть своего богатства, в 2002 г., согласно национальной статистике, было потрачено 2840 евро на человека [44]. Общие расходы здравоохранения составили 234 млрд. евро — 11,1% валового внутреннего продукта (ВВП). ОЭСР и ВОЗ приводят чуть более низкие цифры: 2789 евро, 230 млрд. евро и 10,9% соответственно [2]. В сравнении с другими странами здравоохранение в Германии обходится дорого, как относительно ВВП (рис. 5, 6), так и в абсолютных цифрах (рис. 7). В 2002 г. Германия занимала шестое место среди стран ОЭСР по расходам на душу населения и треть по доле ВВП, которая тратилась на здравоохранение.

С 1992 по 2001 г. расходы на здравоохранение выросли с 9,9% ВВП до 10,8%. Однако их реальный ежегодный прирост (2,2%) в этот период был ниже, чем средний по странам ОЭСР (3,2%). Общий рост оценивается по-разному в зависимости от различных коэффициентов пересчета, ни один из них не предназначен специально для системы здравоохранения в целом.

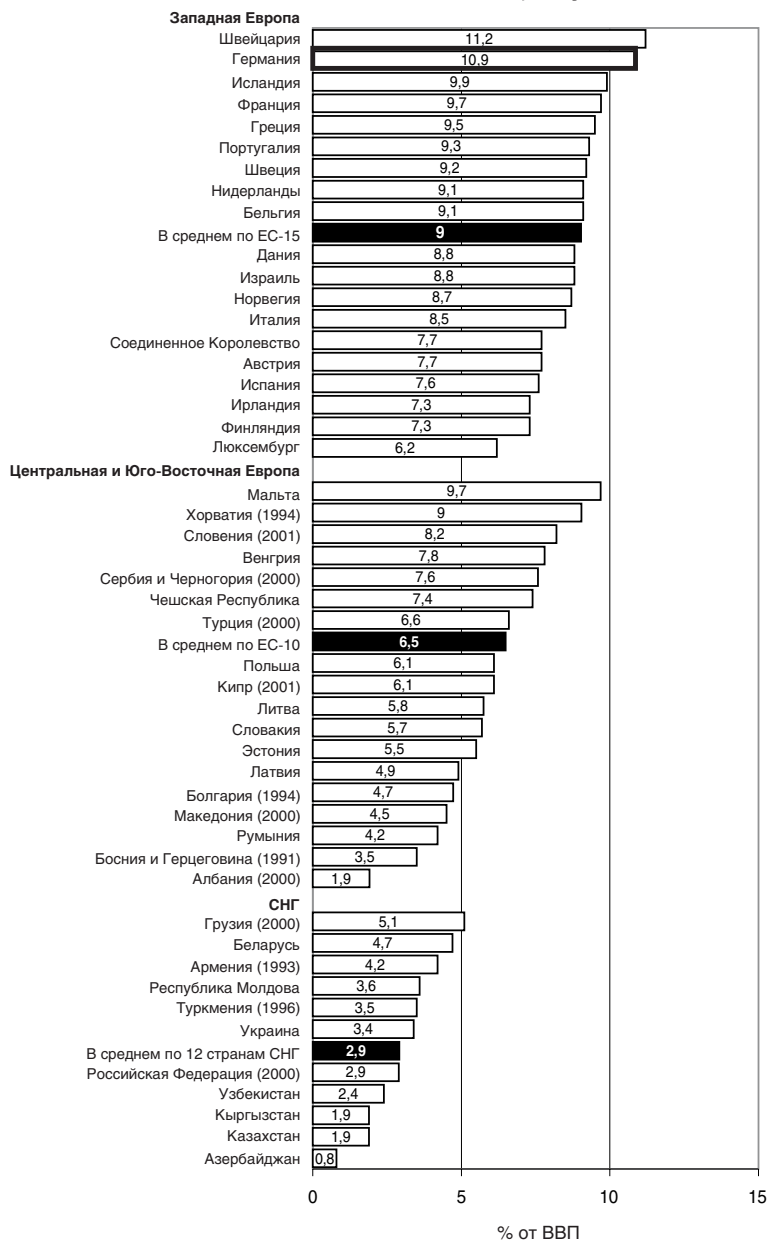
**Рисунок 5. Изменения в общих расходах на здравоохранение в Германии, некоторых других странах и в среднем по ЕС-15, 1990—2002 гг., в % от ВВП**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г. [5].

Примечание: Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

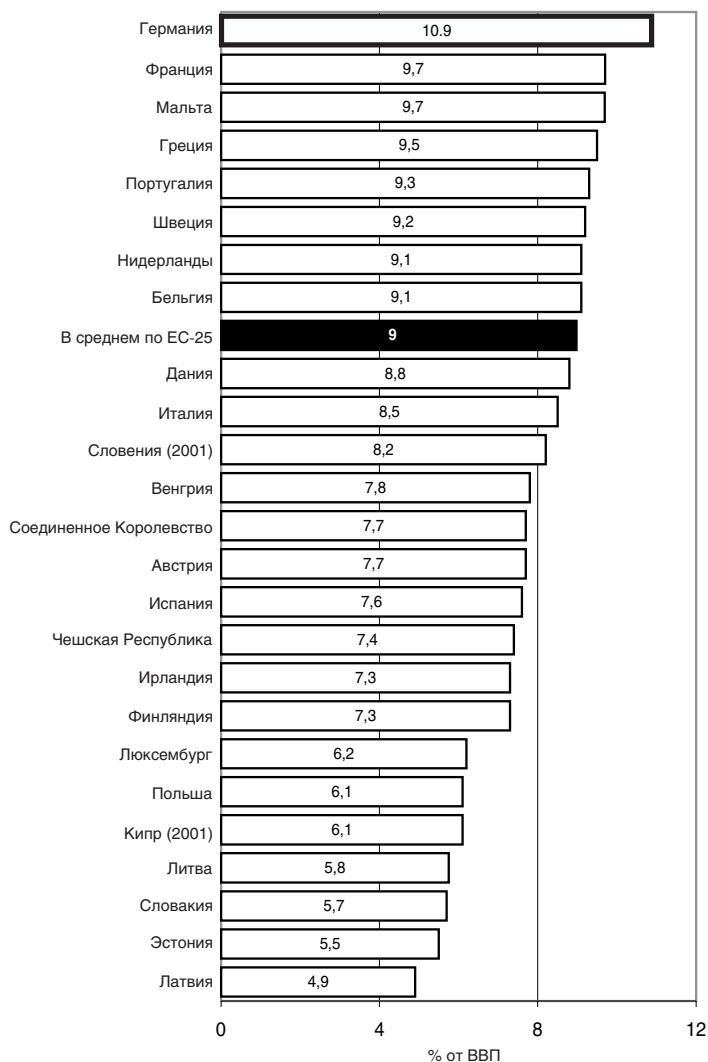
**Рисунок 6а. Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в странах Европейского региона ВОЗ за 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Примечания: СНГ — Содружество Независимых Государств; ЕС — Европейский Союз; ЕС-10 — страны, вступившие в ЕС 1 мая 2004 г.; ЕС-15 — страны, входившие в ЕС до 1 мая 2004 г.; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии; Македония — бывшая Югославская республика; страны, по которым данных нет, не включены.

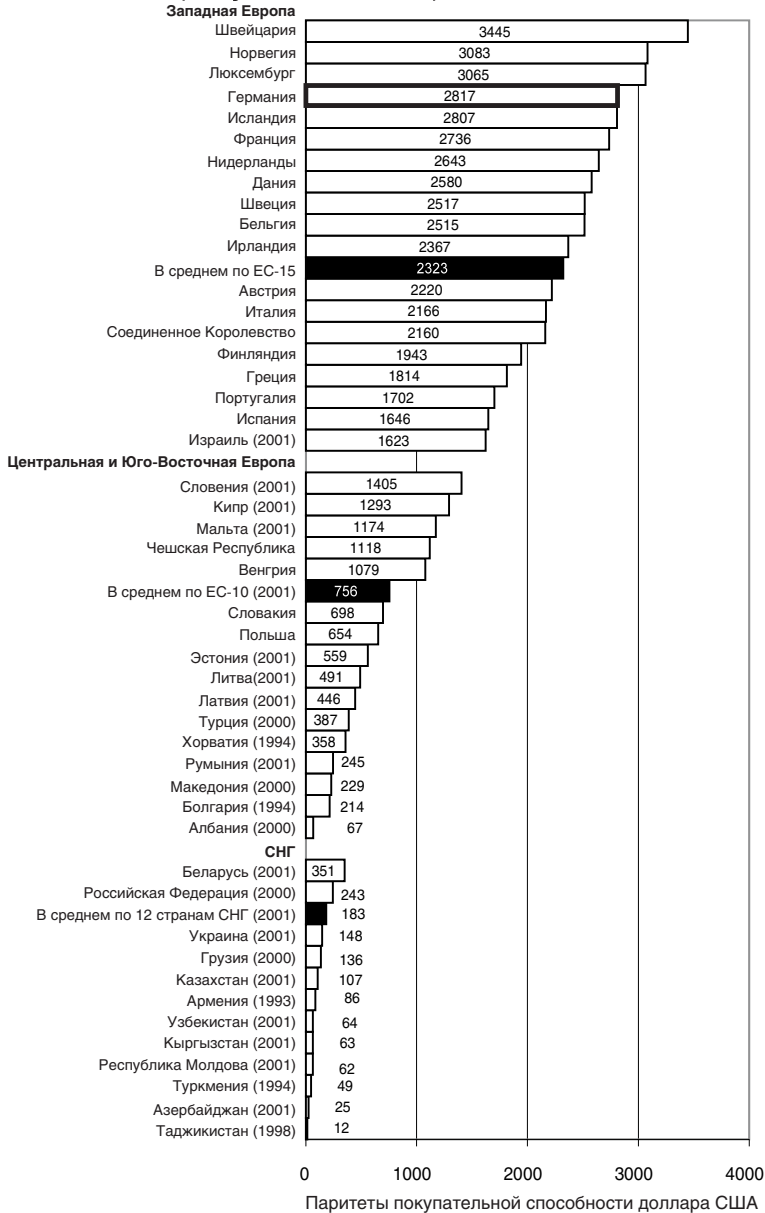
**Рисунок 66. Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в странах ЕС за 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Примечания: ЕС — Европейский Союз; ЕС-25 — все страны ЕС; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

**Рисунок 7а. Расходы на здравоохранение на душу населения с учетом паритета покупательной способности доллара США в странах Европейского региона ВОЗ за 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**

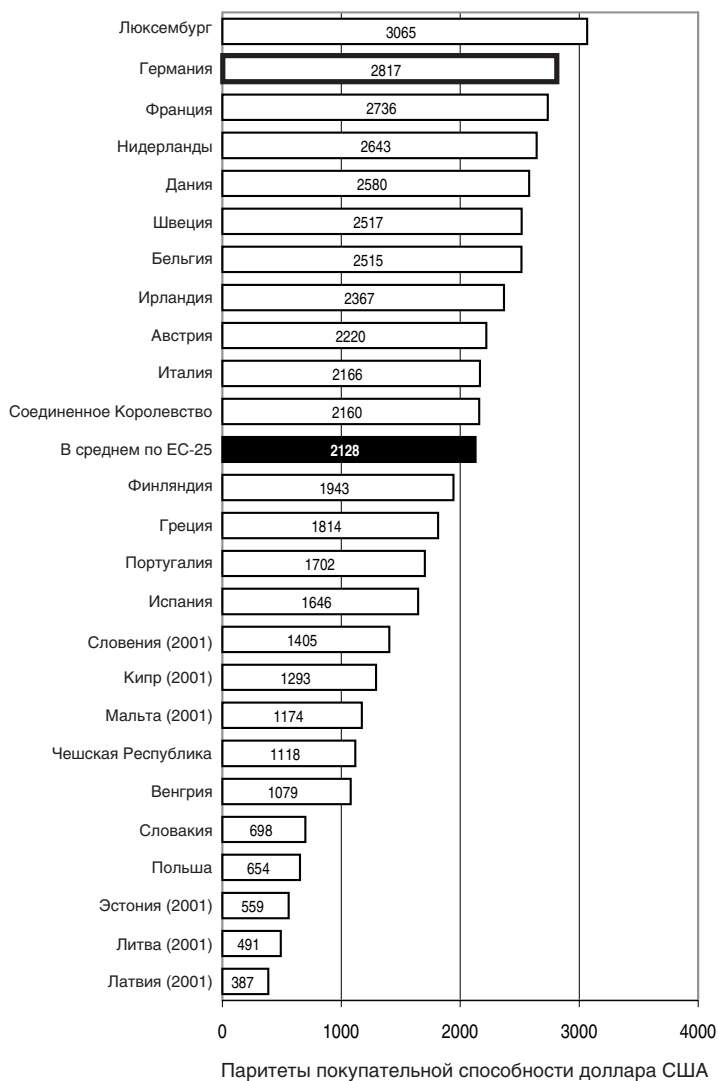


Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Примечания: СНГ — Содружество Независимых Государств; ЕС — Европейский Союз; ЕС-10 — страны, вступившие в ЕС 1 мая 2004 г.; ЕС-15 — страны, входившие в ЕС до 1 мая 2004 г.; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии; Македония — бывшая Югославская республика; страны, по которым данных нет, не включены.



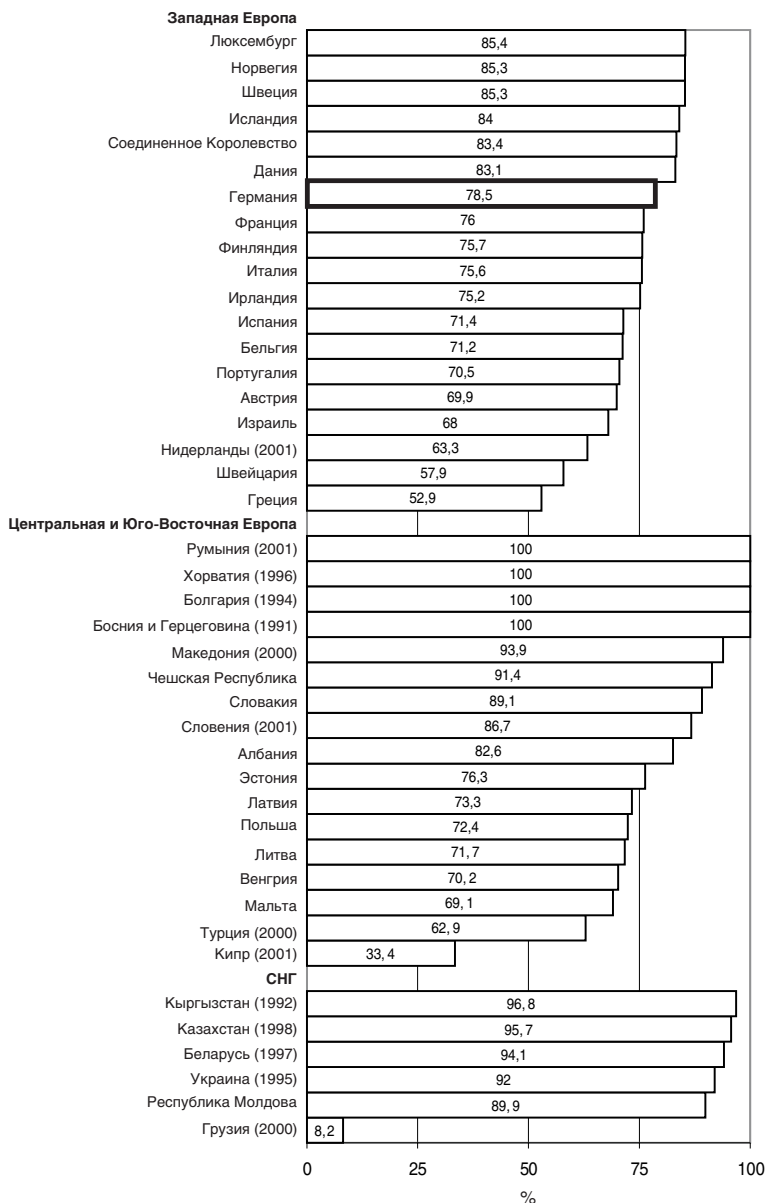
**Рисунок 76. Расходы на здравоохранение на душу населения в паритетах покупательной способности доллара США в странах ЕС за 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Примечания: ЕС — Европейский Союз; ЕС-25 — все страны ЕС; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

**Рисунок 8а. Доля государственного финансирования в общих расходах на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ за 2002 г. (в процентах). В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**

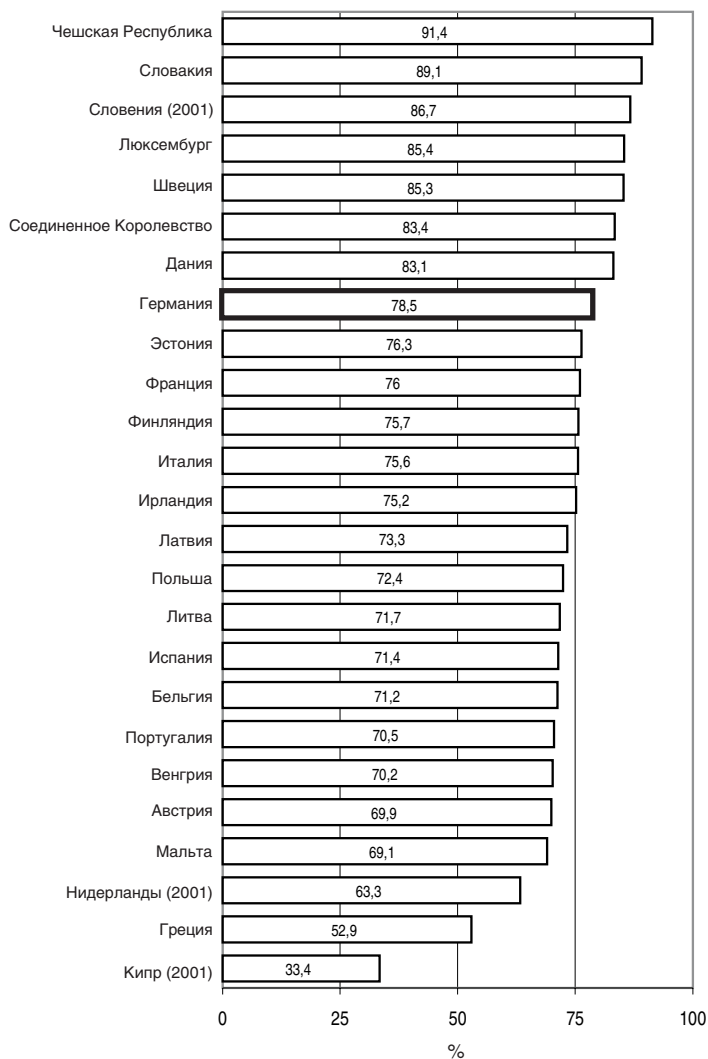


Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Примечания: Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии;

Македония — бывшая Югославская республика; СНГ — Содружество Независимых Государств; страны, по которым данных нет, не включены.

**Рисунок 86. Доля государственного финансирования в общих расходах на здравоохранение в странах ЕС за 2002 г. (в процентах). В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Примечания: ЕС — Европейский Союз; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

В то время как номинальный рост общих расходов в 1992—2001 гг. составил 38,5%, реальный рост равнялся 20% при использовании в подсчетах дефлятора ВВП, 15% — при использовании индекса потребительских цен и 12% — при использовании коэффициента цен на медицинские услуги. Последние два коэффициента отражают частные расходы на товары медицинского характера, но не цены в государственном секторе.

Часть расходов здравоохранения, приходящаяся на государство, включая правительственное финансирование и разные виды социального страхования, за последние десять лет немного сократилась (табл. 9, 14) несмотря на введение новых услуг в рамках государственного страхования долговременного ухода. Это отражает относительное увеличение доли частного финансирования и снижение доли налогов. Немецкие статистические данные (табл. 9) стабильно ниже данных ОЭСР и ВОЗ примерно на 3,5% (табл. 14, рис. 8). По разным источникам, Германия занимает среднее (табл. 9) или

**Таблица 14. Тенденции изменений расходов на здравоохранение<sup>a</sup>, 1970—2002 гг.**

	1970	1980	1990	1992	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Общие расходы на здравоохранение</b>												
В текущих ценах, млрд. евро	21,7	66,4	108,3	159,8	190,4	199,4	200,2	204,7	210,4	214,9	223	230
В твердых ценах ГДР на 1995 г., млрд. евро	55,2	102,1	125,7	173,2	190,4	197,4	196,7	199,1	203,6	208,4	213,6	216,9
В текущих ценах на душу населения, евро	223	824	1600	1982	2331	2434	2441	2495	2563	2613	2708	2789
В текущих ценах на душу населения (с учетом ППС доллара США)	266	955	1729	1962	2263	2410	2416	2470	2563	2640	2735	2817
Как доля от ВВП, %	6,2	8,7	8,5	9,9	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9
<b>Государственные расходы на здравоохранение</b>												
Как доля общих расходов на здравоохранение, %	72,8	78,7	76,2	80,9	80,5	80,6	79,1	78,6	78,6	78,8	78,6	78,5
Как доля от ВВП, %	4,5	6,8	6,5	7,7	8,5	8,8	8,5	8,3	8,4	8,3	8,5	8,6

Источник: данные ОЭСР по здравоохранению, 2004 г. [2].

Примечания: ППС — паритет покупательной способности; <sup>a</sup> данные за 1970—1990 гг. относятся только к западной части страны.

достаточно высокое (табл. 14, рис. 8) место по доле государственных средств в финансировании здравоохранения.

Государственные расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП, сильнее всего росли в 1970-х гг. и в начале 1990-х гг. С 1995 г. они постоянны и составляют примерно 8,5% от ВВП (табл. 14) — наивысший показатель из всех стран ОЭСР.

## Структура затрат на здравоохранение

Распределение ресурсов внутри общего бюджета здравоохранения в 1992—2002 гг. выявляет некоторые отчетливые тенденции (табл. 15). Общие номинальные расходы возросли на 39%, при этом затраты на товары медицинского характера — на 41%, а на медицинские услуги — на 30%. В последней категории наибольший рост (121%) пришелся на сестринский уход — следствие введения в 1993 г. государственного страхования на случай необходимости долговременного медицинского ухода (см. раздел «Медико-социальная помощь»).

Расходы системы ГМС росли примерно с той же скоростью, что и ВВП, но в 1996 и 2002 гг. опережали его. Из табл. 15 видно, что вслед за ростом в начале 1990-х гг. расходы системы ГМС на амбулаторную помощь (с 1997 г.) и стационарное лечение в больницах общего профиля (с 1998 г.) даже снизились. В сравнении с другими странами затраты на лечение в больницах общего профиля низки благодаря тому, что хорошо развита система амбулаторной помощи, где представлены почти все медицинские специальности [45].

По контрасту с этими хорошо контролируемыми секторами медицинских услуг рост затрат системы ГМС на лекарственные средства опережал средний, то же относится к небольшим статьям расходов, таким, как спасательные службы или административные расходы. Административные расходы в государственном и частном секторе значительно отличаются. В 2002 г. расходы на управление и маркетинг в больничных кассах составляли 6,1% расходов, а в частных страховых компаниях — 16,7% [42].

В восточной части страны расходы на душу населения росли гораздо быстрее, чем в западной, но все еще не достигли западного уровня, особенно в области медицинских услуг (исключая неотложную помощь и уход на дому). Фармацевтические же расходы, наоборот, даже выше, чем на западе, отчасти из-за того, что здесь хуже здоровье населения, а отчасти из-за менее взвешенного назначения лекарственных средств [18].

**Таблица 15. Общие расходы на здравоохранение и расходы системы ГМС по видам медицинских учреждений и типам услуг в процентах от ВВП, 1992—2002 гг.**

	1992	1994	1996	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Расходы системы ГМС</b>	6,14	6,2	6,36	6,13	6,15	6,13	6,21	6,32
<b>Стационары</b>	2,31	2,49	2,52	2,52	2,48	2,47	2,44	2,47
Больницы общего профиля	2,21	2,37	2,37	2,38	2,34	2,32	2,3	2,33
<b>Амбулаторные учреждения</b>	3,26	3,11	3,28	3,12	3,16	3,16	3,25	3,31
Врачебные практики	1,07	1,11	1,13	1,12	1,12	1,12	1,11	1,11
Аптеки	1,03	0,86	0,93	0,89	0,94	0,95	1,03	1,07
<b>Неотложная помощь</b>	0,06	0,08	0,08	0,08	0,09	0,09	0,09	0,09
<b>Управление<sup>а</sup></b>	0,35	0,35	0,36	0,35	0,36	0,36	0,37	0,38
<b>Лечение за границей</b>	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
<b>Общие расходы</b>	10,1	10,4	11,1	10,8	10,8	10,8	11	11,1
<b>Стационары</b>	3,89	4,19	4,29	4,23	4,22	4,2	4,2	4,25
Больницы общего профиля	2,88	3,07	3,05	3,08	3,04	3,01	3	3,02
<b>Амбулаторные учреждения</b>	4,7	4,64	5,01	4,94	4,96	4,95	5,08	5,14
<b>Врачебные практики</b>	1,36	1,42	1,46	1,48	1,49	1,48	1,49	1,49
<b>Аптеки</b>	1,4	1,27	1,36	1,38	1,4	1,4	1,49	1,53
<b>Неотложная помощь</b>	0,08	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,11	0,11
<b>Управление<sup>а</sup></b>	0,54	0,56	0,60	0,61	0,62	0,61	0,62	0,65
<b>Лечение за границей</b>	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02

Источник: собственные расчеты авторов на основании данных Федерального статистического управления, 2004 г. [12].

Примечание: <sup>а</sup> сюда входят расходы плательщиков, расходы поставщиков медицинских услуг являются частью оплаты медицинских услуг и товаров; расходы организаций больных или правительственных органов не включены (кроме управления ПЛЗ — оплачивается больничными кассами).

## Медицинское обслуживание

**В**ажнейшая черта немецкого здравоохранения — четкая граница между (1) общественным здравоохранением, (2) первичной и специализированной амбулаторной помощью и (3) стационарной помощью. Соответственно построена данная глава. В отдельных разделах рассматриваются неотложная помощь, амбулаторное обслуживание на базе больниц, однодневная хирургия и комплексная помощь.

### Общественное здравоохранение

Конкретные задачи органов общественного здравоохранения и учреждения, которые за это отвечают, в разных федеральных землях разные, но, как правило, сюда относится деятельность, связанная как с суверенными правами, так и с обслуживанием отдельных групп населения, в том числе:

- эпидемиологический надзор;
- составление отчетов о показателях здоровья;
- надзор за больницами, учреждениями амбулаторной хирургии и амбулаторными практиками врачей и работников других лечебных профессий;
- наблюдение за коммерческой деятельностью, касающейся продуктов питания, лекарственных средств и наркотических веществ;
- наблюдение за определенными областями гигиены окружающей среды;
- диспансеризации школьников и некоторых других групп населения;
- диагностика и — в исключительных случаях — лечение больных некоторыми инфекционными заболеваниями, включая заболевания, передаваемые половым путем, и туберкулез;
- психиатрическая помощь по месту жительства;
- санитарное просвещение и пропаганда здорового образа жизни;
- сотрудничество с другими государственными организациями и их консультирование.

Этой деятельностью в Германии заняты примерно 350 санитарно-эпидемиологических станций, сильно различающихся по своим размерам, структуре и задачам. В 2000 г. деятельностью 78 из них руководили федеральные земли (в Баварии и Гамбурге), а оставшимися 274 в других 14 землях — муниципалитеты.

В первые десятилетия существования ФРГ федеральное правительство неоднократно пыталось распространить свое влияние на сектор общественного здравоохранения, чему федеральные земли сопротивлялись. Первоначально службы общественного здравоохранения ведали иммунизацией, массовыми обследованиями для выявления туберкулеза и других заболеваний, а также санитарным просвещением и распространяли санитарно-гигиенические рекомендации. Однако с 1970-х гг. на многие индивидуальные профилактические услуги были распространены положения социального кодекса, и их передали частнопрактикующим врачам. До 1970 г. набор услуг больничных касс включал только ведение беременности. С 1971 г. туда вошло онкологическое обследование женщин старше 20 лет и мужчин старше 45 лет. Тогда же ввели регулярные диспансеризации для детей моложе четырех лет (в 1989 г. это было распространено на детей моложе шести лет, а в 1997 г. — на подростков). В том же 1989 г. в набор страховых услуг системы ГМС вошли групповые профилактические стоматологические осмотры для детей моложе 12 лет и индивидуальные осмотры для детей и молодых людей от 12 до 20 лет; в 1993 г. индивидуальные осмотры распространили на детей и подростков в возрасте от 6 до 20 лет. В 1989 г. были введены регулярные профилактические обследования застрахованных старше 35 лет для выявления сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний почек и диабета.

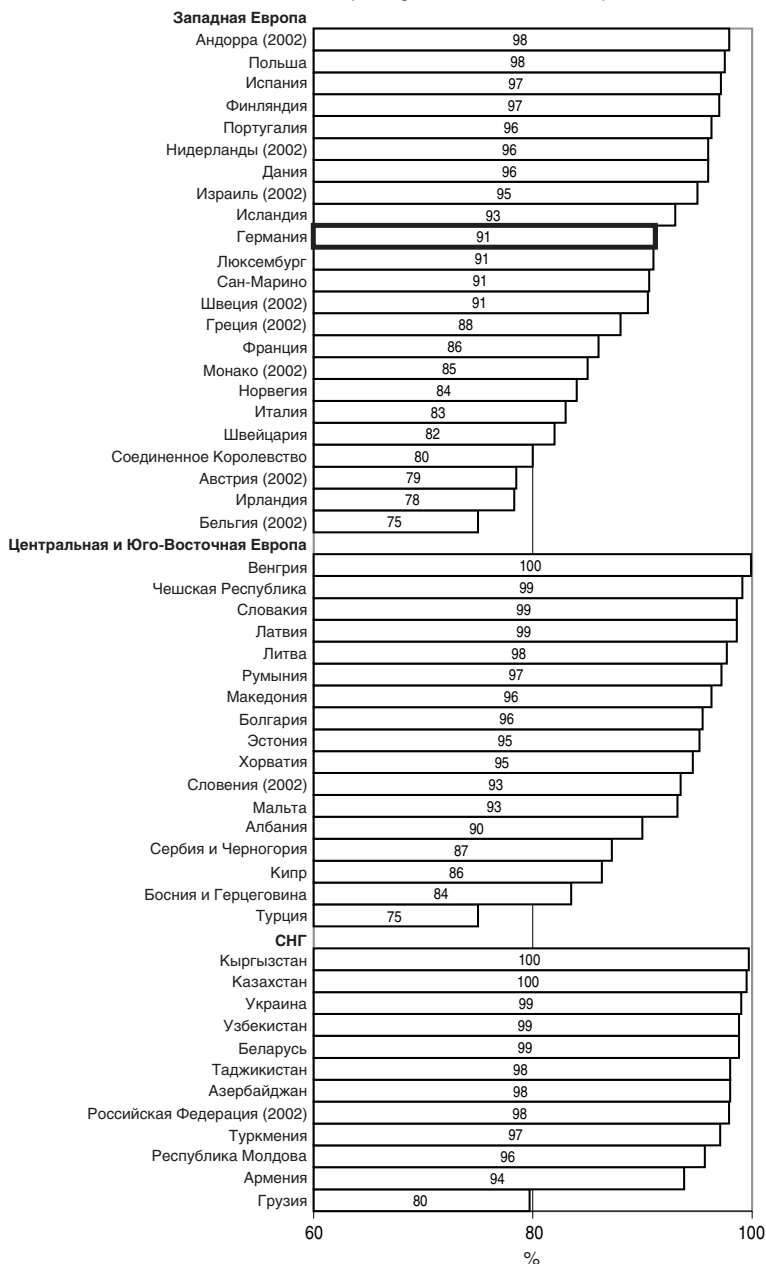
В 1989 г. укрепление здоровья населения стало одной из обязанностей больничных касс, в 1996 г. это положение было отменено, а в 2000 г. в измененном виде введено снова. В 2003 г. программа ГМС по выявлению онкологических заболеваний (рак шейки матки и наружных половых органов, молочной железы, кожи, толстой и прямой кишки) была расширена за счет добавления двукратной колоноскопии (в возрасте 55 и 65 лет), как альтернативы анализу кала, и маммографии для женщин 50—69 лет.

По закону проводить профилактические осмотры с целью выявления различных заболеваний должны частнопрактикующие врачи в рамках регионального бюджета. В отношении других услуг они могут договариваться с больничными кассами о размере гонорара. Таким образом, профилактические услуги сейчас регулируются так же, как и лечебные, а это означает, что точное определение «профилактических услуг» является объектом соглашений между больничными кассами и ассоциациями врачей. Нынешние постановления Общей федеральной комиссии, касающиеся профилактического обслуживания, включают клинические и лабораторные услуги по обследованию больных и информирование больных о результатах и прогнозе, а санитарному просвещению все еще уделяется мало внимания как в отношении оплаты, так и в информационном отношении.

Вследствие того что иммунизацией вместо санитарно-эпидемиологических служб стали заниматься частнопрактикующие врачи, ее уровень по международным стандартам довольно низок (рис. 9). Хотя количество вакцинированных детей в последние годы выросло (табл. 2), оно все еще мало [46, 47]. В 1999—2001 гг. охват иммунизацией против столбняка при поступлении в школу составлял в среднем 97%, против коклюша — 74% и против гепатита В — 37%. Иммунизация производится сравнительно поздно;



**Рисунок 9а. Уровень иммунизации против кори в странах Европейского региона ВОЗ за 2003 г., в процентах. В отсутствие данных за 2003 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**

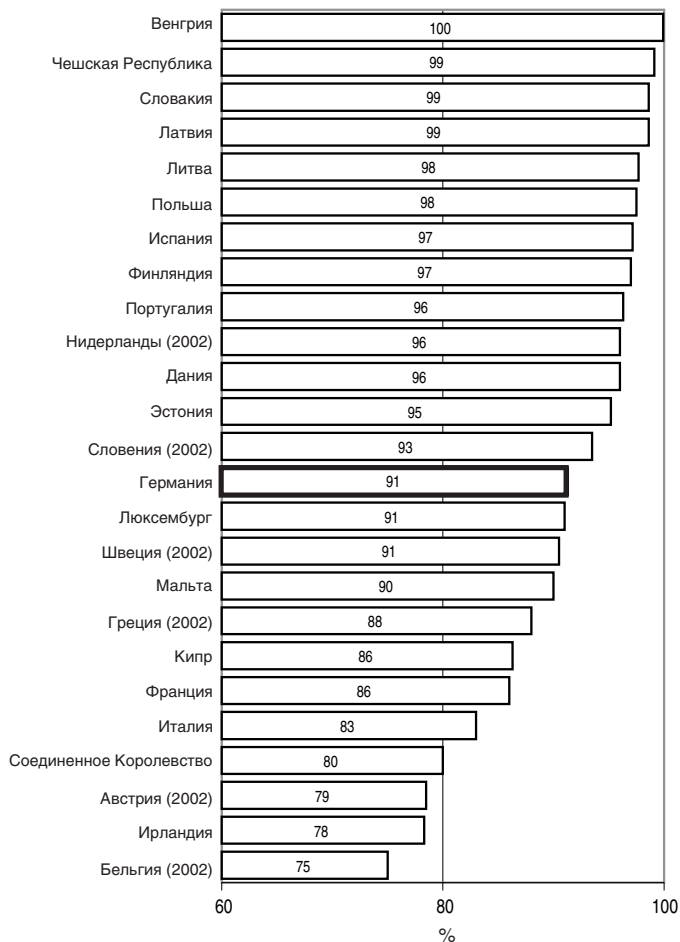


Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Примечания: Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии;

Македония — бывшая Югославская республика; СНГ — Содружество Независимых Государств; страны, по которым данных нет, не включены.

**Рисунок 96. Уровень иммунизации против кори в странах ЕС за 2002 г., в процентах. В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.  
Примечания: Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии; страны, по которым данных нет, не включены.

рекомендованную ревакцинацию против свинки, кори и краснухи получают менее четверти детей. Кроме того, лишь треть населения старше 69 лет делала рекомендуемую прививку против гриппа [47]. После принятия в 2000 г. Закона о защите от инфекций при поступлении в школу выясняют, против каких инфекций вакцинирован ребенок, однако врачи санитарно-эпидемиологической службы, производящие проверку, не обязаны проводить вакцинацию.

После того как многие задачи по профилактике и санитарному просвещению перешли от служб общественного здравоохранения к другим органам, эти службы значительно сократились и стали менее заметны. Число врачей, работающих в общественном здравоохранении, упало с 4900 в 1970 г. (только западная часть Германии) до 3300 в 1996 г. и около 3000 в 2002 г. Помимо врачей крупнейшими профессиональными группами в санитарно-эпидемиологических службах в 2002 г. были социальные работники (2000) и помощники врачей либо стоматологов (2000), а за ними — административный персонал, инспектора по охране здоровья и стоматологи [4]. В 1992—2002 гг. общие расходы на санитарно-эпидемиологические службы в номинальном выражении практически не менялись и, таким образом, реально снижались. В 2002 г. они составили 2 млрд. евро, или 0,09% ВВП, в сравнении с 1,9 млрд. евро и 0,12% ВВП в 1992 г.

С 2000 г. деятельность санитарно-эпидемиологических служб по контролю инфекционных заболеваний была реорганизована в соответствии с давно готовившимся Законом о защите от инфекций. Надзор был упрощен и в значительной степени отдан в ведение Федерального Института инфекционных и неинфекционных заболеваний (Институт Роберта Коха), задача которого — оценивать эпидемиологическую обстановку и оповещать население об инфекционных заболеваниях, а также сотрудничать с европейскими организациями сходного профиля. Санитарно-эпидемиологические станции контролируют соблюдение гигиенических стандартов в больницах, амбулаториях частнопрактикующих врачей, приемных стоматологов и других работников здравоохранения. Больницы и учреждения амбулаторной хирургии теперь обязаны сообщать о больничных инфекциях и выявлении полирезистентных микроорганизмов, принимать меры по улучшению ситуации согласно полученным рекомендациям. Институт Роберта Коха собирает эти данные в рамках анонимного анализа показателей, публикует сводные отчеты и рассылает их обратно по конкретным учреждениям (см. раздел «Структура здравоохранения»).

В соответствии с Законом о защите от инфекций не только больницы, но и все объекты, предусматривающие совместное пребывание людей, включая интернаты, школы и тюрьмы, должны иметь санитарно-гигиенические планы и подлежат надзору санитарно-эпидемиологических станций. При поселении в дома для престарелых, приюты для бездомных или беженцев необходимо представить справку о состоянии здоровья и в числе прочего — рентгенограмму.

Хорошо зарекомендовавшие себя на практике добровольно поддерживаемые просветительские стандарты, разработанные для СПИДа, распространены на все заболевания, передаваемые половым путем, а существовавшие ранее более жесткие положения отменены. Санитарно-эпидемиологические станции должны усилить деятельность по санитарному просвещению, а в определенных случаях обеспечить диагностику и лечение, например больных туберкулезом, которые отказываются лечиться.

Некоторые из государственных санитарно-эпидемиологических станций начали проводить конференции, привлекая широкие слои медицинских ра-

ботников, страховых организаций и групп самопомощи; там совместно выработывается стратегия в области общественного здравоохранения и достигается лучшая координация профилактической деятельности. В земле Северный Рейн-Вестфалия такие конференции закреплены законом. Кое-где санитарно-эпидемиологические станции проводят также совещания на муниципальном уровне.

На федеральном же уровне для укрепления сотрудничества между службами общественного здравоохранения, врачами, руководителями здравоохранения и иными заинтересованными сторонами в июле 2002 г. был основан Германский форум по профилактике и охране здоровья. Он был создан благодаря законодательной инициативе 2000 г. с целью разработки стратегии здравоохранения и способов укрепления профилактики путем дискуссий за круглым столом. В составе форума — 41 организация; деятельность которых направлена на активное укрепление профилактики и пропаганду здорового образа жизни, внедрение широкого спектра программ по профилактике и санитарному просвещению и создание стабильных организационных структур, способных к самофинансированию. Важнейшие области деятельности форума: охрана здоровья в детских садах, школах и на рабочих местах, профилактика для пожилых и комплексная программа профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (см. раздел «Реформы здравоохранения»).

## **Первичная и специализированная амбулаторная помощь**

Амбулаторная помощь в основном является частной и коммерческой; ее оказывают врачи, стоматологи, фармацевты, физиотерапевты, логопеды и дефектологи, специалисты по трудотерапии, ортопеды и технические работники (см. раздел «Медицинские кадры»). Краткосрочный и долговременный уход обеспечиваются на коммерческой или некоммерческой основе с привлечением среднего и младшего медицинского персонала, работников по уходу за престарелыми, социальных работников и административного персонала (см. раздел «Медико-социальная помощь»).

Больные могут свободно выбирать врачей, психотерапевтов (с 1999 г.), стоматологов, фармацевтов и специалистов по сестринскому уходу. Они могут выбирать также других медицинских работников, хотя выбранные услуги оплачиваются только при наличии направления от врача. Семейные врачи (около половины врачей, работающих в амбулаторном секторе) в Германии не регулируют доступ к специалистам, хотя их возможности в этой сфере в последние годы расширились.

В 2003 г. из 304 100 действующих врачей 132 400 работали в сфере амбулаторной помощи. Из них лишь незначительная часть (6600 чел.) обслуживала только частных пациентов; 117 600 работали в системе ГМС (табл. 16), а 8200 — на окладе. Большинство врачей работают поодиночке; лишь около 25% делят практику с другими врачами. Врачи сами оплачивают помещение

Таблица 16. Специальности и сфера деятельности врачей в амбулаторном секторе системы ГМС, 1990—2002 гг.

	Количество врачей системы ГМС, работающих в частных практиках <sup>а</sup>			Количество врачей в больницах с правом обслуживать клиентов системы ГМС на амбулаторной основе	
	1990 г.	Прирост за 1990—2002 гг., %	2002 г.	2002 г. Врачи с правом лечения больных в стационаре	2002 г.
Анестезиологи	508	490	2491	<sup>б</sup>	1085
Дерматологи	2535	30	3308	24	100
Оториноларингологи	2967	32	3926	1509	158
Гинекологи	7306	33	9702	1451	868
Лабораторные специалисты	419	47	615	<sup>б</sup>	78
Невропатологи и психиатры	3228	56	5049	18	213
Офтальмологи	4092	27	5201	575	133
Ортопеды	3460	43	4963	542	307
Психотерапевты	842	382	3223	0	213
Радиологи	1439	68	2424	<sup>б</sup>	512
Хирурги	2539	42	3601	534	1832
Урологи	1744	46	2552	477	220
Терапевты	12 720	35	6843	265	2668
Семейные терапевты			10 336	81	н. п.
Педиатры-специалисты	5128	13	322	28	784
Семейные педиатры			5447	19	н. п.
Все врачи, имеющие диплом специалиста (включая «Прочих специалистов»)	50 567	44	73004	5823	13 974
Врачи-специалисты <sup>в</sup>	н. п.	н. п.	57 221	5723	10 522
Врачи общей практики	38 244	14	31 758	73	69
Врачи общей практики без соответствующего диплома			11 303	18	286
Семейные врачи <sup>г</sup>	н. п.	н. п.	58 844	191	355
Всего (семейные врачи + специалисты)	88 811	31	116 065	5914	10 877

Источник: Федеральная ассоциация врачей системы ГМС, 2004 г., 1999 г. [49, 50].

Примечания: н. п. — не применимо; <sup>а</sup> за исключением врачей, работающих в частных практиках по найму; <sup>б</sup> очень малое число, включено во «все специалисты» и «всего»; <sup>в</sup> все специалисты, за исключением работающих в качестве семейных терапевтов или семейных педиатров; <sup>г</sup> включая семейных терапевтов и семейных педиатров.

и оборудование и сами же платят персоналу. Амортизация покрывается за счет возмещения от больничных касс, частных страховых компаний и в незначительной (но все возрастающей) степени — прямыми платежами больных.

В восточной части страны также преобладают одиночные практики, хотя во времена ГДР до 1989 г. амбулаторную помощь оказывали в основном государственные поликлиники, диспансеры по месту жительства и амбулатории на предприятиях. В ходе внедрения в восточных землях организационных форм здравоохранения бывшей ФРГ после воссоединения Германии эти учреждения быстро уступили место одиночным частным практикам. После воссоединения на востоке сохранились лишь единичные поликлиники, да и те существовали на льготных условиях (см. раздел «Историческая справка»). Начиная с 2004 г. снова появилась междисциплинарная помощь на базе «медицинских центров» — ими могут владеть компании либо самостоятельно работающие профессионалы, но возглавлять их обязательно должен врач, и они обязаны как члены региональных врачебных ассоциаций соблюдать соответствующие нормативы.

В амбулаторной помощи заняты врачи практически всех специальностей; наиболее распространенные из них перечислены в табл. 16, вместе с динамикой численности врачей с 1990 г. В таблице приведена также информация, касающаяся двух моментов, связывающих между собой амбулаторную и стационарную помощь. Во-первых, 5% всех частнопрактикующих врачей имеют право лечить больных в больнице. Это касается главным образом узких хирургических специальностей, когда случаев на больницу так мало, что приходящего 1—2 раза в неделю хирурга достаточно. Остальные врачи для стационарного лечения направляют своих больных в больницы, а после выписки принимают обратно (к примеру, ведением больного после операции обычно занимаются частные практики). Во-вторых, кроме частнопрактикующих врачей есть еще примерно 11 тыс. врачей, которые имеют право лечить амбулаторных больных. Это — главным образом руководители больничных отделений, которые могут оказывать определенные виды помощи и лечить больных в определенное время (когда амбулатории закрыты). В 2002 г. в общей сложности 8% всех врачей в больницах имели право оказывать амбулаторную помощь клиентам системы ГМС. В среднем на одну больницу общего профиля приходилось более одного терапевта и почти один хирург с правом оказывать амбулаторную помощь. Они составляли 0,9% от врачей амбулаторного сектора системы ГМС. Если оценивать объем деятельности по величине оплаты, то на них сейчас приходится примерно 2% всей амбулаторной помощи (и еще около 5% — на амбулаторные отделения университетских клиник).

## **Семейные врачи и специалисты**

В немецком здравоохранении доступ к врачу никогда не регулировался; больные могут свободно выбирать любого врача, работающего при больничной кассе. В соответствии с социальным кодексом (§ 76 пятой книги)

клиенты больничной кассы не могут сменить выбранного семейного врача до окончания квартала и расчета величины оплаты оказанных им услуг. Поскольку нет механизма, поддерживающего или контролирующего такую «самостоятельную» систему регулирования доступа, больные часто обращаются к специалистам напрямую.

Несмотря на усилия федерального правительства повысить статус семейной медицины в амбулаторной помощи, число специалистов в последние десятилетия росло быстрее, чем число врачей общей практики, так что доля врачей общей практики в 2002 г. составляла менее 35% всех частнопрактикующих врачей. Поскольку дипломированные терапевты и педиатры в системе ГМС могут выбирать, будут ли работать в качестве семейных врачей (*Hausärzte*) или специалистов (*Fachärzte*) (§ 73 пятой книги социального кодекса), в последние годы число специалистов по сравнению с семейными врачами в системе ГМС выросло. Это относится также к терапевтам или педиатрам, открывающим новую практику. Семейным врачам и специалистам платят по разным схемам и из разных фондов, а с 2005 г. они по-разному представлены в правлении и в собрании региональных врачебных ассоциаций (см. раздел «Заработная плата врачей»).

Из 116 065 врачей в системе ГМС в 2002 г. 58 884 работали как семейные врачи (51%), а 57 221 в качестве специалистов (49%) (табл. 16). Среди семейных врачей

- 31 758 имели специальность «общая практика» (врачи с дипломом по специальности «общая практика»);
- 11 303 работали как врачи общей практики (врачи без диплома по какой-либо специальности, работающие в области семейной медицины);
- 10 336 терапевтов (специалистов по внутренним болезням);
- 5447 педиатров, которые выбрали работу в качестве семейных врачей.

Таким образом, в 2002 г. 94% всех педиатров и 60% терапевтов в системе ГМС работали семейными врачами — результат политики, нацеленной на упрочение профессионального положения и увеличение дохода семейных врачей. Врачи общей практики составляли лишь 38% всех врачей системы ГМС, но вместе с терапевтами и педиатрами, работающими в качестве семейных врачей, на их долю приходится 51%, а на долю специалистов лишь 49%. Соотношение было достигнуто уже в 1998 г. и с тех пор не менялось, но сейчас опять ожидается снижение доли семейных врачей, поскольку растет число уходящих на пенсию.

Число частнопрактикующих врачей в системе ГМС с 1990 г., когда началось планирование численности врачей на основе потребностей населения (табл. 23), до 2002 г. выросло в общей сложности на 31%, хотя рост сильно зависел от специальности. Число врачей общей практики (с дипломом или без) выросло на 14%, а рост числа всех врачей с дипломом специалиста был втрое выше (табл. 16).

С 1993 г. больничным кассам было позволено создавать пробные проекты по регулированию доступа к специализированной помощи и предлагать за это скидки своим членам. Однако таких проектов было создано очень мало, а прижилось еще меньше — из-за различных юридических трудностей, со-

противления региональных ассоциаций врачей и необходимости дополнительных расходов. С 2004 г. больничные кассы обязаны предлагать каждому вступающему возможность выбрать «модель обслуживания семейным врачом» со скидками за обращение к специалисту через врача первичной помощи. Первый такой проект начали больничная касса федеральной земли Саксония-Анхальт, региональная ассоциация врачей и региональное бюро Федеральной организации семейных врачей (BDA). В нем заняты все 1600 семейных врачей Саксонии-Анхальт и могут принять участие все застрахованные старше 18 лет. Участники платят за посещение врача вдвое меньше обычного, очередь к семейному врачу для них короче, а при доступе к специалистам им гарантирована помощь.

Опросы свидетельствуют, что за последние десять лет посещать врачей, работающих в амбулаторном секторе, стали чаще. В 1999—2002 гг. среднее число обращений к частнопрактикующим врачам выросло с 9,5 до 11,5 в год (данные от опроса к опросу различаются) [48]. Данные по обращениям к врачу за 2000 г. говорят о том, что на одного застрахованного в системе ГМС приходилось в среднем 7,8 «случая лечения» в год, таким образом, они по крайней мере 7,8 раза в год посещали врачей, а возможно, и чаще, поскольку «случай лечения» учитывает лишь первое посещение данного врача за квартал. Данные рис. 10, возможно, несколько занижают фактическое использование амбулаторных услуг: данные по обращениям к врачу говорят о большем числе посещений, включая амбулаторные отделения больниц.

## Неотложная помощь

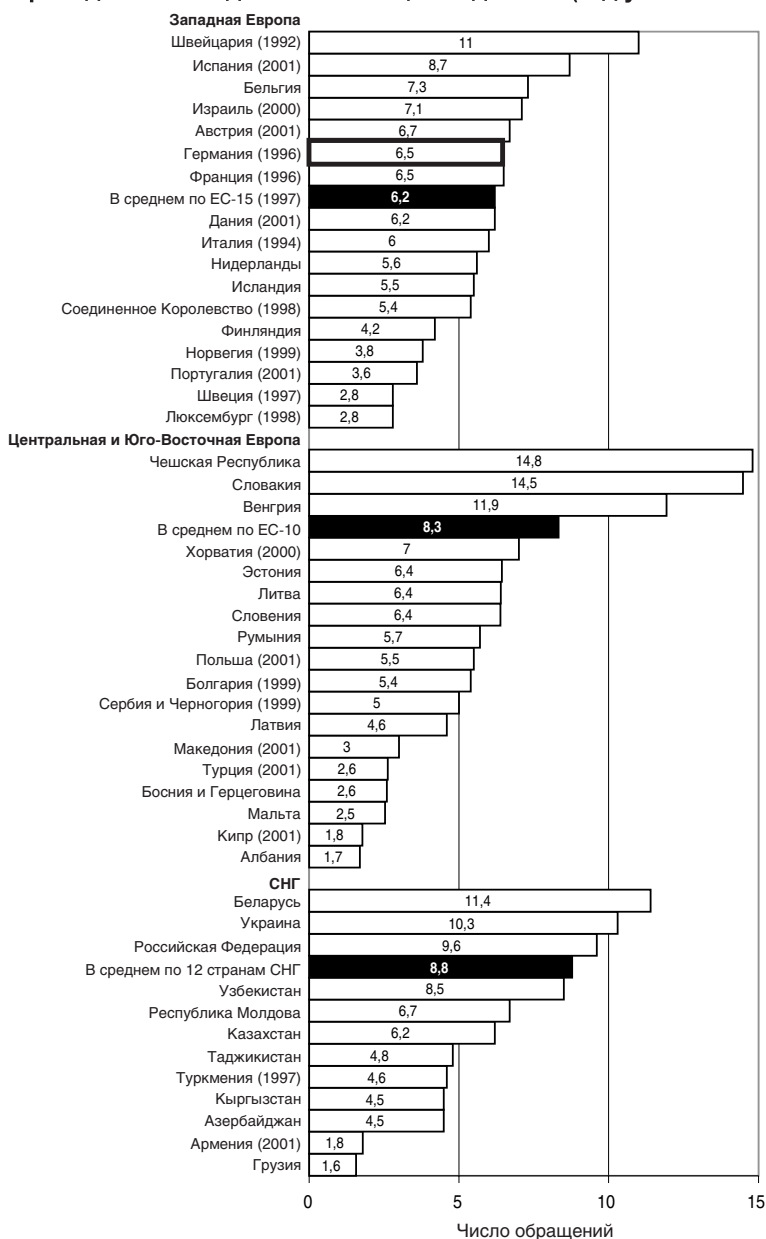
В разных федеральных землях законодательное регулирование, организация, финансирование и порядок оказания круглосуточной и неотложной помощи различны.

Большую часть срочной помощи в рабочие и нерабочие часы оказывают амбулаторные врачи в своих приемных. Подавляющее большинство семейных врачей (*Hausärzte*) посещают больных на дому, причем в сельских областях — даже в нерабочие часы. Из специалистов посещают больных на дому лишь немногие. Помощь в нерабочее время, включающая консультации по телефону, обращение к врачам в амбулатории и вызов врача на дом, согласовывается региональными ассоциациями врачей. Круглосуточную помощь все чаще оказывают также амбулаторные отделения больниц, поскольку это рентабельно и укрепляет отношения больницы с местными жителями. Удовлетворенность населения Германии доступностью первичной медицинской помощи довольно высока по сравнению с другими европейскими странами. Важную роль в формировании такого отношения играет, по-видимому, возможность врачебных посещений на дому [51]. В сельских областях частнопрактикующие врачи оказывают также неотложную помощь в тесном сотрудничестве со спасательными организациями. Однако эта их роль снижается.

Неотложная помощь объединена с другими видами аварийно-спасательных служб, включая несрочные спасательные работы, пожарную службу и



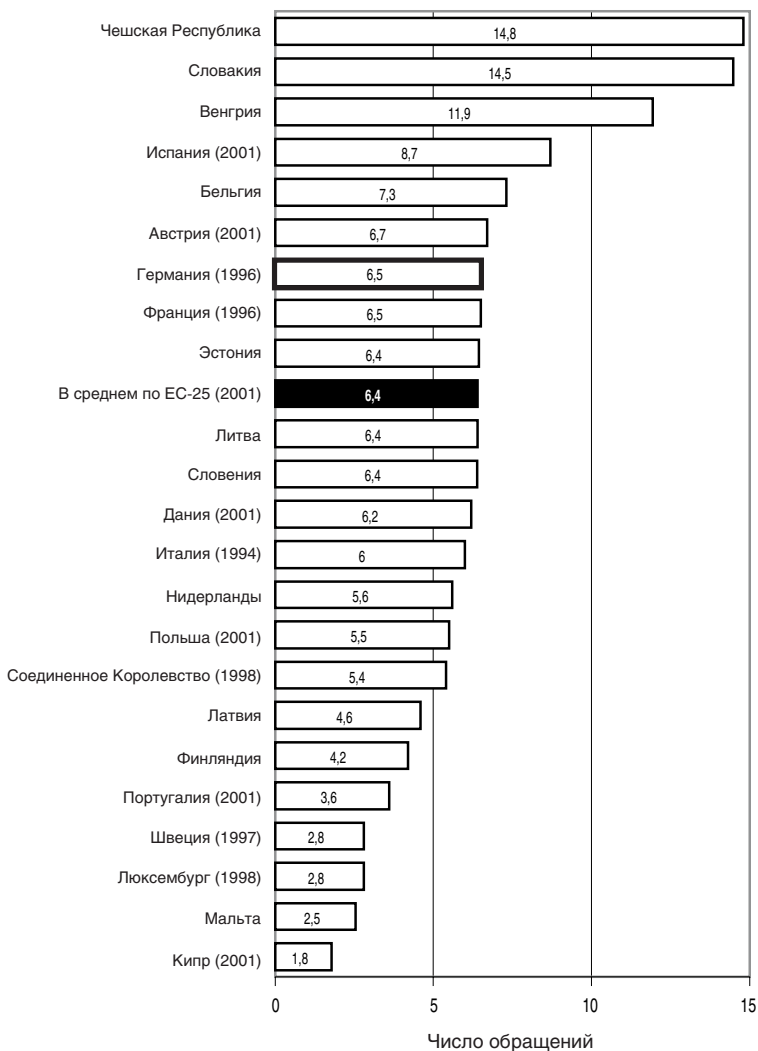
**Рисунок 10а. Число обращений за амбулаторной помощью на душу населения в странах Европейского региона ВОЗ в 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Примечания: Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии; Македония — бывшая Югославская республика; СНГ — Содружество Независимых Государств; ЕС — Европейский Союз; ЕС-10 — страны, вступившие в ЕС 1 мая 2004 г.; ЕС-15 — страны, входившие в ЕС до 1 мая 2004 г. Страны, по которым данных нет, не включены.

**Рисунок 106. Число обращений за амбулаторной помощью на душу населения в странах ЕС в 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Примечания: ЕС — Европейский Союз; ЕС-25 — все страны ЕС; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии; страны, по которым данных нет, не включены.

службы технической безопасности. Транспортировка больного, не связанная с неотложной помощью, зачастую также является частью аварийно-спасательной деятельности. В Германии примерно 360 контрольно-координа-

ционных аварийно-спасательных центров с едиными телефонными номерами и возможностью вызвать бригаду аварийно-спасательной или неотложной медицинской помощи. Это объединение аварийно-спасательных служб за пределами больниц несколько мешает полному объединению системы неотложной помощи. Механизмы регулирования, оказания и финансирования неотложной помощи вне больниц отличаются от соответствующих механизмов в стационарных или амбулаторных отделениях больниц. Вне больницы аварийно-спасательной помощью обычно ведают министерства внутренних дел, часто вместе с пожарными службами и службами технической безопасности. Неотложная помощь в больницах регулируется, планируется и контролируется министерствами, ведающими здравоохранением на уровне федеральных земель.

Второй Закон о реструктуризации системы ГМС (1997 г.) передал планирование объема неотложной помощи в ведение федеральных земель, если только законы данной земли явным образом не делегируют эти права региональной ассоциации врачей (например, в Баварии). Прочей медицинской помощью в нерабочие часы по-прежнему ведают региональные ассоциации врачей, таким образом, надзор за ней осуществляют те министерства земель, которые ведают здравоохранением.

В большинстве земель (за исключением, скажем, Берлина) организацией аварийно-спасательных служб занимаются муниципалитеты. В рамках соответствующего регионального законодательства они могут регистрировать государственные учреждения (чаще всего объединенные с противопожарной службой), регулировать и планировать их деятельность, а также заключать контракты с частными спасательными службами. Среди частных служб по закону и на практике предпочтение отдается некоммерческим. На транспортировку, не относящуюся к неотложной, муниципалитеты обычно заключают контракты. Частные компании здесь играют более заметную роль, чем в неотложной помощи, но все же в большинстве земель предпочтение оказывается благотворительным организациям.

Неотложная помощь финансируется по двойному принципу: текущие расходы оплачивает система ГМС, частное страхование или сами больные, а капиталовложения финансируются главным образом из бюджетов земель. Стационарная неотложная помощь подчиняется общим правилам финансирования и планирования деятельности больниц, которые разрабатывают министерства здравоохранения и образования. Для остальных учреждений неотложной помощи этим ведают министерства внутренних дел. К финансированию капиталовложений разные земли подходят очень по-разному: Баден-Вюртемберг оплачивает постройки, расширение материальной базы и организационные изменения, если это является частью планов спасательной службы. Бавария оплачивает транспортные средства и основное техническое оборудование. В земле Северный Рейн-Вестфалия капиталовложения финансируют муниципалитеты. В Бранденбурге по закону покрываются амортизационные расходы, это включается в цену услуг (договорную).

Текущие расходы оплачиваются системой ГМС и — в меньшей степени — частными страховыми компаниями. Но контракты между системой ГМС и

поставщиками услуг вне больниц заключаются пока что редко. В чистом виде действует система оплаты по объему оказанных услуг, что, возможно, сыграло решающую роль в росте расходов системы ГМС на «транспортировку», куда входит обычная перевозка больных, а также перевозка при амбулаторной неотложной помощи и аварийно-спасательной помощи (табл. 15). Обычную перевозку всегда частично оплачивал потребитель, но с 2004 г. частичная оплата введена и в неотложной помощи (перевозка и лечение в стационаре). Кроме того, перевозка больных, не связанная с неотложной помощью, исключена из системы ГМС. Общая федеральная комиссия наметила некоторые исключения, среди них — перевозка больных с определенными видами тяжелой инвалидности или при необходимости сложного амбулаторного лечения, например химиотерапии или гемодиализа. Во всех землях разработаны нормативы времени прибытия служб неотложной помощи к больному; однако законодательно они оговорены только в Бранденбурге (прибытие в течение 15 мин; в 1999 г. в закон внесены поправки).

## **Специализированная и высокоспециализированная стационарная помощь**

Немецкие больницы всегда уделяли основное внимание стационарной помощи; стационарную и амбулаторную помощь разделяла четкая граница. Согласно больничным планам, больницы общего профиля оказывают неотложную амбулаторную помощь, но амбулаторные отделения как таковые есть лишь в университетских клиниках. Быстро развиваются также однодневная хирургия и амбулаторное обслуживание перед госпитализацией и после нее. С 2004 г. больницы получили новые возможности обслуживать амбулаторных больных, которым требуется регулярная высокоспециализированная медицинская помощь. Кроме того, новые возможности в данной области обещает участие в моделях комплексной помощи (см. отдельные разделы ниже).

### **Стационарная помощь**

Планированием и регулированием деятельности стационаров на уровне федеральных земель занимаются министерства здравоохранения либо науки, опираясь на федеральный Закон о финансировании больниц (см. раздел «Финансирование больниц»). Это относится к специализированной и высокоспециализированной помощи (например, нейрохирургии). Планирование ведется на уровне учреждений, отделений, а в некоторых землях — ко-ек. Содержание и методы больничных планов в разных регионах существенно отличаются. Коечный фонд регулируется исходя из потребностей (для различных отделений в каждом муниципалитете или округе) и показателей деятельности, но критерии везде свои. В последние годы некоторые земли обратились в исследовательские институты с просьбой определить потребности и разработать критерии деятельности. В нескольких землях считается

достаточным, если показатель занятости койки в отделениях данной специализации в данном муниципалитете или округе составляет 80% или ниже. Больничные кассы и медицинские учреждения участвуют в работе больничных комиссий в федеральных землях, но окончательные решения принимаются на политико-административном уровне. Кроме того, при определенных условиях больничные кассы имеют право коллективно разорвать договор с больницей, но на практике это случается редко.

В 2002 г. в Германии насчитывалась 2221 больница с 547 284 койками (6,7 койки на 1000 населения). Из них — 274 психиатрические больницы (42 600 коек) и 1898 — больницы общего профиля (504 684 койки) (табл. 18). Среди больниц общего профиля 712 были государственными, 758 — частными некоммерческими и 428 — частными коммерческими, на них приходилось соответственно 54, 38 и 8% коечного фонда (табл. 8). На университетские клиники приходилось 8,3% всех коек общего и психиатрического профиля; на койки в больницах, включенных в больничные планы федеральных земель, — 88,7%; на койки в больницах, с которыми больничные кассы заключили дополнительные контракты, — 1,5%, а на койки в больницах без таких контрактов (иными словами, исключительно для больных с частной страховкой) — еще 1,5%. Таким образом, 97% коек значатся в больничных планах и имеют право на финансирование от федеральных земель независимо от того, кому принадлежит больница (см. раздел «Децентрализация системы здравоохранения»). Но поскольку на гарантию того, что они получают (все) запрошенные инвестиции, больницы не имеют права, они часто не получают средства в нужные им сроки. Решения по переводу средств зависят от политической ситуации и от количества имеющихся денег. Число коек на душу населения и финансирование на одну койку в разных землях разные (табл. 28). Частные коммерческие больницы по Закону о финансировании больниц имеют право на частичную компенсацию амортизации капиталовложений через возмещение больничными кассами текущих расходов (см. раздел «Финансирование больниц»).

Помимо больниц для краткосрочного лечения в 2002 г. насчитывалось 1343 учреждения (184 635 коек, или 2,2 койки на 1000 населения), занятых профилактикой и восстановительным лечением. Здесь соотношение форм собственности коренным образом отличается от больниц общего профиля: 17% коек приходится на государственные учреждения, 16% — на частные некоммерческие и 67% — на частные коммерческие.

Из табл. 17 видно, что положение со стационарной помощью существенно изменилось. Количество мест в домах для престарелых и инвалидов в 1991—2001 гг. возросло более чем в два раза, а в обычных и психиатрических больницах — сократилось. Связанное с этим общее сокращение коечного фонда отчасти компенсируется ростом числа коек в реабилитационных стационарах (детали см. ниже и в разделе «Медико-социальная помощь»).

В 2002 г. в обычных и психиатрических больницах работало 1 млн. 038 тыс. человек или, в пересчете на полную занятость, 850 400 (из них 12% — врачи): примерно на 4% меньше, чем во время пика занятости, прошедшего на 1995 г. [3]. Если сравнить с 1991 г. (1 млн. 065 тыс. человек в

**Таблица 17. Число коек в стационарных учреждениях (на 100 тыс. жителей), 1991—2001 гг.**

	1991	1993	1995	1997	1998	1999	2000	2001
Больницы	1012	966	968	938	930	920	912	901
Больницы общего профиля	748	713	691	659	651	644	636	627
Психиатрические больницы	154	132	132	127	127	127	128	127
Дома для престарелых и инвалидов	337	370	370	443	—	786	—	819

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г. [5].

больницах общего профиля), ситуация практически не изменилась. Однако за это время изменилась структура занятости. Численность технического и обслуживающего персонала снизилась на 28% благодаря привлечению работников со стороны, в то же время число врачей возросло на 13%, медицинских сестер — на 6%, медицинского технического персонала — на 9%, а численность работников служб обеспечения (операционные, дневные стационары) — на 11% [44]. Среднее число медицинских сестер, приходящееся на одну больничную койку, выросло с 0,43 в 1993 г. до 0,48 в 2001 г. [2].

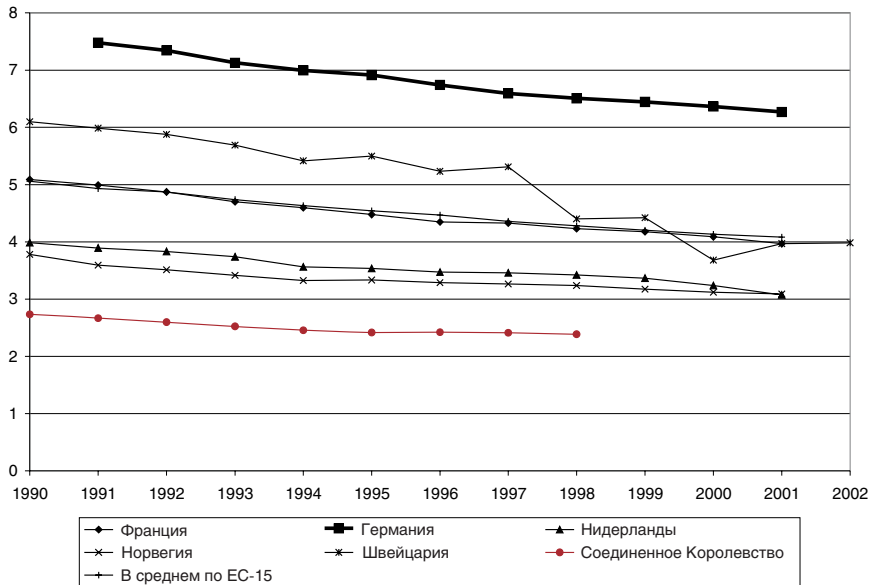
Хотя численность медицинского персонала растет, количество врачей, медицинских сестер и других работников больниц в пересчете на одну койку еще довольно низко по сравнению со средним по ЕС-15 или с другими странами ОЭСР [2, 45]. На одного врача, работающего полный день, в среднем приходится 4 занятые койки; эта цифра колеблется от 4,7 в Бранденбурге до 2,9 в Берлине, где больше университетских клиник. На 10 тыс. госпитализаций в 2001 г. приходилось 66 врачей в пересчете на полную занятость, эта цифра колебалась от 58 в Бранденбурге и Нижней Саксонии до 97 в Берлине [3].

До 1992 г. коечный фонд, число и продолжительность госпитализаций менялись постепенно, и все заинтересованные стороны предвидели эти изменения. Снижение числа коек в больницах общего профиля почти компенсировалось местами во вновь открываемых профилактических и реабилитационных центрах. Укорочение продолжительности госпитализаций почти уравновешивал рост их числа, так что и занятость койки, и число дней госпитализации на душу населения почти не менялись. С реструктуризацией первыми столкнулись больницы восточной части страны после воссоединения Германии, поскольку им необходимо было приспособиться к западным стандартам организации, планирования деятельности и финансирования.

Хотя число коек общего профиля в последние десять лет заметно снизилось, оно еще примерно на 50% превышает среднее по ЕС-15 (6,3 против 4,1 на 1000 населения в 2001 г.), поскольку в других странах ЕС коечный фонд также сокращался (рис. 11, 12).

С 1993 г. больницы на западе и на востоке страны столкнулись с быстрым изменением окружающей обстановки и трудностями, связанными с введением твердых бюджетов, угрозой дефицита, появлением амбулаторной хи-

**Рисунок 11. Число коек в больницах общего профиля в Германии, некоторых других странах и в среднем по ЕС-15, 1990—2002 гг. (на 1000 населения)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г. [5].

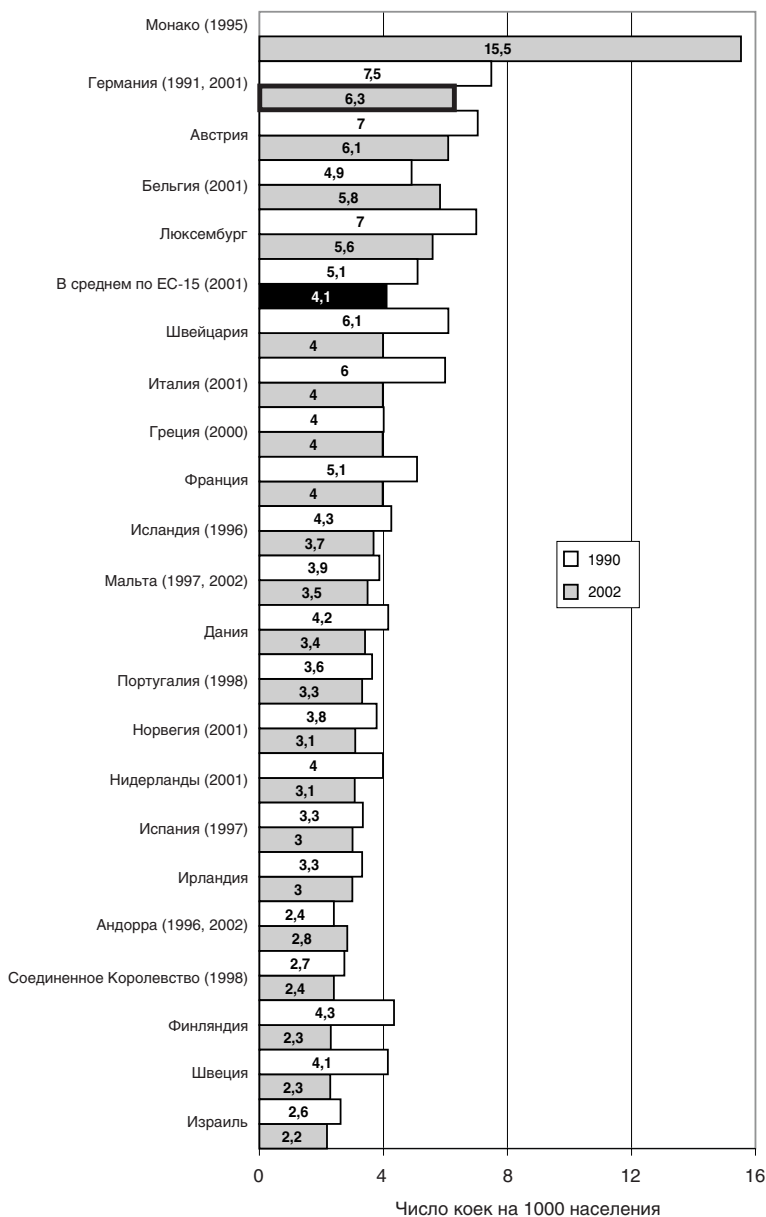
Примечание: Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

рургии, введением в 1996 г. предварительной оплаты и переходом на клиничко-затратные группы в качестве единственной системы оплаты (см. раздел «Финансирование больниц»). Интенсивность потребления стационарных услуг стала меняться гораздо быстрее, чем раньше.

В табл. 18 приведены более подробные данные по структуре и потреблению стационарной помощи на западе и на востоке Германии. Видно, что в восточной части страны показатели сначала сильно отличались от западных, но затем догнали их. В табл. 19 приведены те же данные по профилактическим и реабилитационным стационарам, где адаптивные процессы протекали еще драматичнее. В этой сфере отмечены серьезные затруднения в конце 1990-х гг., когда изменения в законодательстве по социальному обеспечению сократили профилактические и реабилитационные услуги. Однако затем этот сектор восстановился. Изменения в работе стационаров менее заметны, если рассматривать объединенные данные (см. табл. 17).

В 1991—2001 гг. средняя продолжительность госпитализации в обычные и психиатрические больницы значительно сократилась, с 14,3 до 9,8 дня в западной части страны и с 16,1 до 9,7 дня в восточной (табл. 18). В профилактических и реабилитационных учреждениях она упала лишь на 22% и 23% соответственно (табл. 19). За тот же период число госпитализаций на 1000

**Рисунок 12а. Число коек в больницах общего профиля на 1000 населения в странах Западной Европы в 1990 и 2002 гг. В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**

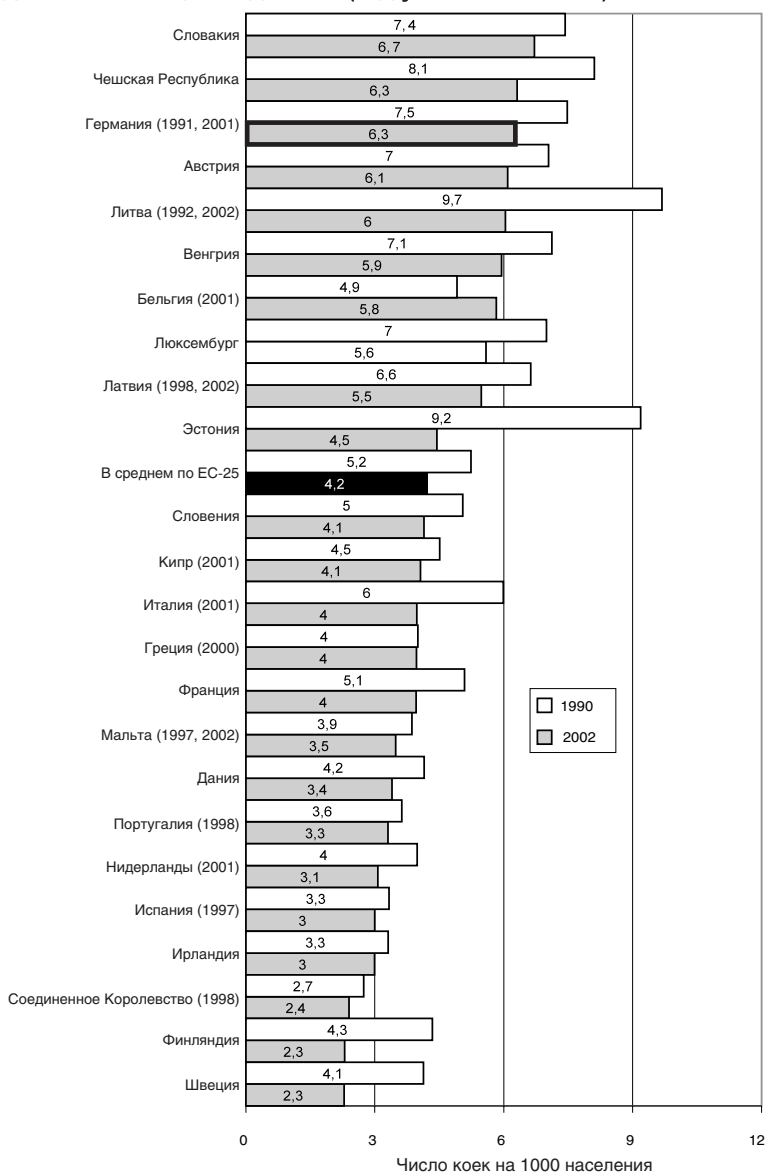


Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Примечания: ЕС — Европейский Союз; ЕС-15 — страны, входившие в ЕС до 1 мая 2004 г.; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии; страны, по которым данных нет, не включены.



**Рисунок 126. Число коек в больницах общего профиля на 1000 населения в странах ЕС в 1990 и 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Примечания: ЕС — Европейский Союз; ЕС-25 — все страны ЕС; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии; страны, по которым данных нет, не включены.

населения в обычные и психиатрические больницы выросло на 11% (до 200) в западной части страны и на 38% (до 210) — в восточной, что сократило продолжительность госпитализации в обеих частях страны. Средняя занятость койки снизилась на западе и выросла на востоке (табл. 18). В профилактических и реабилитационных учреждениях средняя занятость койки на востоке страны достигла западного пика 1995 г., а затем, после принятия Закона о сокращении страховых взносов в системе ГМС, резко упала в обеих частях страны. В общем, прошло совсем немного времени, и почти вся структура, показатели деятельности и расходы в обеих частях страны стали сходными (табл. 18, 19).

Эти данные не включают госпитализации продолжительностью менее суток. Если их учитывать, как принято с 2002 г., число госпитализаций в обычные и психиатрические больницы возросло с 1822 на 10 тыс. населения в 1991 г. до 2104 в 2001 г. и 2114 в 2002 г. Несмотря на рост числа госпитализаций и снижение коечного фонда (с 83,2 на 1000 населения до 67,1 и 66,4), средняя занятость койки снизилась с 84,1 до 81,1 и 80,1%, что обусловлено главным образом сокращением средней продолжительности госпитализации с 14 дня до 9,4 и 9,2 соответственно [52].

Как и в большинстве стран ЕС, частота госпитализаций в больницы общего профиля (краткосрочное лечение) в последние двадцать лет возросла. Однако показатель 20,5 на 100 населения, зафиксированный в 2001 г., пре-

**Таблица 18. Показатели работы стационаров, часть I: общие и психиатрические больницы в западной и восточной частях Германии, 1991—2001 гг.**

Годы	Число коек на 1000 населения			Число госпитализаций на 1000 населения			Средняя продолжительность госпитализации, дни			Средняя занятость койки, %		
	Запад	Восток	Соотношение В/З	Запад	Восток	Соотношение В/З	Запад	Восток	Соотношение В/З	Запад	Восток	Соотношение В/З
1991	8,19	8,89	1,09	179,3	151,1	0,84	14,3	16,1	1,09	86	74,9	0,87
1992	8,02	8,08	1,01	180,4	159,4	0,88	13,9	14,2	1,02	85,3	76	0,89
1993	7,8	7,5	0,96	180,3	162,9	0,9	13,2	13,	0,98	83,9	77,4	0,92
1994	7,68	7,16	0,93	181,9	169	0,93	12,7	12,2	0,96	82,7	79,	0,95
1995	7,55	7,03	0,93	185,4	175,9	0,95	12,2	11,7	0,96	82,0	80,1	0,98
1996	7,3	6,98	0,96	186,8	181,9	0,97	11,5	11,2	0,97	80,3	79,6	0,99
1997	7,12	6,87	0,96	189,4	187,5	0,99	11,1	10,8	0,97	80,7	80,5	1
1998	7,01	6,78	0,97	194,4	194,9	1	10,8	10,5	0,97	81,8	82,3	1,01
1999	6,91	6,76	0,98	197,5	201,2	1,02	10,4	10,1	0,97	81,7	82,7	1,01
2000	6,84	6,68	0,98	199,9	204,1	1,02	10,2	9,9	0,97	81,3	82,9	1,01
2001	6,7	6,72	1	199,6	208,8	1,05	9,8	9,7	0,99	80,4	82,2	1,02

Источник: данные Федерального статистического управления, 2003 г. [52].

Примечание: с 2002 г. данные включают кратковременные госпитализации, и их нельзя сравнивать с данными, приведенными здесь.

**Таблица 19. Показатели работы стационаров, часть II: профилактические и реабилитационные учреждения в западной и восточной частях Германии, 1991—2001 гг.**

Годы	Число коек на 1000 населения			Число госпитализаций на 1000 населения			Средняя продолжительность госпитализации, дни			Средняя занятость койки, %		
	Запад	Восток	Соотношение В/З	Запад	Восток	Соотношение В/З	Запад	Восток	Соотношение В/З	Запад	Восток	Соотношение В/З
1991	2,06	0,66	0,32	21,4	5	0,23	31	31,7	1,02	88,4	65,9	0,75
1992	2,09	0,82	0,39	22	8,1	0,37	31,1	29,6	0,95	89,8	79,4	0,88
1993	2,13	0,92	0,43	22,4	9,3	0,42	31,1	29,5	0,95	89,5	81,4	0,91
1994	2,28	1,39	0,61	23,3	13,9	0,6	31,3	30,2	0,96	88	82,5	0,94
1995	2,34	1,66	0,71	24,3	17,6	0,72	31,1	30,5	0,98	88,7	88,6	1
1996	2,39	1,96	0,82	24,1	19,9	0,83	30,2	29,9	0,99	83,2	83,1	1
1997	2,33	2,15	0,92	19,4	18,4	0,95	27,5	26	0,95	62,6	60,9	0,97
1998	2,3	2,44	1,06	21,1	22,2	1,05	26,5	25,9	0,98	66,4	65	0,98
1999	2,27	2,52	1,11	23,1	24,7	1,07	26	26,1	1	72,5	70,1	0,97
2000	2,25	2,58	1,15	24,5	26,7	1,09	25,7	26,3	1,02	76,5	74,4	0,97
2001	2,24	2,59	1,16	24,8	28,7	1,16	25,5	25,7	1,01	77,4	77,8	1,01

Источник: данные Федерального статистического управления, 2003 г. [52].

Примечание: с 2002 г. данные включают кратковременные госпитализации, и их нельзя сравнивать с данными, приведенными здесь.

вышает средний по ЕС-15 (18,1). В то же время средняя продолжительность госпитализации (9,3 дня) и средняя занятость койки (80,1%) по-прежнему выше, чем в большинстве стран ЕС (средние показатели 7,0 дня и 77% соответственно) (табл. 20).

## Больничная амбулаторная помощь

За исключением университетских клиник, больницы в Германии всегда предлагали только стационарное лечение. Но в последние десять лет их возможности по оказанию амбулаторной помощи расширились. С 2003 г. больницы могут оказывать помощь больным, которым требуется постоянное высокоспециализированное лечение. С 2004 г. они могут также оказывать помощь по специальностям, где нехватка обслуживания признана законом (например, пневмология и ревматология), — это рекомендовано отчетом консультативного совета, посвященным избыточному, недостаточному и неправильному обслуживанию в здравоохранении [16]. Кроме того, сферой деятельности больниц в Законе о модернизации системы ГМС объявлены амбулаторная помощь страдающим определенными редкими заболеваниями и заболеваниями, протекающими в нетипичной форме, а также высокоспециализированные услуги. Общая федеральная комиссия назвала несколько генетических заболеваний печени и врожденных метаболических

**Таблица 20а. Показатели работы больниц общего профиля в странах Европейского региона ВОЗ в 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (см. примечания)**

Страна	Число коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Средняя занятость койки, %
<b>Западная Европа</b>				
Андорра	2,8	10,1	6,7 <sup>в</sup>	70 <sup>в</sup>
Австрия	6,1	28,6	6	76,4
Бельгия	5,8 <sup>а</sup>	16,9 <sup>в</sup>	8 <sup>в</sup>	79,9 <sup>г</sup>
В среднем по ЕС-15	4,1	18,1 <sup>в</sup>	7,1 <sup>в</sup>	77,9 <sup>г</sup>
Германия	6,3 <sup>а</sup>	20,5 <sup>а</sup>	9,3 <sup>а</sup>	80,1 <sup>а</sup>
Греция	4 <sup>б</sup>	15,2 <sup>г</sup>	–	–
Дания	3,4	17,8 <sup>а</sup>	3,8 <sup>а</sup>	83,5 <sup>б</sup>
Израиль	2,2	17,6	4,1	94
Ирландия	3	14,1	6,5	84,4
Исландия	3,7 <sup>е</sup>	15,3 <sup>г</sup>	5,7 <sup>г</sup>	–
Испания	3 <sup>д</sup>	11,5 <sup>г</sup>	7,5 <sup>г</sup>	76,1 <sup>г</sup>
Италия	4	15,7 <sup>а</sup>	6,9 <sup>а</sup>	76 <sup>а</sup>
Люксембург	5,6	18,4 <sup>з</sup>	7,7 <sup>г</sup>	74,3 <sup>з</sup>
Монако	15,5 <sup>ж</sup>	–	–	–
Нидерланды	3,1 <sup>а</sup>	8,8 <sup>а</sup>	7,4 <sup>а</sup>	58,4 <sup>а</sup>
Норвегия	3,1 <sup>а</sup>	16 <sup>а</sup>	5,8 <sup>а</sup>	87,2 <sup>а</sup>
Португалия	3,3 <sup>г</sup>	11,9 <sup>г</sup>	7,3 <sup>г</sup>	75,5 <sup>г</sup>
Соединенное Королевство	2,4	21,4 <sup>е</sup>	5 <sup>е</sup>	80,8 <sup>г</sup>
Финляндия	2,3	19,9	4,4	74 <sup>ж</sup>
Франция	4	20,4 <sup>в</sup>	5,5 <sup>в</sup>	77,4 <sup>в</sup>
Швеция	2,3	15,1	6,4	77,5 <sup>е</sup>
Швейцария	4	16,3 <sup>г</sup>	9,2	84,6
<b>Центральная и Юго-Восточная Европа</b>				
Албания	2,8	–	–	–
Болгария	7,6	14,8 <sup>е</sup>	10,7 <sup>е</sup>	64,1 <sup>е</sup>
Босния и Герцеговина	3,3 <sup>г</sup>	7,2 <sup>г</sup>	9,8 <sup>г</sup>	62,6 <sup>в</sup>
Венгрия	5,9	22,9	6,9	77,8
В среднем по ЕС-10	6	20,1	7,7	72,6
Кипр	4,1 <sup>а</sup>	8,1 <sup>а</sup>	5,5 <sup>а</sup>	80,1 <sup>а</sup>
Латвия	5,5	18	–	–
Литва	6	21,7	8,2	73,8

Македония	3,4 <sup>a</sup>	8,2 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	53,7 <sup>a</sup>
Мальта	3,5	11	4,3	83
Словакия	6,7	18,1	8,8	66,2
Словения	4,1	15,7	6,6	69
Турция	2,1	7,7	5,4	53,7
Хорватия	3,7	13,8	8,7	89,6
Чехия	6,3	19,7	8,5	72,1
Эстония	4,5	17,2	6,9	64,6
<b>СНГ</b>				
Азербайджан	7,7	4,7	15,3	25,6
Армения	3,8	5,9	8,9	31,6 <sup>a</sup>
Беларусь	—	—	—	88,7 <sup>3</sup>
В среднем по СНГ	8,2	19,7	12,7	85,4
Грузия	3,6	4,4	7,4	82 <sup>a</sup>
Казахстан	5,1	15,5	10,9	98,5
Кыргызстан	4,3	12,2	10,3	86,8
Республика Молдова	4,7	13,1	9,7	75,1
Российская Федерация	9,5	22,2	13,5	86,1
Таджикистан	5,7	9,1	12	55,1
Туркменистан	6 <sup>a</sup>	12,4	11,1 <sup>a</sup>	72,1 <sup>a</sup>
Узбекистан	—	—	—	84,5
Украина	7,2	19,2 <sup>a</sup>	12,3	89,2

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Примечания: <sup>a</sup> 2001 г.; <sup>b</sup> 2000 г.; <sup>c</sup> 1999 г.; <sup>d</sup> 1998 г.; <sup>e</sup> 1997 г.; <sup>f</sup> 1996 г.; <sup>ж</sup> 1995 г.; <sup>з</sup> 1994 г.; СНГ — Содружество Независимых Государств; ЕС — Европейский Союз; ЕС-10 — страны, вступившие в ЕС 1 мая 2004 г.; ЕС-15 — страны, входившие в ЕС до 1 мая 2004 г.; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии; Македония — бывшая Югославская республика; страны, по которым данных нет, не включены.

расстройств у детей, и к 2005 г. представит критерии, на которые будет опираться отбор случаев для больничного амбулаторного лечения. Список заболеваний будет пересматриваться раз в два года.

Доля больниц, где больные перед помещением в стационар и после выписки из него получают амбулаторную помощь, после введения этой практики в 1993 г. постоянно растет; в 2002 г. она составила 71% [33]. В 2002 г. этот вид обслуживания чаще предлагали больницы на востоке страны (89%), чем на западе (68%). Хотя больницы получили право на амбулаторную или однократную хирургическую помощь лишь в 1993 г., сама идея однодневной хирургии в Германии не нова. Поскольку больничная и амбулаторная помощь разделены, хирурги, офтальмологи, хирурги-ортопеды и другие частнопрактикующие специалисты давно выполняют малые операции. В связи с этим с 1980-х гг. для того, чтобы возместить дополнительные затраты оперирующего врача (оборудование, вспомогательный персонал и т. п.) и оплачивать необходимую анестезию, введены новые пункты в единую шкалу

**Таблица 206. Показатели работы больниц общего профиля в странах ЕС за 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (см. примечания)**

Страны	Число коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Средняя занятость койки, %
Австрия	6,1	28,6	6	76,4
Бельгия	5,8 <sup>а</sup>	16,9 <sup>в</sup>	8,0 <sup>в</sup>	79,9 <sup>г</sup>
Венгрия	5,9	22,9	6,9	77,8
В среднем по ЕС-25	4,2	18,1 <sup>а</sup>	7 <sup>а</sup>	77,1 <sup>а</sup>
Германия	6,3 <sup>а</sup>	20,5 <sup>а</sup>	9,3 <sup>а</sup>	80,1 <sup>а</sup>
Греция	4 <sup>б</sup>	15,2 <sup>г</sup>	—	—
Дания	3,4	17,8 <sup>а</sup>	3,8 <sup>а</sup>	83,5 <sup>б</sup>
Испания	3 <sup>д</sup>	11,5 <sup>г</sup>	7,5 <sup>г</sup>	76,1 <sup>г</sup>
Ирландия	3	14,1	6,5	84,4
Италия	4	15,7 <sup>а</sup>	6,9 <sup>а</sup>	76 <sup>а</sup>
Кипр	4,1 <sup>а</sup>	8,1 <sup>а</sup>	5,5 <sup>а</sup>	80,1 <sup>а</sup>
Латвия	5,5	18	—	—
Литва	6	21,7	8,2	73,8
Люксембург	5,6	18,4 <sup>з</sup>	7,7 <sup>г</sup>	74,3 <sup>з</sup>
Мальта	3,5	11	4,3	83
Нидерланды	3,1 <sup>а</sup>	8,8 <sup>а</sup>	7,4 <sup>а</sup>	58,4 <sup>а</sup>
Португалия	3,3 <sup>г</sup>	11,9 <sup>г</sup>	7,3 <sup>г</sup>	75,5 <sup>г</sup>
Словакия	6,7	18,1	8,8	66,2
Словения	4,1	15,7	6,6	69
Соединенное Королевство	2,4	21,4 <sup>е</sup>	5 <sup>е</sup>	80,8 <sup>г</sup>
Финляндия	2,3	19,9	4,4	74 <sup>ж</sup>
Франция	4	20,4 <sup>в</sup>	5,5 <sup>в</sup>	77,4 <sup>в</sup>
Чехия	6,3	19,7	8,5	72,1
Швеция	2,3	15,1	6,4	77,5 <sup>е</sup>
Эстония	4,5	17,2	6,9	64,6

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Примечания: <sup>а</sup> 2001 г.; <sup>б</sup> 2000 г.; <sup>в</sup> 1999 г.; <sup>г</sup> 1998 г.; <sup>д</sup> 1997 г.; <sup>е</sup> 1996 г.; <sup>ж</sup> 1995 г.; <sup>з</sup> 1994 г.; ЕС — Европейский Союз; ЕС-25 — все страны ЕС; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии; страны, по которым данных нет, не включены.

стоимости услуг. В 1991 г. на однодневную хирургию приходилось почти 2% расходов больничных касс на амбулаторную помощь. В 1993 г. были введены дополнительные пункты, касающиеся послеоперационного ухода. По частоте их использования можно оценить, насколько амбулаторная хирургия

укоренилась в Германии, хотя они не позволяют различить однодневную хирургию в больницах и в амбулаториях, поскольку оплата производится по одним и тем же нормам, разработанным для сектора амбулаторной помощи.

Как ожидается, с 2004 г. амбулаторная хирургия получит еще большее распространение, поскольку Ассоциация германских больниц и различные федеральные организации больничных касс разработали контракт, распространяющий ее более чем на 400 видов вмешательства. Для 150 заболеваний амбулаторная хирургия стала обязательной, если только врач не настаивает на помещении в стационар. Полагают, что переместиться в амбулаторную практику может примерно треть операций. Амбулаторная хирургия в больницах и частных практиках оценивается в рамках пробных программ. С 2006 г. вступит в силу стандартный порядок оценки Федеральным бюро по обеспечению качества как часть анонимного анализа показателей с пересылкой информации обратно медицинским учреждениям.

### **Комплексная помощь**

Существование секторов в медицинской помощи, финансировании и разработке стратегии германского здравоохранения все сильнее ощущается как препятствие на пути перемен. С 1993 г. законы позволяют внедрять пробные межсекторные проекты (§ 63—65 пятой книги социального кодекса), таким образом давая больничным кассам и медицинским учреждениям возможность опробовать новые комплексные модели медицинской помощи. Хотя каждая следующая реформа здравоохранения расширяла эти возможности, жизнеспособных концепций или методов не появилось. Все программы по улучшению сотрудничества между индивидуальными практиками или разными областями медицинской помощи, например сети практик, группы практик, союзы практик и сообщества медицинских учреждений, почти всегда опираются на пробные проекты.

По этой причине в Закон о реформе системы ГМС от 2000 г. были введены новые положения по т. н. комплексной помощи (§ 140 a—h пятой книги социального кодекса). Их целью было улучшение сотрудничества между врачами, ведущими амбулаторный прием, и больницами на основе контрактов между больничными кассами и отдельными врачами либо группами врачей, принадлежащими к разным секторам медицинской помощи. Из-за юридических и финансовых препятствий на основании этих положений были созданы лишь единичные проекты. С 2002 г. Закон о реформе механизма выравнивания рисков и программы по лечению заболеваний способствовали развитию комплексной медицинской помощи.

Комплексная помощь получила дальнейшую поддержку после принятия в 2004 г. Закона о модернизации системы ГМС, при этом были упорядочены правила финансовой ответственности.

Закон о модернизации системы ГМС устранил препятствия, мешавшие внедрению моделей комплексной помощи со времени появления в 2000 г. этой концепции; теперь контракты на комплексную помощь необязательно должны охватывать разные сектора: достаточно разных категорий постав-

щиков услуг внутри одного сектора — например, семейные врачи и организации, предоставляющие долговременный уход. Эти контракты не требуют одобрения региональных врачебных ассоциаций. Другие больничные кассы или медицинские работники могут присоединиться к проекту только с согласия всех сторон. В октябре 2000 г. федеральные ассоциации больничных касс и Федеральная ассоциация врачей системы ГМС заключили общее соглашение, по которому любая касса может присоединиться к проекту по комплексной помощи в начале его третьего года; но отдельные кассы полагают, что это будет невыгодным для инвестиций в новые модели медицинской помощи в условиях рыночной конкуренции.

В отличие от закона 2000 г., оговаривается также, что принцип стабильности размера страхового взноса не относится к контрактам на комплексную помощь, заключенным к декабрю 2006 г. Кроме того, теперь (с 2004—2006 гг.) больничные кассы имеют право после заключения контракта на комплексную помощь отчислять 1% своих средств амбулаторным врачам и больницам. Эти средства можно использовать только на программы комплексной помощи в регионе, а если средства не потрачены полностью, то должны быть возвращены. При этом, расходы на лекарственные средства и медицинские приспособления будут корректироваться с учетом заболеваемости тех, кому предоставляется комплексная помощь.

Таким образом, комплексная помощь сейчас выделена в отдельный сектор здравоохранения, который финансируется особо. Следовательно, больничные кассы должны выборочно заключать контракты с отдельными поставщиками медицинских услуг или их объединениями, т. е. врачами, больницами, реабилитационными центрами (см. табл. 7). Все они должны иметь аккредитацию в собственном секторе, но могут действовать в других секторах в рамках контракта на комплексную помощь: например, больница может оказывать амбулаторную помощь, если у нее есть совместный контракт с амбулаторным врачом. В дополнение, в рамках контракта стороны могут взять на себя гарантию предоставления помощи застрахованным (вместо региональных ассоциаций врачей). Гарантия может предоставляться больничными кассами или же подписавшими контракт медицинскими работниками и учреждениями.

После введения новых положений комплексной помощью заинтересовались больницы, которые до нынешнего времени неохотно участвовали в программах по лечению заболеваний. Контракты на комплексную помощь касаются, к примеру, программ на стыке между краткосрочным стационарным обслуживанием и восстановительным лечением, проводимом частнопрактикующими физиотерапевтами и семейными врачами.

## Медико-социальная помощь

Медико-социальную помощь оказывают многочисленные, главным образом частные, организации, которые помогают семьям, оказывая поддержку престарелым, детям с особыми потребностями, психически больным,



инвалидам и людям с нарушениями интеллекта. За организацию специализированных лечебных учреждений и школ для детей с особыми потребностями и гарантию предоставления соответствующего обслуживания отвечают федеральные земли. Большинство таких учреждений принадлежит одному из шести членов Федерального союза добровольных благотворительных организаций (см. раздел «Структура здравоохранения»). Благотворительные организации основали около 60 тыс. самостоятельных учреждений, персонал которых насчитывает примерно 1,1 млн. чел. В сфере медико-социальной помощи благотворительным организациям принадлежит 50% домов для престарелых, 80% домов для инвалидов и почти 70% детских учреждений.

Типичными чертами медико-социальной помощи в Германии являются:

- практически всеобщее обязательное социальное страхование на случай необходимости долговременного медицинского ухода, которое осуществляют больничные кассы и частные страховые компании;
- наличие специализированных школ для детей с тяжелыми нарушениями способности к обучению и расстройствами поведения;
- дети с социальными проблемами по закону имеют право обращаться в службы личной и семейной поддержки;
- законом установлены квоты на прием инвалидов на работу;
- в 2002 г. принят социальный кодекс, где подчеркнуты индивидуальные и коллективные права инвалидов и четче очерчены области ответственности, отношения и сотрудничества страховых и медицинских организаций;
- традиционно преобладают благотворительные, а не коммерческие организации, исключая сектор долговременного медицинского ухода, где коммерческим и некоммерческим организациям дан равный статус, чтобы способствовать конкуренции в этой области;
- упор традиционно делается на специализированное комплексное лечение инвалидов и уход за ними в специальных учреждениях, а не по месту жительства;
- растет доступ к комплексному обучению и услугам по месту жительства, однако есть значительные отличия между разными землями, а также между городами и сельскими районами.

### **Государственное страхование на случай необходимости долговременного медицинского ухода**

Государственное страхование на случай необходимости долговременного медицинского ухода было введено в 1994 г. (одиннадцатая книга социального кодекса) после двадцати лет споров о том, как обеспечить финансирование и доступ к долговременному уходу в стареющем обществе, где на муниципалитеты ложится все более тяжелое бремя по заботе о престарелых. Государственное страхование на случай необходимости долговременного медицинского ухода делится на обязательное социальное и обязательное частное страхование. До введения государственного страхования долговременного

ухода в пакет системы ГМС входили некоторые услуги, относящиеся к долговременному амбулаторному обслуживанию (после введения новой системы они были исключены из ГМС). Однако их набор был достаточно узок, и долговременный уход финансировался в основном по программе государственного социального обеспечения. Следует подчеркнуть, что членство в системе ГМС не гарантировало предоставления данных услуг, это зависело от уровня доходов, а следовательно, оплачивалось, только если получатель услуг или члены его семьи не могли оплачивать их сами. Частные страховые компании тоже предлагали недостаточно широкий набор услуг по сестринскому уходу.

С 1995 г. все члены больничных касс (включая пенсионеров и безработных), а также люди с полностью частной страховкой были объявлены обязательными клиентами этой системы страхования. Таким образом, впервые было введено обязательное членство в страховой системе для лиц с частным полисом — что сделало ее первым государственным страхованием, охватившим почти все население. В январе 2003 г. обязательным государственным страхованием на случай необходимости долговременного ухода были охвачены 70,6 млн. чел., а обязательным частным страхованием — примерно 8,6 млн. [7]. Страхованием долговременного медицинского ухода занимаются больничные кассы (как отдельные юридические лица, но без образования отдельных организаций) и частные страховые компании.

Взносы надо было платить с января 1995 г., амбулаторное обслуживание стало доступно в апреле. Стационарное обслуживание началось в июле 1996 г. В соответствии с принципами системы ГМС застрахованные и их работодатели отчисляют в общей сложности 1,7% (до июня 1996 г. лишь 1%) месячного валового дохода, иными словами, 0,85% каждый. Чтобы компенсировать работодателям дополнительные расходы, один из праздничных дней был сделан рабочим. Исключение — Саксония, она сохранила день праздничным, а страховой взнос распределила между работниками и работодателями так: 1,35% и 0,35%. С 2004 г. пенсионеры должны выплачивать всю сумму полностью из своей пенсии.

### **Набор услуг**

В отличие от системы ГМС, клиент должен подать заявку на обслуживание. Медицинские экспертные комиссии (которыми совместно руководят больничные кассы и фонды страхования долговременного ухода) оценивают претендентов, относя их к одной из трех категорий или отвергая заявки. Большинство частных страховых компаний покупают для них эту услугу. Право на обслуживание дается, если предполагается, что оно понадобится по крайней мере в течение 6 месяцев (отсюда термин «долговременный» уход); краткосрочный сестринский уход по-прежнему оплачивают больничные кассы и частные компании (если это включено в полис). Те, чья заявка принята, могут затем выбрать получение денежных пособий, профессиональный сестринский уход на дому или же в специализированном учреждении.

В системе долговременного ухода есть несколько степеней обслуживания в зависимости от типа услуг, степени необходимости в них и периода времени, в течение которого они оказываются:

- I степень: необходима помощь по крайней мере в двух видах деятельности, касающихся ухода за телом, принятия пищи и передвижения (по крайней мере раз в день), а также помощь по хозяйству (по крайней мере несколько раз в неделю) с общей средней продолжительностью обслуживания не менее 90 минут в сутки;
- II степень: помощь необходима по крайней мере трижды в день, а общая ее продолжительность составляет не менее 3 часов в сутки;
- III степень: помощь требуется круглосуточно, и общая ее продолжительность составляет по крайней мере 5 часов в сутки.

Помощь в денежной форме оплачивает домашний уход, осуществляемый членами семьи; расценки следующие: I степень — 205 евро; II степень — 410 евро; III степень — 665 евро (плюс профессиональная подмена на время отпуска до 1432 евро в год). Предел оплаты за профессиональную амбулаторную помощь, оказанную в натуральной форме, составляет 384, 921 и 1432 евро соответственно. Кроме того, члены семьи, осуществляющие уход на дому, бесплатно обучаются на соответствующих курсах, а на время их отпуска больному обеспечивается краткосрочный уход. Они охватываются государственным страхованием от несчастных случаев и пенсионным страхованием — это финансирует больничная касса, управляющая страхованием долговременного медицинского ухода за больным, которому оказывается помощь. В случае если выбирается пребывание в специализированном учреждении, пособия могут идти на оплату дневных или ночных клиник либо домов для престарелых и инвалидов. Максимальная сумма в месяц составляет 1023, 1279 и 1432 евро соответственно. В исключительных случаях она может быть увеличена.

Нововведением стали личные бюджеты для тех, кому оказывается профессиональный амбулаторный долговременный уход. С июля 2004 г. можно тратить средства из бюджета на медицинские услуги по собственному выбору. Номинальный уровень оплаты после введения государственного страхования долговременного медицинского ухода не изменился (используется официальный курс перевода немецкой марки в евро), что на деле означает снижение размера денежного пособия и суммы оплаты услуг.

Из 813 932 новых заявок, рассмотренных медицинскими экспертными комиссиями системы ГМС в 2003 г., было одобрено 595 045 (73%), 190 005 (27%) отклонено, а по 28 882 были вынесены особые решения. Подаватели заявок имеют право опротестовать решение в своей больничной кассе, кроме того, могут обратиться в общественные суды. В 2003 г. право на страховые услуги по долговременному медицинскому уходу получили в общей сложности 1,9 млн. чел. (2,3% населения). В первую очередь такое право получают престарелые, но проблема затрагивает и более молодые возрастные группы. Из тех, кто имел на это право, 5% были моложе 20 лет, 11% в возрасте 20—55 лет, 6,5% в возрасте 55—65 лет, 14,7% в возрасте 65—75 лет, 32,5% в возрасте 75—85 лет и 30,7% старше 85 лет. Более двух третей (1,3 млн. чел.)

оставались дома, а в специализированные учреждения было помещено менее трети (613 274 чел.); 49% избрали только денежные пособия (рассчитано по числу дней ухода, оплачиваемого этим видом страхования), 9% — только услуги в натуральной форме (профессиональный уход на дому), 10% — сочетание одного с другим, 27% — профессиональный долговременный уход в домах престарелых, 3% — стационарный сестринский уход в домах для инвалидов, и только 1,7% приходилось на краткосрочный уход, уход во время отпусков или помощь только в течение дня или только ночью. Малое потребление этих услуг отчасти объяснялось ограниченностью их объема, особенно в сельской местности [53].

Из тех, за кем ухаживают на дому, почти три четверти (968 289 чел.) получали только денежное пособие, о них заботились члены семьи, более 90% которых — женщины. Те, за кем ухаживали в специализированных учреждениях, обычно были старше и больше нуждались в сестринском уходе: 38% отнесены были к I степени обслуживания, 42% — ко II и 20% — к III степени, требующей самого интенсивного ухода. Доля тех, кто имеет право на такие услуги, росла с возрастом, моложе 50 лет были менее 0,6%, между 60 и 65 годами — 1,7%, между 70 и 75 годами — 4,7%, в возрасте 80 лет и старше — 30% [54].

### **Медицинские учреждения и материально-техническая база**

Введение страхования на случай необходимости долговременного ухода привело к росту численности медицинских сестер и профессиональных работников по уходу за престарелыми, особенно в амбулаторном секторе. В 2001 г. в официально зарегистрированных домах престарелых и инвалидов работало 475 368 чел., а в амбулаторных учреждениях, предназначенных для долговременного ухода, — 189 567 чел. В 1996—1999 гг. численность персонала в сфере амбулаторной и стационарной помощи возросла на 25%, в 1999—2001 гг. — еще на 5%. Доля частичной занятости в амбулаторных учреждениях составляла 70% — выше, чем в домах престарелых и инвалидов (55%), и почти половина ее приходилась на непродолжительную работу [21]. Число клиентов в 2001 г. выросло до 48 на одно амбулаторное учреждение и 69 на стационарное (дом престарелых или инвалидов).

Вместе с численностью персонала росло количество домов для престарелых и инвалидов, но число амбулаторных учреждений, оказывающих долговременный уход, из-за слияний друг с другом уменьшалось. С 1995 по 2001 г. число стационаров, предоставляющих долговременный уход, возросло с 9,7 до 11,1 на 100 тыс. населения; а число амбулаторных учреждений снизилось с 14,3 до 12,8 [56]. В 2001 г. из общего коечного фонда, предназначенного для сестринского ухода (674 292 или 819 на 100 тыс. населения; табл. 17), 511 028 коек предназначались исключительно для долговременного ухода, 2950 — только для краткосрочного и 6963 — лишь для дневного пребывания. Остальные койки использовались несколькими способами, так что в общей сложности для долговременного ухода имелось 618 927 коек, для краткосрочного — 107 906, а для дневного пребывания — 91 017 [56]. Другие виды обслуживания развивались гораздо медленнее: в 2000 г. на всю страну насчитывалось лишь 11 амбулаторных учреждений и 10 выездных бригад по гери-

атрической реабилитации. Кроме того, удвоилось число специализированных гериатрических коек в больницах общего профиля и реабилитационных клиниках: с 7200 в 1993 г. до 16 100 в 2000 г. (19 на 100 тыс. населения) [57]. Росло также, хотя и гораздо медленнее, число коек, домов и дневных клиник психиатрического профиля для пожилых людей. В общем, состояние амбулаторной помощи для людей, страдающих нарушениями интеллекта, и психически больных пожилых людей все еще оценивается как неудовлетворительное [58] и является предметом обсуждения в связи с нынешней реформой здравоохранения.

Как и в других областях медико-социальной (не медицинской) помощи, одиннадцатая книга социального кодекса использует принцип субсидиарности, когда задачи решаются на местах, поэтому частные некоммерческие организации имеют преимущество перед государственными. Однако предпочтение частных коммерческих организаций государственным — новшество, свойственное только данному виду государственного страхования; оно является одной из мер, направленных на усиление конкуренции между поставщиками услуг.

Хотя доля частных домов для престарелых и инвалидов по сравнению с государственными с 1994 г. возросла, в сфере долговременного ухода доминируют негосударственные благотворительные организации. Из 9200 домов для престарелых и инвалидов, обладавших в декабре 2001 г. правом оказывать услуги, входящие в программу страхования долговременного ухода (включая центры дневного пребывания), 56% принадлежали некоммерческим организациям, 36% — частным коммерческим и 8% — государству, обычно муниципалитетам. Из 674 тыс. мест на некоммерческие организации приходилось 62%, на частные коммерческие — 28% и на государственные — 11% [59].

### **Финансирование**

Доступ к профессиональному амбулаторному долговременному уходу по закону должны гарантировать страховые фонды, управляющие системой страхования на случай долговременного ухода (т. н. фонды долговременного ухода), а доступ в специализированные учреждения предоставляют правительства федеральных земель. Принцип «двойного финансирования» в данном случае означает, что капиталовложения финансируются землями, которые должны покрывать капитальные затраты стационаров и отчасти — поставщиков амбулаторных услуг, а страховые фонды долговременного ухода, государственные или частные, оплачивают текущие расходы. В отличие от медицинского страхования (где частные поставщики услуг амортизируют свои капиталовложения через текущие расходы), здесь земли могут финансировать и капиталовложения в амбулаторном секторе. Федеральные земли вводят также и планированием в этой области, что повышает конкуренцию. Профессиональная помощь в амбулаторном секторе оплачивается по объему оказанных услуг, а в домах престарелых и инвалидов — по числу дней пребывания. Цены устанавливаются на региональном уровне путем перегово-

воров между фондами долговременного ухода и ассоциациями учреждений, предоставляющих такую помощь.

## Расходы

В табл. 21 показано распределение средств в государственном страховании на случай долговременного медицинского ухода. В 2003 г. 32% затрат составили денежные выплаты застрахованным и взносы социального страхования на лиц, занятых уходом. В сравнении с 1996 г. расходы на денежные выплаты снизились, а расходы на профессиональные услуги возросли; 50% затрат приходилось на профессиональный уход в стационарах, 15% — на профессиональный уход на дому, а 3% — на другие услуги в натуральной форме.

В первые три года доходы фондов долговременного ухода превышали расходы (в 1995 г. — на 3,4 млрд. евро, в 1996 г. — на 1,2 млрд. евро и в 1997 г. — на 0,8 млрд. евро) — в основном потому, что финансирование началось

**Таблица 21. Расходы и доходы государственного страхования на случай необходимости долговременного ухода, в млрд. евро<sup>а</sup>, 1996—2003 гг.**

Расходы и доходы	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Расходы на услуги</b>	10,3	14,3	15,1	15,6	15,9	16	16,5	16,6
Услуги в денежной форме	4,4	4,3	4,3	4,2	4,2	4,1	4,2	4,1
Взносы социального страхования на лиц, занятых уходом	0,9	1,2	1,2	1,1	1,1	1,0	1	1
Профессиональный уход во время отпуска лиц, занятых уходом	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Краткосрочный уход	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Дневной/ночной уход	0	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Необходимые технические и вспомогательные приспособления	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Амбулаторные услуги в натуральном выражении	1,5	1,8	2,0	2,1	2,2	2,3	2,4	2,4
Сестринский уход в домах для престарелых	2,7	6,4	6,8	7,2	7,5	7,8	8,0	8,2
Сестринский уход в домах для инвалидов	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
<b>Расходы медицинской экспертной комиссии (50%)<sup>б</sup></b>	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
<b>Управление</b>	0,4	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
<b>Общая сумма расходов</b>	10,9	15,1	15,9	16,4	16,7	16,9	17,4	17,6
<b>Общая сумма доходов</b>	12	15,9	16	16,3	16,6	16,8	17	16,9
<b>Сальдо<sup>а</sup></b>	+1,2	+0,8	+0,1	−0	−0,1	−0,1	−0,4	−0,7

Источники: данные Федерального статистического управления, 2004 г. [38]; отчет федерального Министерства здравоохранения и социального обеспечения, 2004 г. [39].

Примечания: <sup>а</sup> государственные резервы не включены; <sup>б</sup> еще 50% расходов медицинской экспертной комиссии оплачивается из взносов системы ГМС.

раньше, чем обслуживание; в 1998 г. было достигнуто равновесие. С 2000 г. расходы все сильнее опережали доходы, к 2003 г. дефицит достиг 0,7 млрд. евро (табл. 21). Резервы достаточно велики, чтобы в ближайшие годы покрывать этот дефицит, но поднят вопрос о том, как сделать финансирование долговременного ухода жизнеспособным. Введение государственного страхования на случай долговременного ухода заметно снизило расходы муниципалитетов в этой сфере. Однако средства социального обеспечения еще расходуются на тех, кто живет в домах престарелых, — главным образом на оплату расходов по проживанию, которые страхованием не охватываются.

## Психиатрическая помощь

После того как состояние учреждений для лиц с хроническими психическими расстройствами и качество лечения в них было раскритиковано в отчете парламентского комитета в 1975 г., психиатрическая помощь в западной части страны постепенно стала переходить на систему обслуживания по месту жительства. В восточной части страны в 1990 г. состояние психиатрической помощи напоминало положение на западе до реформ 1970-х гг. Отсутствие специализированной помощи по месту жительства еще больше обострялось нехваткой персонала. Таким образом, крупные учреждения на 300—1800 мест оказывали помощь низкого качества. Согласно оценкам, в 1990 г. 60% пациентов психиатрических больниц на самом деле не нуждались в стационарном лечении.

В связи с переходом от стационарного обслуживания к амбулаторному количество больниц с чисто психиатрической или неврологической специализацией к середине 1990-х гг. существенно снизилось. Неотложная психиатрическая стационарная помощь в значительной степени перешла к психиатрическим отделениям больниц общего профиля, а число коек для лиц с психическими расстройствами упало со 150 тыс. в западной части Германии в 1976 г. до 69 тыс. по всей стране в 1995 г. и 53 916 в 2002 г. За тот же период продолжительность госпитализации в больницах, специализирующихся на психиатрии, психотерапии или неврологии, снизилась со 152 дней (в среднем) в 1976 г. (только западная часть Германии) до 44 дней в 1995 г. и 27 дней в 2002 г. (вся страна). Всего в 2002 г. 396 больниц (из общего числа 2221) имели психиатрические и психотерапевтические отделения. В большинстве (375) были также отделения дневного пребывания — возможность, до 2000 г. официально доступная лишь университетским клиникам. Перевод длительной психиатрической помощи на амбулаторную систему обслуживания сопровождался ростом числа профилактических и реабилитационных центров, которые не значатся в больничных планах федеральных земель. Эти центры (ими часто владеют частные коммерческие организации) специализируются на помощи больным с наркоманией и алкоголизмом, а также психосоматическими расстройствами.

Амбулаторную помощь детям и взрослым с психическими заболеваниями оказывают также частные врачи, количество которых продолжает рас-



ти — психиатры, неврологи, другие врачи, имеющие квалификацию психотерапевта, и психотерапевты-психологи (см. раздел «Первичная и специализированная амбулаторная помощь»). С 2000 г. психиатры координируют новый набор услуг: социальную терапию, цель которой — побудить больных хроническими психическими заболеваниями, застрахованных в системе ГМС, обращаться за необходимой помощью и избегать ненужной госпитализации. Переход от стационарного лечения к амбулаторному привел к росту числа специальных групп с совместным проживанием и амбулаторных центров для кризисного вмешательства, консультаций и социальной помощи (часто ее оказывают благотворительные организации). Кроме того, социально-психиатрическую помощь, в том числе консультации, патронаж, посещения на дому и кризисное вмешательство, оказывают службы общественного здравоохранения — в первую очередь они сосредоточены на тех психически больных, чье положение особенно неблагоприятно. Объем, широта охвата и качество амбулаторной помощи в разных землях и муниципалитетах очень различны. Несмотря на достигнутые успехи, у психосоциальных служб зачастую меньше ресурсов, чем у организаций для лечения соматических заболеваний (доступ к телефону и т. п.), доступ к профессиональной реабилитации и полной социальной интеграции, считается пока еще недостаточным.

## **Помощь инвалидам и людям с нарушениями интеллекта**

Медико-социальная помощь инвалидам и людям с нарушениями интеллекта характеризуется наличием хорошо развитых и высокоспециализированных учреждений и школ. Хотя подобная комплексная помощь все чаще предлагается по месту жительства на амбулаторной основе, специализированные стационарные учреждения по-прежнему играют важную роль, особенно для людей с высокой степенью инвалидности и со множественными расстройствами.

Как и в психиатрической помощи, существует множество частных организаций и местных проектов, предлагающих помощь инвалидам и их семьям. Однако из-за неясностей в системе финансирования потенциальные потребители не имеют четких прав на определенные услуги по месту жительства, включая детские сады и школы. Это опять-таки ведет к большим региональным различиям и нехватке подобных услуг в сельской местности.

В 2001 г. новая редакция девятой книги социального кодекса, посвященной реабилитации, расширила индивидуальные и коллективные права инвалидов. Были введены личные бюджеты; созданы координационные центры, которые предоставляют застрахованным информацию, упрощают административные процедуры и согласовывают деятельность всех тех, кто участвует в финансировании медицинской, профессиональной и социальной реабилитации, а также в выплате пособий по инвалидности. Бундестаг назначает уполномоченного по делам инвалидов, который работает в Министерстве здравоохранения.



## Медицинские кадры и обучение

Здравоохранение в Германии является важным сектором занятости: там работают 4,2 млн. чел., что в конце 2002 г. составляло 10,6% общей занятости: 300 тыс. чел. работают в медицинской промышленности и 3,9 млн. чел. собственно в здравоохранении. Из них 1,2 млн. работников приходилось на стационары, в том числе дневного пребывания, 1,7 млн. — на амбулаторную помощь, 0,2 млн. — на административный персонал и 0,2 млн. — на другие области деятельности; 1,5 млн. (37%) работали неполный рабочий день, 2,6 млн. (63%) — полный. С 1997 г. численность работающих практически не менялась, но в пересчете на полный рабочий день занятость снизилась [21]. Уровень частичной занятости рос, а доля полной занятости снизилась с 70 до 66% (в 2001 г.) — это больше, чем снижение с 76 до 74% за тот же период в других областях экономики. Полная занятость, главным образом среди врачей и медицинских сестер, начала расти лишь в 2002 г., в первую очередь в стационарах. Из табл. 22 видны изменения в численности и выпуске специалистов различных профессий.

**Таблица 22. Численность работников здравоохранения, 1992—2002 гг. (на 100 тыс. населения)**

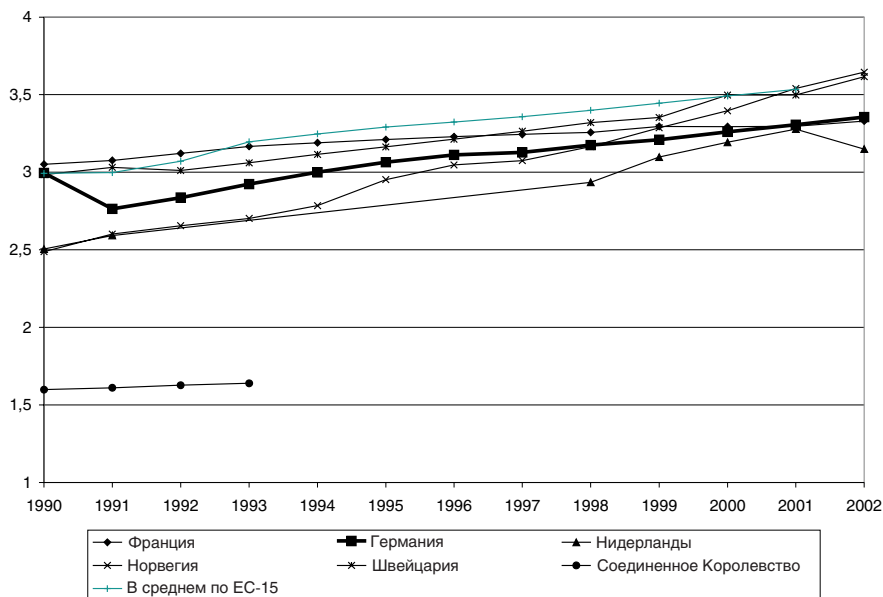
Работники здравоохранения	1992	1994	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Врачи	284	300	311	313	318	321	326	330	336
Врачи общей практики	118	121	115	110	108	106	107	106	106
Стоматологи	70	73	75	76	76	76	77	78	79
Фармацевты	53	54	56	57	58	58	58	58	59
Медицинские сестры	—	—	—	924	938	949	962	973	—
Акушеры	11	11	11	11	11	11	11	12	—
Выпуск врачей	13	17	15	11	11	10	10	8,5	—
Выпуск стоматологов	2,4	2,2	1,9	2	2	2	2	1,6	—
Выпуск фармацевтов	2,9	2,9	2,7	2	1,9	1,8	1,9	1,5	—

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г. [5].

### Врачи

В последние 50 лет число врачей непрерывно растет. Однако средние темпы этого роста снизились с 3% в 1980-х гг. и 2% в 1990-х гг. до 1% с 2000 г. [61]. С другой стороны, численность врачей общей практики с соответствующим дипломом снизилась относительно численности населения, и особенно сильно — относительно общей численности врачей. Однако благодаря политике, направленной на развитие первичной помощи, выросло число тера-

**Рисунок 13. Численность врачей на 1000 населения в Германии, некоторых других европейских странах и в среднем по ЕС-15, 1990—2002 гг.**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г. [5].

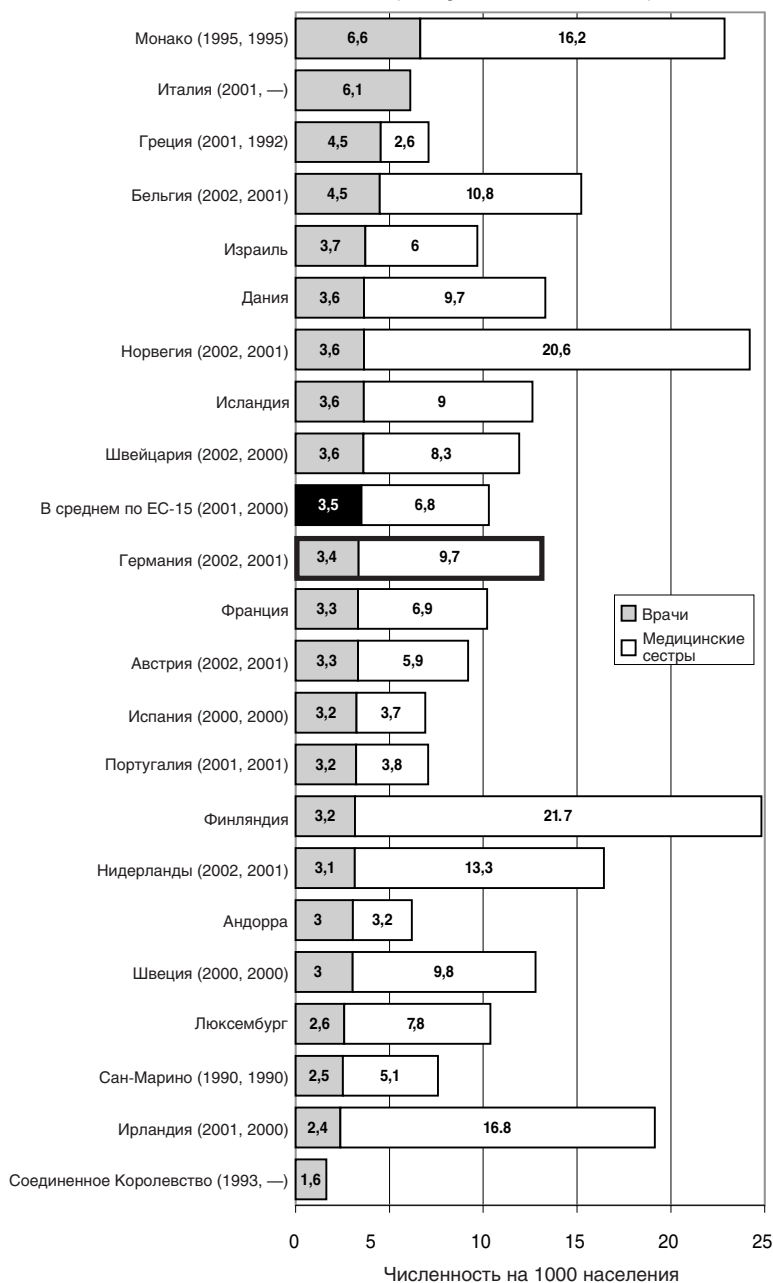
Примечание: Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

певтов и педиатров: в 2003 г. 52% от 116 065 врачей в системе ГМС работали в качестве «семейных врачей», а 48% — как амбулаторные специалисты (см. раздел «Первичная и специализированная амбулаторная помощь»).

Из общего числа 388 200 врачей в 2003 г. профессиональной деятельностью занимались 304 100, что составляет 369 на 100 тыс. населения, или один врач на 271 жителя страны. В больницах работали 145 500 врачей, 132 400 — в амбулаторной помощи (117 600 — в системе ГМС, 8200 — на окладе и 6600 обслуживали исключительно частных больных), 10 200 — в общественном здравоохранении, органах управления или корпоративных организациях, а 16 000 — в других областях, например в фармацевтической промышленности. Согласно базе данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, где последние две группы не учитываются, в медицинском обслуживании были заняты 275 167 врачей, что дает показатель 3,4 на 1000 населения; это близко к цифрам для Франции и Нидерландов (рис. 14) и среднему по 25 странам ЕС (рис. 15). Доступ к медицинскому образованию, в том числе стоматологическому, в конце 1980-х гг. был ограничен, что привело к снижению с 1994 г. числа выпускников.

Согласно § 99—105 пятой книги социального кодекса система кадрового планирования нуждается в доработке для лучшего регулирования численности

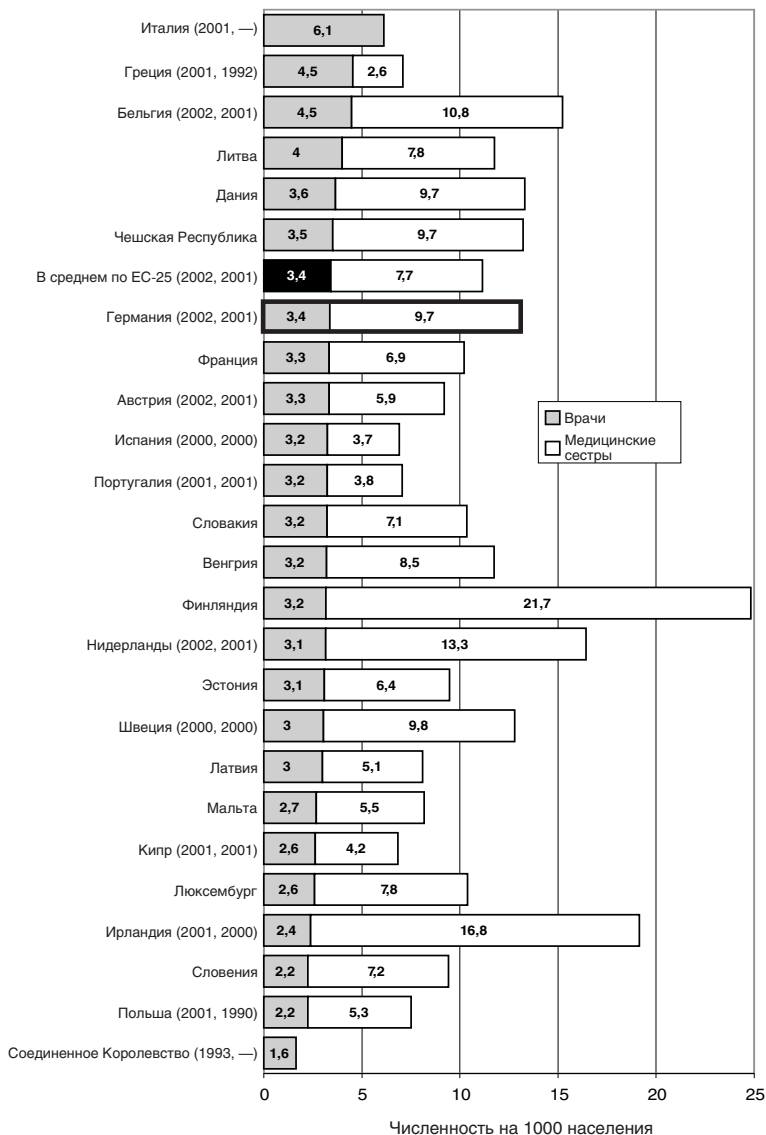
**Рисунок 14а. Численность врачей и медицинских сестер на 1000 населения в странах Западной Европы в 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Примечания: ЕС — Европейский Союз; ЕС-15 — страны, входившие в ЕС до 1 мая 2004 г.; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии; страны, по которым данных нет, не включены.

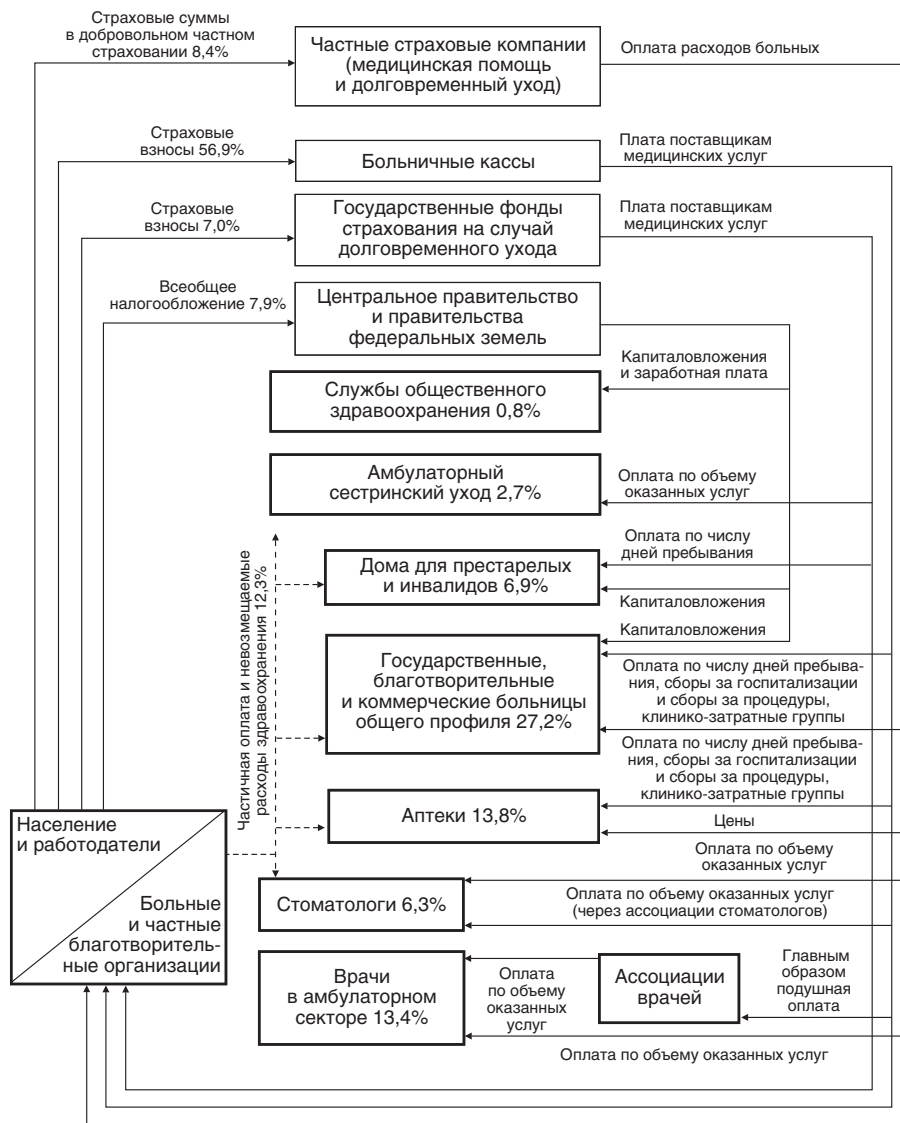
**Рисунок 14б. Численность врачей и медицинских сестер на 1000 населения в странах ЕС в 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Примечания: ЕС — Европейский Союз; ЕС-25 — все страны ЕС; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

Рисунок 15. Схема финансирования германского здравоохранения, 2002 г.



Источник: составлено авторами на основании данных Федерального статистического управления [12].

Примечания: Источники финансирования, не указанные на схеме: работодатели (4,1% всех расходов на здравоохранение); государственное пенсионное страхование (1,8%) и государственное страхование от несчастных случаев (1,7%). Поставщики медицинских услуг, не указанные на схеме: частные работники смежных с медициной специальностей (2,6% общих расходов); частные инструкторы по трудотерапии (7,0%); другие поставщики амбулаторных услуг (0,5%); профилактические и медико-реабилитационные учреждения (3,2%); учреждения трудотерапии и социальной реабилитации (0,6%); поставщики транспортных услуг (1,0%); управление (5,8%); капиталовложения (2,8%); прочие поставщики услуг (5,0%).

врачей ГМС. Изначально целью такого планирования было обеспечение доступности врачей редких специальностей в сельской местности. Однако с 1980-х гг. основной упор делается на то, чтобы избежать избытка врачей. С 1993 г. социальный кодекс оговаривает, что новые практики нельзя открывать там, где численность врачей превышает 110% от средней по данной специальности. Положения, определяющие эти пределы, разрабатывала Федеральная комиссия врачей и больничных касс. С 2004 г. эти обязанности перешли к подкомиссии по амбулаторной помощи при только что образованной Общей федеральной комиссии (см. раздел «Планирование, регулирование и управление»). При планировании все районы страны отнесены к одной из 10 групп — от крупных городов до сельских округов; внутри каждой группы потребность определяется как реальное число врачей, работавших в округах данной группы в 1990 г., отнесенное к численности населения. Переизбыток врачей определяется как 110% от этого числа. Такие факторы, как возраст, пол, заболеваемость, социально-экономический статус населения или обеспеченность коечным фондом в больницах, в расчет не принимаются. Вследствие этого определение «потребность» в конкретных специальностях может очень сильно меняться — в 9 раз на примере психотерапевтов, — поскольку различия жестко закреплены (табл. 23).

В начале 2003 г. в 395 из 406 районов планирования нельзя было открывать новые хирургические практики, 373 района были закрыты для дерматологов, 371 — для педиатров и 399 — для специалистов по внутренним болезням. Однако для семейных врачей были закрыты лишь 137 районов — это означает, что в двух третях районов планирования расчетный максимум не достигнут (в 1999 г. таких районов было 50%). Вообще говоря, численность врачей, работающих в системе ГМС, отнесенная к численности населения, очень сильно различается в крупных городах, среди которых первое место занимает Гамбург, и в сельских местностях. Из 16 федеральных земель в Гамбурге наивысшая, а в Бранденбурге, значительную часть которого составляют сельские земли вокруг Берлина, самая низкая относительная численность как семейных врачей, так и специалистов.

## **Медицинские сестры и другие медицинские работники**

Численность медицинских сестер за последние десятилетия значительно возросла, особенно сильно — в 1990-х гг., после введения страхования на случай необходимости долговременного ухода, что обеспечило дополнительные рабочие места в амбулаторном секторе (см. раздел «Медико-социальная помощь») [62]. С 1997 по 2002 г. общее число медицинских сестер и акушерок выросло с 689 до 705 тыс. чел., что составляет 8,5 на 1000 населения. В пересчете на полную занятость число рабочих мест составляет 635 тыс. [21]. Согласно данным ВОЗ [5], численность медицинских сестер (9,7 на 1000 населения) заметно превышает как среднюю среди 25 стран, ныне входящих в ЕС (7,7), так и среднюю по ЕС-15 (6,8 в 2001 г.) (рис. 14). С 1997 г. выросла численность работников всех смежных медицинских специальностей, кроме инструкторов по трудотерапии [21].

Заслуживает внимания механизм, содержащийся в Законе о структуре здравоохранения от 1993 г.: были введены рабочие нормативы времени по уходу за больными, ежедневно относившие каждого больного к одной из девяти категорий со стандартизованным для нее необходимым временем ухода — от 52 до 215 минут в день. Общее время на палату и на больницу можно было пересчитать в необходимую численность среднего медицинского персонала. Такие нормативы были введены, чтобы устранить нехватку среднего медицинского персонала (предполагалось, что будут созданы новые рабочие места). Однако Второй закон о реструктуризации системы ГМС отменил этот механизм; официальной причиной было названо то, что нормативы привели к появлению в 1993—1995 гг. 21 тыс. новых рабочих мест для медицинских сестер, а законодатели рассчитывали лишь на 13 тыс.

Условия оплаты при лечении застрахованных в системе ГМС для других частнопрактикующих работников здравоохранения — физиотерапевтов, логопедов, дефектологов — регулируются социальным кодексом. Раздел 124 посвящен аккредитации медицинских работников в системе ГМС: чтобы лечить застрахованных, они должны удовлетворять определенным предварительным условиям (образование, практический опыт, наличие необходимого оборудования, контрактные соглашения).

**Таблица 23. Обеспеченность населения врачами различных специальностей (численность населения, приходящегося на одного врача), 2003 г.**

	Самое высокое по округам соотношение	Самое низкое по округам соотношение	Отношение самого высокого показателя к самому низкому
Семейные врачи <sup>a</sup>	1/1 474	1/2 134	1,45
Терапевты	1/9 574	1/44 868	4,69
Анестезиологи	1/18 383	1/137 442	7,48
Дерматологи	1/16 996	1/60 026	3,53
Оториноларингологи	1/16 419	1/42 129	2,57
Гинекологи	1/6 711	1/14 701	2,19
Невропатологи и психиатры	1/11 909	1/47 439	3,98
Офтальмологи	1/11 017	1/25 778	2,34
Ортопеды	1/13 009	1/34 214	2,63
Педиатры <sup>b</sup>	1/12 860	1/27 809	2,17
Психотерапевты	1/2 577	1/23 106	8,97
Радиологи	1/24 333	1/156 813	6,44
Хирурги	1/21 008	1/62 036	2,95
Урологи	1/26 017	1/69 695	2,68

Источник: собственные расчеты авторов, основанные на данных Федеральной ассоциации врачей системы ГМС, 2004 г. [49].

Примечания: <sup>a</sup> включая врачей общей практики (с дипломом и без) и семейных терапевтов; <sup>b</sup> включая семейных педиатров.

## Обучение

Подготовкой медицинских работников совместно ведают федеральное правительство, правительства земель и профессиональные союзы. Большинство идущих сейчас дискуссий вызваны противоречиями между различными заинтересованными сторонами.

Согласно федеративной структуре Германии, 16 земель сами занимаются регулированием и финансированием образования, так же как и регистрацией профессий (в том числе медицинских) и надзором за ними. Однако медицинские профессии издавна имели свою специфику. Первая ступень медицинского образования регулируется государством, а органы, ведающие специализацией работников (вторая ступень медицинского образования) и последипломным обучением, фактически самостоятельны. Государственные стандарты по учебным и экзаменационным программам для врачей установлены в 1871 г., для фармацевтов — в 1875 г. и для медицинских сестер — в 1907 г. Сегодня единые учебные программы, закрепленные федеральным законодательством, существуют для 17 из 23 неврачебных медицинских специальностей, например «детская медицинская сестра», «младшая медицинская сестра», «акушер», «физиотерапевт», «логопед», «медицинский техник» и «работник неотложной помощи». В 2002 г., чтобы унифицировать первую ступень подготовки работников по уходу за престарелыми, в этой области также было введено общенациональное законодательство. Кроме того, федеральным законодательством в 2001 г. введена новая медицинская специальность — «подология».

### Первая ступень профессиональной подготовки и регистрация

Первая ступень обучения по академическим и практическим специальностям в Германии по большей части бесплатна. Однако существуют платные частные школы, дающие теоретическую подготовку по лечебным специальностям. Оплата составляет 300—700 евро в месяц. Те, кто проходит практику в медицинских учреждениях (например, будущие медсестры), получают минимальный оклад. Университетское образование финансируется федеральными землями, а практика в больницах — в основном больничными кассами в рамках контрактов с отдельными больницами.

Многие немецкие университеты дают степень по медицине (36), стоматологии (31) или фармации (23); на пяти факультетах преподают ветеринарию. Существуют также многочисленные государственные учебные заведения, готовящие медицинских сестер, в том числе детских, и персонал по уходу за престарелыми; обучение ведется на рабочем месте (с дополнительными часами или днями, выделенными для теоретических курсов). В то же время школы для физиотерапевтов, массажистов, акушеров, диетологов, логопедов и дефектологов зачастую платные.

Для большинства неврачебных специальностей первая ступень подготовки требует окончания средней школы с отличием и обычно занимает три года. В немецкие университеты, как правило, принимают лишь тех, кто окончил среднюю школу по повышенной программе (12—13 лет обучения). Ака-



демическое медицинское образование относится к тем областям, где места распределяются централизованно в соответствии с выпускными оценками, очередями и со специальными квотами (например, для иностранцев или инвалидов); 15% студентов медицинских специальностей зачисляются в университеты по результатам собеседования. Обучение в университете длится от четырех (фармация) до шести лет (лечебное дело).

Учебные курсы по академическим медицинским специальностям всегда были стандартизированными и завершались тремя-четырьмя основными экзаменами. В 1999 г. в национальное законодательство по медицинскому образованию был добавлен пункт, введения которого давно ждали — он позволял отдельным медицинским факультетам вносить изменения в учебные программы при условии сохранения основных национальных стандартов, в том числе двух централизованных выпускных экзаменов. Первая такая учебная программа начала действовать в 1999 г. как дополнительная программа в Университете Гумбольдта в Берлине. Осенью 2003 г., чтобы облегчить введение крупных новшеств, законодательство было полностью переработано; появилось обучение у больничной койки, обучение по месту жительства, ориентация на самостоятельное решение трудных проблем, объединение основных научных и клинических предметов.

С начала 1980-х гг. по финансовым соображениям руководители здравоохранения пытаются сократить прием на медицинские факультеты, однако не все учебные заведения с этим согласны. С начала 1990-х гг. число выпускников — врачей, стоматологов и провизоров — снизилось (табл. 22).

Окончив институт, медицинские работники получают право на регистрацию в тех министерствах федеральных земель, которые ведают здравоохранением. Правило, по которому выпускники полностью признаются государством лишь после 18 месяцев клинической практики, в 2004 г. отменено.

Недавние реформы подготовки медицинских сестер, в том числе детских (2002 г.), и работников по уходу за престарелыми (2001 г.) внесли изменения в учебные курсы, усилив в них элементы профилактики и психосоциальной помощи и расширив практику на местах. Первая ступень подготовки персонала по уходу за престарелыми впервые унифицирована на федеральном уровне: ранее стандарты обучения в разных землях отличались. Традиционное внимание, уделяемое социальной работе, дополнено углубленной подготовкой в области навыков ухода за больными и сведениями медицинского характера, хотя уход за престарелыми с психическими расстройствами обязательной частью подготовки такого персонала пока не является. Несмотря на попытки объединить сестринские специальности, недавние реформы первой ступени профессиональной подготовки сохранили традиционный глубокий разрыв между ними. Профессиональная подготовка помощников врачей и помощников стоматологов по-прежнему ведется раздельно на базе врачебных практик. Недавно была введена обязательная ротация и внесены изменения, учитывающие повышение информированности больных, изменения в управлении практиками и развитие информационных технологий. За финансирование медицинских училищ при больницах ранее отвечали правительства федеральных земель, но с 2000 г. это в значительной степени

переложено на плечи больничных касс. В будущем подготовка медицинских сестер будет финансироваться из единого для всех больниц фонда, пополняемого из средств оплаты по клинико-затратным группам (см. раздел «Финансирование больниц»).

Не существует ни системы контроля профессиональной квалификации медицинских сестер и занимаемых ими должностей, ни комплексной системы планирования медицинских кадров в соответствии с будущими нуждами.

### **Вторая ступень профессиональной подготовки (специализация) и повышение квалификации**

Выпускники медицинских и ветеринарных факультетов для того, чтобы работать в системе ГМС, обязаны специализироваться; для других работников здравоохранения это необязательно. Разные федеральные земли признают в общей сложности 8 фармацевтических специальностей, 3 стоматологических, 48 ветеринарных, 7 специальностей по психологии и 12 в сестринском деле.

Число медицинских специальностей выросло с 14 в 1924 г. до 37 в 2003 г. и дополняется еще 52 узкими специальностями с добавочными квалификационными требованиями. Руководствуясь решениями собрания представителей региональных собраний врачей, Федеральная врачебная палата разрабатывает углубленный курс профессиональной подготовки, а врачебные палаты отдельных земель детализируют его. Для каждого курса устанавливается минимальная продолжительность подготовки, перечень процедур и навыков, а собрания врачей на уровне земель могут вносить в него поправки. После завершения подготовки врачи должны выдержать теоретический и практический экзамен в избранной ими специальности.

В случае академических медицинских профессий практическая специализация обычно занимает четыре—шесть лет и два-три года в остальных случаях. Длительность специализации по общей практике в 1998 г. выросла с трех до пяти лет; это должно повысить качество подготовки и поднять профессиональный статус будущих семейных врачей. Однако среди тех, кто получил в 1990-х гг. дипломы специалистов, врачи общей практики составляли лишь 20%. Считается, что их мало потому, что у них ниже доходы (см. раздел «Заработная плата врачей»), но также потому, что отсутствует материальная база амбулаторной подготовки, а престиж специальности ниже, поскольку врачи ориентированы на специализированную стационарную помощь. Поэтому больничные кассы, частные страховые компании и региональные ассоциации врачей вынуждены были с 1999 г. в период практической подготовки (как минимум два года из пяти) выплачивать тем, кто обучается на врача общей практики, оклад в половинном размере. Эти деньги зачастую являются единственным доходом студента — возможно, поэтому в 2003 г. из 12 107 врачей, получивших диплом специалиста, лишь 13% были врачами общей практики, а самую многочисленную группу составляли терапевты (15%) [61].

Считается, что высокий уровень отсева в профессиональной подготовке среднего медицинского персонала — следствие положения на рынке труда для женщин, низкой удовлетворенности работой в иерархических системах

и ограниченных возможностей профессионального роста и изменений в социальном статусе. Нехватка медицинских сестер была еще одним фактором, вызвавшим введение в 1980-х гг. теоретических специализированных курсов в прикладных институтах. Научные дисциплины в сестринском деле преподаются в 11 прикладных институтах и одном частном университете. Все больше дневных или вечерних программ по другим неврачебным профессиям (физиотерапевты, логопеды и дефектологи, работники по уходу за престарелыми). Политехнические и частные учебные заведения также вводят в свои программы различные курсы в таких областях, как охрана здоровья и управление больницами.

Общественное здравоохранение до 1989 г. было исключительно медицинской специальностью. Затем в 9 институтах, главным образом на медицинских факультетах, постепенно ввели последипломные программы. Программа обучения без отрыва от основной работы занимает два года, бесплатна и предоставляет около 300 мест выпускникам университетов и политехнических институтов как с медицинской, так и с иной подготовкой. Еще один курс обучения без отрыва от основной работы — управление качеством, он введен в последние годы пятью врачебными палатами, частными учебными заведениями и некоторыми политехническими институтами.

С 2004 г. повышение квалификации стало обязательным для всех медицинских работников; каждые пять лет должны предоставляться данные о соответствующем профессиональном росте. Для врачей, работающих в системе ГМС, недостаток таких данных может снизить уровень оплаты. Что касается других врачей, психологов, стоматологов и провизоров, то организацией, регулированием и контролем повышения их квалификации занимаются соответствующие профессиональные палаты.

### **Некоторые общие вопросы**

Нынешние дискуссии о медицинском образовании в Германии отражают внутренние противоречия в образовании, здравоохранении и профессиональном саморегулировании, а также противоречия между ними; некоторые споры не утихают десятилетиями. Например, очевидно, что коммуникабельности и способности к синтезу данных, по сравнению с формальными знаниями, объем которых в связи с прогрессом в медицине и ростом ее специализации вырос, уделяется недостаточно внимания почти во всех видах медицинского образования. Практическую подготовку медицинских работников критикуют за недостаточно широкую образовательно-педагогическую поддержку студентов, теоретические же курсы в университетах — за то, что они мало готовят студентов к их будущей работе, как к исследовательской, так и к практической.

Некоторые качественные и количественные вопросы приобрели особую политическую важность в ходе недавних дискуссий и реформ, касающихся здравоохранения. Конституционное право и настойчивые профессиональные и политические требования свободы в выборе профессии сделали ограниченный доступ к университетскому образованию и профессиональной деятельности крайне спорным вопросом. Теперь в Германии почти все со-

гласны с тем, что медицинские работники должны быть лучше подготовлены в областях первичной помощи, охраны здоровья, восстановительного лечения и междисциплинарного сотрудничества. Однако оказалось, что недостаточно ввести все это в учебные программы: большинство будущих медицинских работников по-прежнему готовится и специализируется в больницах общего профиля. Следовательно, одна из основных задач подготовки медицинских работников — повысить роль подготовки на базе амбулаторного сектора, увеличить ее финансирование и укрепить материальную базу.

## Лекарственные средства

Политика в области фармации стремится уравновесить цели здравоохранения и промышленности. Основные цели политики здравоохранения — обеспечение качества и безопасности, улучшение состояния здоровья и сдерживание расходов системы ГМС. В то же время промышленность стремится защитить национальный производственный рынок и рынок рабочей силы, поддерживая их конкурентоспособность в международном масштабе. Поэтому регулирование фармацевтического рынка двойственно: с одной стороны, очень мягкие законы, касающиеся цен на лекарственные средства и доказательства их эффективности; с другой стороны, крайне жестко регулируемые наценки к отпускным ценам предприятий на лекарственные средства. Политика здравоохранения лишь недавно стала уделять внимание структуре цепи сбыта в фармацевтическом секторе и регулированию цен. Сдерживание расходов сосредоточилось на рынке системы ГМС, опираясь в первую очередь на непрямой контроль цен (систему базовых цен, введенную в 1989 г., и региональное лимитирование расходов (1993—2001 гг.). С тех пор фармацевтический рынок поэтапно реорганизуется, начиная с разовых снижений цен и возврата части цены, чтобы уравновесить повышение величины предела расходов; с 2002 г. эта система была заменена бюджетами назначений для каждой практики вместе с рассылкой отдельным врачам данных об их назначениях (с 2003 г.). Кроме того, были скорректированы наценки в цепи сбыта и либерализован аптечный сектор.

Ниже дан обзор состояния фармацевтического рынка на 2002 г. — последний, по которому имеются полные данные. Очерчен также путь лекарственных средств от лицензирования через распределение и установку цен до оплаты в системе ГМС (вопрос, который в предыдущей версии обзора рассматривался в разделе «Медицинские технологии» [1]). Окончание раздела сосредоточится на тех методах регулирования (частичный возврат средств больничным кассам, система базовых цен и лимит на расходы), которые относятся только к системе ГМС.

## Фармацевтический рынок в целом

Фармацевтическая промышленность в Германии — одна из наиболее мощных в развитых странах, ее продукция составляет немалую часть экспорта.

В Германии насчитывается примерно 1100 фармацевтических компаний, где занято 114 800 чел. (2002 г.). Общий объем продаж в фармацевтической промышленности в 2002 г. составил 23,3 млрд. евро, из них 11,4 млрд. пришлось на внутренний рынок, а 11,8 млрд. евро — на экспорт (особенно в другие страны ЕС, Японию, Швейцарию и США) [63]. О глобализации немецкого фармацевтического рынка говорит то, что с 1992 г. объем импорта и экспорта утроился (в 2001 г. — 13,1 млрд. евро). В 1992 г. импортные лекарственные средства составляли около 20% немецкого рынка, а в 2002 г. — 40% [2].

Из 36,6 млрд. евро, потраченных в 2002 г. на лекарственные средства (согласно национальной статистике), 31,4 млрд. пришлось на аптеки в амбулаторном секторе и 3,0 млрд. — на стационарное лечение [21]. Из 33,3 млрд. евро, потраченных в 2002 г. на лекарственные средства в аптеках, 29,0 млрд. пришлось на рецептурные, а 4,2 млрд. — на безрецептурные средства [2]. В реальных ценах расходы на безрецептурные средства росли до 1997 г., а затем стали снижаться, расходы на рецептурные же продолжают расти. В 2001 г. четверть медицинских расходов семей приходилось на лекарственные средства; это меньше, чем в середине 1990-х гг. (30%).

Аптечные наценки и сборы — одни из самых высоких в Западной Европе. В 2003 г. в системе ГМС из теоретической розничной цены 100 евро производители лекарственных средств получали примерно 54,1 евро, оптовые компании — 5,8 евро, а фармацевты — 14,3 евро; 13,8 евро составляли налоги, а 12,5 евро — возврат средств больничным кассам. По величине налога на добавленную стоимость Германия занимает в ЕС-15 предпоследнее место, но по тому же налогу в фармацевтическом секторе — третье, поскольку во многих странах этот налог на лекарственные средства снижен [64]. В 2002 г. теоретическая цена в 100 евро имела следующую структуру: на долю производителей — 55,9 евро, оптовых компаний — 7,8 евро, фармацевтов — 17,4 евро, налоги — 14 евро, а возврат аптеками средств больничным кассам — 5,1 евро [40].

Специальная организация при больничных кассах ежегодно анализирует врачебные назначения. Данные по конкретным больным, позволяющие оценить уместность назначений, в ее отчете отсутствуют, однако основные тенденции в практике назначений проследить можно. Отчет охватывает практически все назначения лекарственных средств в амбулаторной помощи (*GKV-Arzneimittelindex*); эту деятельность совместно финансируют несколько корпоративных ассоциаций. Лекарственные средства, оплачиваемые частными страховыми компаниями, назначаемые в стационарах или безрецептурные, сюда не включаются. Классификация лекарственных веществ основана на Анатомо-Терапевтической-Химической классификации ВОЗ (АТС). До 2000 г. отчет основывался лишь на репрезентативной выборке 0,4% всех назначений, оплачиваемых больничными кассами. Данные с учетом расходов экстраполировались на все назначения. Эти методические изменения следует учитывать при сравнении данных за период до и после 2000 г.

В 2002 г. аптеки получили от системы ГМС 24,9 млрд. евро. Из них 2,2 млрд. (9%) пришлось на препараты, приготовленные в аптеке, повязки,

товары для ухода за больными, а 22,7 млрд. (91%) — на лекарственные средства промышленного производства. Застрахованным в системе ГМС выписывалось в среднем 10,9 упаковки, в которых содержалось 430 установленных суточных доз. Объем назначений в 2002 г. колебался в зависимости от возраста от 100 установленных суточных доз в возрастной группе 20—25 лет до 1379 — в возрастной группе 85—89 лет. Дети младше 4 лет получили за год 209 установленных суточных доз, а люди старше 90 лет — 1272 [40].

Валовой оборот рецептурных лекарственных средств на одного застрахованного в 2003 г. составил 363 евро, из них 25 приходилось на доплаты потребителя, а 46 — на предусмотренный законом возврат средств аптеками больничным кассам (но не частным страховым компаниям). Таким образом, согласно базе данных о врачебных назначениях, в 2003 г. больничные кассы потратили на лекарства в среднем 292 евро на одного застрахованного [65]. Средняя розничная цена назначенной врачом упаковки лекарственного средства для застрахованного в системе ГМС в 2003 г. составила 32 евро. Для непатентованных средств средняя цена равнялась 18 евро, для препаратов, охваченных системой базовых цен, — 17 евро, для реимпортированных — 80 евро, для препаратов — аналогов новых средств — 82 евро, а для так называемых «особых препаратов» (дорогостоящие лекарственные средства при определенных показаниях) — 356 евро.

Врачи, работающие в системе ГМС, прописали в среднем 5880 «готовых форм», содержащих 235 тыс. установленных суточных доз; средний оборот на одного врача составил 175 тыс. евро. Большинство назначений приходилось на врачей общей практики (54%) и терапевтов (18%), за ними шли гинекологи, офтальмологи и педиатры. В среднем оборот составил 30 евро на один рецепт. Средняя стоимость назначения зависела от врачебной специальности и составляла 11 евро у педиатров, 27 — у врачей общей практики, 40 — у терапевтов и 68 — у урологов, невропатологов, психиатров и психотерапевтов [40].

Таблица 24 показывает динамику фармацевтических расходов больничных касс, частных страховых компаний и отдельных семей. Из общей суммы расходов в 2002 г. 70% пришлось на систему ГМС, 6% — на частное медицинское страхование, 18% — на отдельные семьи (и благотворительные организации), а оставшиеся 5% — на другие источники. Большая часть средств расходовалась в амбулаторной помощи. Меры по сдерживанию расходов смягчили рост затрат на лекарственные средства в системе ГМС, хотя номинальное снижение наблюдалось лишь в 1993 и 1996 гг. В результате мер, связанных с частичной оплатой, расходы семей в 1990-х гг. возросли и в 1998 г. составили 26% фармацевтических расходов, но к 2002 г. снова упали до 18% (см. раздел «Платные медицинские услуги»).

## Лицензирование

Лицензирование новых лекарственных средств стало обязательным лишь с принятием в 1976 г. Закона о лекарственных средствах (действует с 1978 г.), после того как стало ясно, что эффективность значительной части лекарст-



венных средств не доказана. Это — наиболее жестко регулируемая в Германии область медицины. За допуск на рынок препаратов, предназначенных для человека, отвечает Институт Пауля Эрлиха (кровь и продукты из нее, сыворотки и вакцины) и Федеральный институт лекарственных средств и медицинской техники (все прочие препараты). Процедура лицензирования изложена в Законе о лекарственных средствах, а также в инструкциях, разработанных Министерством здравоохранения. До принятия закона лекарственные средства требовалось только зарегистрировать в (бывшем) Федеральном медицинском бюро. Правила регистрации требовали оценить лишь возможное токсическое действие и качество приготовления препарата. Регистрация не требовала указывать на лекарственных средствах показания к их применению, а при лицензировании требуется и проверка, и маркировка препарата.

С 1978 г., когда Закон о лекарственных средствах вступил в действие, выданы лицензии примерно на 19 тыс. лекарственных средств и 1800 гомеопатических препаратов. На рынке все еще много лекарственных средств, зарегистрированных до принятия этого закона. За лицензией на такие препараты следовало обратиться до 30 апреля 1990 г., иначе им грозило удаление из оборота. К январю 1993 г. подобных продуктов насчитывалось 70 тыс. Поскольку многие из них явно не успели бы продемонстрировать свою эффективность, был назначен новый крайний срок для подачи заявок на лицензию (31 декабря 1999 г.). Если производитель отзывает заявку для своего продукта, этот продукт может находиться на рынке до конца 2004 г. без доказательства своей эффективности. Поправки к Закону о лекарственных средствах (1994 г.) продлили крайний срок подачи заявок до декабря 2005 г. Всего подано 10 800 заявок на лицензирование 7300 лекарственных средств с известной формулой и 3500 гомеопатических препаратов, имеющих показания. Из них к июню 2004 г. не оценены 2378 препаратов из первой группы и 955 — из второй. Кроме того, подано 4700 заявок на перерегистрацию гомеопатических препаратов, не маркированных для определенных показаний. Это не входит в требования ЕС, но требуется в Германии.

Лицензии выдаются на различные дозировки и лекарственные формы, что составляет более 40 тыс. позиций на фармацевтическом рынке. Справочник «Красный список» содержит 9449 лекарственных препаратов (на 90% это производные 2300 активных веществ). В «Красном списке» на 2003 г. 77% лекарственных средств имели известную формулу, 11% являлись препаратами лекарственных трав, 8% — гомеопатическими средствами, а 4% — другими видами лекарственных средств [63].

Критерии выдачи лицензии на лекарственное средство таковы: научно доказанная безопасность и эффективность. Это включает поэтапную проверку на здоровых добровольцах (I и II фазы) и контролируемые клинические испытания на тех, кто страдает соответствующим заболеванием (III фаза). Согласно общим для всего ЕС стандартам «должной клинической практики» требуется соблюдение многочисленных формальных требований и подробное протоколирование. Однако чтобы удовлетворить критерию эффективности, достаточно продемонстрировать лишь минимальный ле-

чебный эффект на малой выборке, а рентабельность во внимание не принимается. Это привело к допуску на рынок активных веществ с незначительными модификациями вместо действительно новых продуктов. В любом случае лицензия действует лишь пять лет, а после этого необходимо обращаться за ее продлением.

Помимо обычного порядка допуска на рынок есть также ускоренная процедура для лекарственных средств, которые вызывают значительный интерес в обществе благодаря своей возможной лечебной ценности, но относительно которых мало данных, чтобы судить об их эффективности. В таких случаях может быть принято решение в течение определенного промежутка времени вести систематический сбор данных по эффективности препарата, чтобы затем оценить ее заново. Однако применяется эта процедура крайне редко.

**Таблица 24. Расходы<sup>а</sup> на лекарственные средства, 1992—2002 гг.**

	1992	1993	1995	1997	1999	2000	2001	2002
<b>Общие расходы на лекарственные средства, млрд. евро</b>	25,9	24,4	27	28,8	31,4	32,4	35	36,6
Расходы системы ГМС	18,7	16,2	18,3	18,7	21	22	24,2	25,6
Расходы частного медицинского страхования	1,9	1	1,1	1,2	1,7	1,8	1,9	2,1
Расходы отдельных семей <sup>б</sup>	4,7	5,7	6,1	7,3	6,9	6,6	6,8	6,7
Прочие <sup>в</sup>	0,6	1,5	1,5	1,6	1,8	2	2,1	2,2
<b>Общие расходы на лекарственные средства, млрд. евро</b>								
Расходы на лекарственные средства в больницах общего профиля	2,3	2,5	2,6	2,7	2,8	2,9	2,9	3
Расходы на лекарства из аптек	22,5	20,8	23,2	24,5	27	27,7	30,2	31,4
<b>Расходы на лекарства из аптек</b>								
— в % от ВВП	1,4	1,27	1,32	1,34	1,4	1,4	1,49	1,53
Расходы системы ГМС, млрд. евро	16,6	14,2	16,1	16,4	18,5	19,3	21,4	22,5
— в % от ВВП	1,03	0,86	0,89	0,87	0,94	0,95	1,03	1,07
— в % от общих расходов системы ГМС	16,8	14,4	14,2	14,2	15,2	15,5	16,6	16,9
Расходы частного медицинского страхования, млрд. евро	0,8	0,9	0,9	1	1,5	1,6	1,8	2
Расходы отдельных семей <sup>б</sup>	3,9	4,8	5,4	6,3	6,1	5,9	6,1	6
— на частичную оплату <sup>а</sup>	0,7	1,2	1,5	2,3	2	1,8	1,8	1,8
Прочие <sup>в</sup> , млрд. евро	1,2	1	1,3	1,3	1,7	1,7	1,7	1,7

Источники: Федеральное статистическое управление, 2004 г. [12]; Федеральное Министерство здравоохранения и социального обеспечения, 2004 г. [60].

Примечания: <sup>а</sup> данные по лекарственным средствам включают перевязочные материалы; <sup>б</sup> включая расходы благотворительных организаций, но они пренебрежимо малы; <sup>в</sup> включает расходы государственного пенсионного страхования.



Ускоренная процедура лицензирования лекарственных средств для лечения очень редких заболеваний применяется чаще; с 2000 г. она может проводиться только Европейским агентством по оценке продуктов медицинского назначения (ЕМЕА). В соответствии с директивой ЕС 75/319, которая в Германии вступила в действие с 1 января 1995 г., все чаще применяется процедура взаимного признания. Производитель, чей препарат уже допущен на рынок в другой стране, имеет право подать заявку о допуске на рынок Германии, причем отклонить ее может лишь Федеральный институт лекарственных средств и медицинской техники, если находит, что препарат представляет опасность для населения. В этом случае Европейское агентство по оценке продуктов медицинского назначения начинает принудительное третейское разбирательство, по которому в конце концов выносит решение Европейская Комиссия.

Гомеопатические и антропософские препараты не требуют лицензирования и нуждаются лишь в регистрации. Регистрационные требования касаются главным образом качества основных компонентов и процесса производства, а также срока годности конечного продукта. Демонстрировать эффективность зарегистрированных гомеопатических препаратов нужно только в том случае, если они предназначены для конкретных показаний. В этом случае производитель должен пройти через обычную процедуру допуска на рынок. Условия допуска гомеопатических и антропософских препаратов, а также установленных смесей лекарственных трав четко регулируются инструкциями Министерства здравоохранения. Исключением являются рецептурные средства, производимые и продаваемые в аптеках в количестве менее 100 единиц в сутки, гомеопатические препараты, производимые в количестве менее 1000 единиц в год, и препараты, находящиеся в III фазе клинических испытаний.

Допуск на рынок не сопровождается обязательным систематическим и комплексным пострегистрационным наблюдением. Однако врачи и другие работники здравоохранения обязаны сообщать о сложностях, с которыми столкнулись они или их больные при применении лекарственных средств или медицинских приспособлений, в федеральный институт, где создана база данных по всем побочным эффектам, противопоказаниям и другим вопросам, связанным с применением лекарственных средств. Информация оценивается экспертами в области медицины, фармакологии и токсикологии, после чего предпринимаются необходимые действия вплоть до отзыва лицензии на препарат.

## **Распространение лекарственных средств**

Лекарственные средства могут распространяться через больницы, независимые аптеки, аптеки при медицинских учреждениях и (если не маркированы «для продажи только в аптеках») через аптеки без лицензии и супермаркеты. Основу системы распределения, несомненно, составляют независимые аптеки: из 1647 млн. упаковок лекарственных средств, проданных в 2002 г., 93% пришлось на них и лишь 7% — на аптеки без лицензии и супер-

маркеты, что составляет менее 1% общего оборота фармацевтического рынка. Аптеки без лицензии и супермаркеты продают главным образом витамины, минеральные добавки и некоторые фитопрепараты, а, скажем, препараты никотина для отказа от курения, гомеопатические средства и антропософские препараты должны продаваться лишь в лицензированных аптеках (безрецептурные средства, маркированные «для продажи только в аптеках»).

В 2002 г. средняя стоимость упаковки составляла 30 евро. На средства, требующие рецепта, приходилось 79% общего рыночного оборота, но лишь 44% упаковок; 922 млн. упаковок (56%) безрецептурных средств составляли 21% оборота. Лишь малая часть, 116 млн. упаковок (7% общего числа), была продана в аптеках без лицензии и супермаркетах, а 806 млн. — в аптеках. Из них 560 млн. упаковок больные купили самостоятельно, а 278 млн. им прописали врачи, иногда это оплачивалось системой ГМС, иногда нет [40].

Количество аптек на душу населения по международным стандартам довольно велико и в последние десять лет немного выросло; в 2002 г. на 100 тыс. населения приходилось 26 аптек. Все независимые аптеки являются частными, ими заведуют самостоятельно работающие фармацевты, которые в обязательном порядке являются членами палат фармацевтов; до 2003 г. независимым аптекам принадлежала монополия на отпуск лекарственных средств в амбулаторном секторе. Затем была разрешена торговля через интернет и расширены права больничных аптек — они тоже могут отпускать лекарственные средства застрахованным в системе ГМС, если их больничные кассы заключили с больницей соответствующее соглашение. Больничные аптеки еще с августа 2002 г. получили право непосредственно отпускать частнопрактикующим врачам определенные лекарственные средства, особенно препараты для химиотерапии. Частнопрактикующие врачи, за редким исключением, не могут продавать лекарственные средства. До 2003 г. фармацевтам разрешалось владеть лишь одной аптекой. С 2004 г. им может принадлежать до четырех аптек, причем дочерние должны быть расположены в том же или соседнем округе, что и основная.

После того как в 2004 г. вступил в силу Закон о модернизации системы ГМС, структура фармацевтического сектора заметно изменилась. Фармацевтический рынок был «либерализован», например, разрешена, хотя и в условиях жесткого регулирования, электронная торговля лекарственными средствами, фармацевтам может принадлежать более одной аптеки, а цены на безрецептурные средства теперь устанавливаются свободно. В первые же несколько месяцев торговля безрецептурными средствами через интернет заметно выросла. С января по июль 2004 г. примерно 600 аптек получили лицензию на электронную торговлю лекарственными средствами. В крупнейшую сеть интернет-аптек («Апонет»), основанную Федеральной ассоциацией организаций фармацевтов, вошло около 5000 аптек. К июлю 2004 г. 5% из 3,5—5 млн. ежедневных обращений в эти аптеки происходили через интернет. Сеть «Апонет» обрабатывает 175—200 тыс. заказов в день и является крупнейшим поставщиком — остальные аптеки все вместе обеспечивают 5000 заказов в день.

Однако либерализация фармацевтического рынка не привела к снижению цен. Подешевели дорожные упаковки лекарственных средств, часть препаратов, обеспечивающих надлежащий стиль жизни, и некоторые дорогие лекарственные средства (из-за конкуренции с больничными аптеками), но общий уровень цен пока не упал. Точно так же безрецептурные препараты после отмены твердых цен не подешевели, а порой даже подорожали.

## **Регулирование цен на фармацевтическом рынке в целом**

Регулирование цен на лекарственные средства в стационарном и амбулаторном секторе отличается. В то время как больницы могут договариваться о ценах с производителями или оптовыми поставщиками, в аптеках цепь сбыта и цены регулируются более жестко. Отпускные цены в обоих случаях определяют главным образом сами производители без переговоров с участием правительственных организаций, прямого контроля цен или контроля прибылей. Однако при установлении цен компании учитывают ценовое регулирование в других частях рынка, например косвенное регулирование в форме системы базовых цен или установленного минимального объема продаж из параллельного импорта. Фармацевтические компании должны выплачивать твердые суммы или возвращать часть цены лекарственного средства больничным кассам.

Важнейшие принципы регулирования цен почти не менялись с 1980 по 2003 г., но были существенно переработаны в 2004 г. В 1980—2003 гг. фармацевты и оптовые поставщики получали прибыль по дигрессивной шкале в соответствии с Постановлением о ценах на лекарственные средства. Поскольку абсолютное значение прибыли все-таки росло вместе с ценой продукта, фармацевту не было особой выгоды отпускать более дешевые средства. В 2002 г. прибыли для фармацевтов и оптовых поставщиков были снижены. В 2004 г. Закон о модернизации системы ГМС многое изменил в порядке получения прибыли фармацевтами (изменения коснулись и не застрахованных в системе ГМС). Законом провозглашались освобождение цен на безрецептурные средства и пересмотр положений ценообразования в отношении рецептурных средств. Новое Постановление о ценах на лекарственные средства для препаратов, отпускаемых только по рецепту врача, относится ко всему рынку рецептурных средств независимо от того, как они оплачиваются. Оно охватывает лекарственные средства для людей и животных и касается независимых аптек, но не аптек при больницах; оно не относится также к вакцинам, кровезаменителям и препаратам для диализа, на них цены устанавливаются путем переговоров больничных касс с производителями. (Кроме того, с 2004 г. расширены права больничных касс заключать договоры по объему продаж некоторых других лекарственных средств и ценам на них в обход аптек и оптовых компаний.)

За рецептурные лекарственные средства фармацевты сейчас получают твердую сумму 8,1 евро плюс маржу в 3%. Кроме того, в цену потребителя входит НДС в размере 16%. Маржа в 3% рассчитывается от цены производителя, к которой прибавлена соответствующая максимальная прибыль для

оптовых продавцов (исключая НДС). Твердая сумма выбрана так, чтобы обеспечить фармацевтам прибыль. Фармацевтов это устраивает, особенно потому, что в противном случае политика, направленная на снижение оптовых и оптовых цен, сократила бы их доходы в 2004 г.

Теперь аптеки могут свободно назначать цены на безрецептурные средства, исключая те, что по-прежнему оплачиваются больничными кассами (они входят в перечень исключений, изданный Общей федеральной комиссией). Для таких препаратов по-прежнему действуют старые правила, существовавшие с 2002 по декабрь 2003 г. (дигрессивная шкала прибыли).

## **Оплата лекарственных средств в системе ГМС**

Оплата лекарственных средств в системе ГМС достаточно сложна. В отличие от многих других стран, в Германии нет базового перечня препаратов, оплачиваемых государственной страховой системой. Закон о структуре здравоохранения от 1993 г. содержал положение о разработке Министерством здравоохранения такого перечня. Однако оно было отменено за несколько недель до намеченной даты его введения (1 января 1996 г.). Федеральный министр здравоохранения решил отказаться от идеи базового перечня, учитывая то, что целый ряд мер по сдерживанию фармацевтических расходов увенчался успехом, а введение базового перечня привело бы к росту расходов хронических больных на безрецептурные лекарственные средства и, самое главное, угрожало бы небольшим фармацевтическим компаниям. Фармацевтическая промышленность приветствовала это решение, но и больничные кассы, и социал-демократическая партия остались недовольны им. В 2000 г. в Закон о реформе системы ГМС вновь включили положение о разработке базового перечня, который министр здравоохранения при поддержке экспертной комиссии представил в Федеральный совет в конце 2002 г. Однако оппозиция, составлявшая в совете большинство, угрожала отклонить предложение. После переговоров между оппозицией и правительством, посвященных будущему Закону о модернизации системы ГМС, от разработки базового перечня вновь отказались.

До 2003 г. для большинства лекарственных средств доступ на рынок означал оплату системой ГМС, однако имелись немногочисленные, но важные исключения, привлекавшие все большее внимание. Они перечислены ниже.

- Препараты для лечения «обычных заболеваний» (средства от простуды, препараты для полости рта, кроме противогрибковых средств, слабительные, препараты против укачивания) по закону исключены из набора услуг для застрахованных старше 18 лет (§ 34 (2) пятой книги социального кодекса).
- Социальный кодекс позволяет министру здравоохранения исключать из оплаты «неэффективные» средства, т. е. те, которые не достигают желаемой цели или состоят более чем из трех компонентов, эффект каждого из которых невозможно точно оценить (§ 2, 12, 34 (3) и 70 пятой книги социального кодекса). Оценка таких лекарственных средств учитывает осо-

бенности гомеопатических, антропософских и фитопрепаратов. С 1 октября 1991 г. вступил в действие список неоплачиваемых препаратов, составленный согласно этим принципам; он несколько раз пересматривался и содержит около 2400 названий. Федеральной комиссией врачей и больничных касс опубликованы фирменные названия этих веществ.

- Оплата лекарственных средств регулировалась также постановлениями Федеральной комиссии, которые обязательны к исполнению и ограничивают назначение некоторых препаратов при определенных состояниях (например, анаболиков при онкологических заболеваниях), оговаривая, что их можно применять лишь после неудачи немедикаментозного лечения, или, в некоторых случаях, запрещая назначение каких-то препаратов за счет больничных касс (например, препараты для отказа от курения).

В середине 1998 г. Федеральная комиссия внесла в свои постановления поправки, исключив из оплаты препараты для повышения потенции или лечения импотенции, такие, как виагра. Комиссия указала, что различия в индивидуальном поведении не позволяют выработать стандарт заболевания, на котором можно основывать экономическую оценку. По ее мнению, ответственность больничных касс кончается там, где основным мотивом применения препарата являются привычки отдельного человека, поэтому так называемые средства, обеспечивающие надлежащий стиль жизни, исключаются из страхования. Этот случай показал, что критерии исключения из списка менее четки, чем в случае медицинских технологий (см. раздел «Медицинские технологии»), так что решения зависят от согласия между сторонами. Федеральный общественный суд не одобрил полную отмену оплаты препаратов для лечения импотенции, а вместо этого потребовал принять меры против злоупотребления ими.

В начале 1999 г. Федеральная комиссия недвусмысленно заявила, что лицензирование лекарственных средств — необходимое, но отнюдь не достаточное условие для оплаты системой ГМС. Впрочем, после нескольких судебных разбирательств, начатых фармацевтическими компаниями, эти положения так и не были принудительно введены, а рекомендованы в качестве руководства при назначениях и время от времени обновляются.

В 2004 г. Закон о модернизации системы ГМС значительно изменил порядок оплаты лекарственных средств, исключив еще две (нижеперечисленные) группы препаратов.

- Т. н. «средства, обеспечивающие надлежащий стиль жизни» официально исключены из набора услуг. Каких именно препаратов это касается, определяет в своих постановлениях Общая федеральная комиссия.
- Безрецептурные средства больничные кассы теперь оплачивают только для детей до 12 лет. Каковы исключения из этого общего правила, также определяет Общая федеральная комиссия, составляющая списки безрецептурных препаратов и показаний, при которых они могут применяться. Введение этих дополнений повлияло на оба списка препаратов, не подлежащих оплате (для лечения «обычных заболеваний» и для «неэффективных» лекарственных средств), и на работу Общей федеральной комиссии. Спи-

ски неоплачиваемых препаратов по-прежнему существуют, но сейчас они значительно короче, поскольку касаются лишь рецептурных средств.

Еще один вопрос, привлекающий все больше внимания, — назначение лекарственных средств, не получивших официального одобрения, и их оплата в этом случае государственным страхованием. Высказывается беспокойство относительно доступности новых препаратов, но в то же время соблюдения требований фармаконадзора и ответственности при использовании таких препаратов. В общем случае лекарственные средства, не получившие в Германии лицензию совсем или не лицензированные для соответствующих показаний, могут быть прописаны врачом только в условиях клинических испытаний. Больничные кассы могут не оплачивать клинические исследования и в общем случае не оплачивают назначение нелицензированных препаратов или препаратов по показаниям, не указанным в лицензии. Закон о модернизации системы ГМС одним из первых в мире взялся разработать четкие правила применения нелицензированных препаратов, для чего при Федеральном институте лекарственных средств и медицинской техники создана экспертная комиссия; она состоит из представителей института, научных медицинских обществ, ассоциаций врачей, фармацевтических компаний, больничных касс, медицинских экспертных комиссий системы ГМС, а также представителей фармацевтов и групп защиты интересов больных. Основываясь на решениях Федерального общественного суда по критериям доступа к нелицензированным лекарственным средствам, комиссия начала с разработки правил и условий назначения, а также оплаты государственным страхованием онкологических препаратов, которые пока не одобрены для данных показаний.

## **Регулирование цен на лекарственные средства, оплачиваемые системой ГМС**

Помимо способов регулирования цен в цепи сбыта лекарственных средств, которые относятся ко всему амбулаторному сектору, в системе ГМС существуют особые виды регулирования, поскольку она является главным клиентом на фармацевтическом рынке. Ниже описаны основные методы: возврат части прибыли больничным кассам, система базовых цен, замена на аналогичные препараты и параллельный импорт.

Аптеки обязаны возвращать больничным кассам часть прибыли, до 2001 г. составлявшую 5% от цены, а в 2003 г. увеличенную до 6%. Кроме того, фармацевтические и оптовые компании с 2002 г. также обязаны возвращать часть прибыли больничным кассам. В 2003 г. возврат средств от производителей, оптовых компаний и фармацевтов составил 3,1 млрд. евро, или 11,6% оборота аптек, и замедлил рост расходов на лекарственные средства до 2%, но не снизил, как ожидалось, общие фармацевтические расходы [64].

Закон о модернизации системы ГМС изменил порядок возврата средств аптеками больничным кассам — теперь отчисляется твердая сумма в 2 евро за один рецептурный препарат. С 2005 г. эта сумма будет определяться на пе-

реговорах федеральных ассоциаций страховых фондов с Федеральной ассоциацией организаций фармацевтов. За те безрецептурные средства, которые система ГМС все еще оплачивает (из льготного списка Общей федеральной комиссии), аптеки должны возвращать 5% цены. Для фармацевтических компаний величина возврата средств за препараты, оплачиваемые системой ГМС, в 2004 г. была ненадолго повышена до 16% и сыграла немалую роль в экономии средств, достигнутой больничными кассами в том же году. С 2005 г. она снова будет снижена до 6%, и расходы на лекарственные средства, скорее всего, опять заметно вырастут.

С 1989 г. введена также система базовых цен на лекарственные средства — один из методов непрямого контроля цен. Система базовых цен устанавливает верхний предел оплаты больничными кассами лекарственных средств на основе § 35 пятой книги социального кодекса, который гласит, что базовые цены устанавливаются для лекарственных средств, содержащих одно и то же или сходные активные вещества или обладающих сходной эффективностью. Идентификацией и классификацией препаратов занимается Общая федеральная комиссия, а установлением базовых цен — федеральные ассоциации больничных касс. Базовые цены означают, что больничные кассы возмещают аптекам средства лишь до заранее определенного предела, а разницу между базовой и рыночной ценой оплачивают больные. В 1989—1992 гг. помимо этой разницы доплат не было. С 1993 г. введена еще и фиксированная доплата. Примечательно, что из-за конкуренции внутри групп препаратов с одной базовой ценой и обязанности врачей сообщать больным, что они должны платить разницу между базовой и рыночной ценой, цена на лекарственные средства сейчас очень редко выше базовой.

Закон об укреплении солидарности в системе ГМС ввел более жесткое регулирование базовых цен; они не могут превышать самую высокую из цен в самой дешевой трети рынка. Ожидалось, что из 446 групп препаратов, входящих в систему базовых цен, с 1 апреля 1999 г. цены будут снижены в 202 группах, что даст экономию примерно в 280 млн. евро. Однако это снижение цен было заморожено, а вся система в целом подверглась юридической атаке. Фармацевтическая промышленность предъявила несколько судебных исков, утверждая, что больничные кассы не имели права вводить (косвенные) методы контроля цен на патентованные средства, включив их в систему базовых цен. Поэтому Бундестаг принял Закон о внесении изменений в базовые цены, передоверив установление базовых цен Министерству здравоохранения. Однако Федеральный конституционный суд (в декабре 2002 г.) и Европейский суд (в начале 2004 г.) одобрили роль больничных касс в регулировании цен на рынке системы ГМС, поскольку они выполняют доверенную им государством функцию.

Система базовых цен на лекарственные средства оказалась эффективным средством сдерживания расходов. Из-за стремления больных обойти частичную оплату вырос спрос на лекарственные средства дешевле базовой цены, что обострило конкуренцию в фармацевтической промышленности. Отчасти промышленность компенсировала более низкие цены на продук-



ты, раньше стоившие дороже базовой цены, повысив цены на те препараты, которые системой базовых цен не охвачены.

Ежегодная экономия больничных касс в результате внедрения системы базовых цен постепенно выросла с 1,2 млрд. евро в 1996 г. до 2,1 млрд. в 2002 г. [63]. В 2003 г. 61% врачебных назначений в системе ГМС и 37% фармацевтических расходов приходилось на препараты, охваченные системой базовых цен [40]. Доля назначений и величина оборота отличались у разных региональных ассоциаций врачей, оборот варьировал от 29% в Гамбурге до 38% в округе Пфальц [65].

Институт качества и эффективности может оказывать поддержку Общей федеральной комиссии и федеральным ассоциациям больничных касс, классифицируя новые лекарственные средства по степени их новизны и эффективности относительно препаратов сравнения. Если по эффективности или безопасности препарат превосходит существующие, производители могут устанавливать цены без регулирования извне. Если препарат сравним с уже имеющимися на рынке, новый продукт будет включен в систему базовых цен, т. е. патент перестает обеспечивать период свободы от этой системы. Сходные положения были отменены в 1996 г. из-за давления со стороны фармацевтической промышленности и вновь заморожены Федеральным советом в апреле 2003 г., когда вступил в силу двенадцатый Закон о внесении изменений в пятую книгу социального кодекса, частью которого эти положения являлись. Не были введены планировавшиеся правительством договорные цены на действительно новаторские препараты. Оценка лекарственных средств не основывается на рентабельности (вместо этого на «преимуществе») и служит обоснованием не для принятия решений об оплате в системе ГМС, а только для решения о включении в систему базовых цен. Первые решения Общей федеральной комиссии были приняты в июле 2004 г. и вступили в силу в августе, они касались ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статинов), блокаторов ангиотензиновых рецепторов (сартанов), 5-НТ<sub>1</sub>-стимуляторов (триптанов) и ингибиторов Н<sup>+</sup>, К<sup>+</sup>-АТФазы.

Закон об ограничении фармацевтических расходов обязал членов Ассоциации исследовательских фармацевтических компаний в 2003 г. одновременно выплатить примерно 200 млн. евро («солидарная ответственность») после того, как промышленность успешно опротестовала готовившееся возвращение некоторых патентованных средств в систему базовых цен. Кроме того, закон стремился поддержать назначение непатентованных средств путем обновления перечня цен сравнения (от 1992 г.).

До 2001 г. фармацевты могли заменять прописанные врачом препараты лишь в том случае, если врач разрешил это или просил об этом. Закон об ограничении фармацевтических расходов (февраль 2002 г.), отменив фармацевтические бюджеты, позволил фармацевтам заменять дорогие препараты более дешевыми вариантами (принцип «замены на аналогичное»), если только врач явно против этого не возражает. С июля 2002 г. до апреля 2003 г. в этот вид регулирования были последовательно включены 184 из 680 активных веществ (в 15 542 препаратах), что составило 35% назначений на рынке непатентованных средств и 29% оборота на этом рынке [40].



На практике это сэкономило только 48 млн. евро, поскольку относилось в основном к рынку непатентованных средств, а промышленность повысила общий уровень цен, наводнив рынок препаратами, копирующими уже имеющиеся патентованные средства. Фармацевтам, которые по-прежнему получали определенный процент от цены упаковки, замена на более дешевые препараты не приносила выгоды. Закон о стабилизации страховых взносов от 2002 г. ввел прямые переговоры между больничными кассами и производителями о дополнительных отчислениях в пользу больничных касс. Но вместо ожидавшегося расчетного снижения затрат (на 1,4 млрд. евро) произошел рост расходов, главным образом, за счет перехода на другие препараты.

В ответ на это Закон о модернизации системы ГМС упростил правила замены на аналогичные препараты и связал их с системой базовых цен для тех веществ, для которых возможна замена. Продукты с взаимозаменяемыми активными веществами сведены в группы, для них рассчитана цена при замене. Затем базовые цены для таких препаратов корректируются и автоматически устанавливаются ниже цены при замене.

Кроме того, по Закону об ограничении фармацевтических расходов по меньшей мере 5,5% лекарственного оборота в 2002 г. и 7,0% в 2003 г. должен был составлять официально зарегистрированный параллельный импорт по более низким, чем у отечественных эквивалентов, ценам. Хотя цены внутри ЕС все больше сближаются, а значит, сокращается разница между отечественными и импортными продуктами, этот закон, как ожидается, даст значительную экономию для больничных касс. В 2002 г. доля параллельного импорта на рынке уже значительно возросла (табл. 25). В 2003 г. объем продаж реимпортированных лекарственных средств составлял 6,8% (от 5,7% в Баварии до 8,9% в Берлине). Доля реимпортированных лекарств составляла 20% от объема продаж на рынке реимпорта (от 16% в Южном Вюртемберге до 24% в Гамбурге и регионе Северный Рейн-Вестфалия) [65].

## Лимитирование расходов

Имеющие различную жесткость лимиты на расходы были одной из самых заметных мер по сдерживанию фармацевтических расходов с 1993 г. и практически до 2001 г. (см. табл. 27). С 2002 г. их заменили договорные плановые показатели по сдерживанию расходов и целесообразности назначений. Новая система поддерживается давно ожидаемым введением единой системы информирования врачей об их назначениях, который стал действовать в отношении отдельных амбулаторных врачей лишь в марте 2003 г.

Лимиты на расходы, введенные в 1993 г., действительно снизили фармацевтические расходы, составлявшие в 1992 г. 13,7 млрд. евро (Западная Германия). Исходя из цифры 12,5 млрд. евро в 1991 г., будущие расходы уменьшились максимум до 12,2 млрд. евро в год. В 1994—1997 гг. каждая региональная врачебная ассоциация (на западе и на востоке) официально несла ответственность за любой перерасход средств без верхнего предела этой суммы, даже если общие фармацевтические расходы установленного преде-

ла не превышали. В то же время цены на все лекарственные средства, не охваченные системой базовых цен, специальным законом были снижены на 5%, а цены на новые препараты заморожены; это правило применялось в 1993—1994 гг.

Результатом всех трех мер по сдерживанию расходов, сформулированных в Законе о структуре здравоохранения от 1993 г. (замораживание цен, новые положения по частичной оплате и лимит расходов), в первый год после их введения стало снижение фармацевтических расходов больничных касс на 18,8%. Это означало, что по сравнению с 1992 г. расходы сократились на 2,6 млрд. евро, что на 1,2 млрд. евро больше, чем планировалось. Из этой экономии около 0,5 млрд. евро приписывали снижению цен. Еще около 0,5 млрд. евро экономии дали новые положения о частичной оплате. Около 60% относили за счет изменений в практике врачебных назначений. Число назначений снизилось на 11,2%, при этом выросла доля назначений непатентованных средств взамен фирменных.

В 1994—1997 гг. лимит на расходы устанавливался путем переговоров между ассоциациями больничных касс и региональными ассоциациями врачей по всей Германии. В некоторых землях региональные лимиты в 1994 г. были превышены, хотя общие цифры не превысили суммарный (гипотетический) лимит. Часть земель превысила бюджет и в 1995 г., поэтому в сентябре 1996 г. больничные кассы начали процедуру возврата денег из девяти земель, где бюджет был превышен (в одном случае на 11,3%). Региональные ассоциации врачей отказывались платить, настаивая, что не могли успешно сдерживать общие или связанные с назначениями врачей фармацевтические расходы, поскольку данные поступали к ним несвоевременно и были неточными. Несмотря на рост фармацевтических расходов в 1996 г., когда был превышен общий лимит по всей стране, что в нескольких землях привело к соглашениям выровнять перерасход в последующие годы, лимит на расходы оказался эффективным средством как краткосрочного снижения фармацевтических расходов, так и долговременной их коррекции [66].

Второй Закон о реструктуризации системы ГМС с 1998 г. отменил лимиты фармацевтических расходов, введя взамен целевые бюджеты назначений для каждой практики. При превышении 125% от целевого бюджета назначений врачи должны были компенсировать это соответствующей больничной кассе, если не могли доказать «особую необходимость для практики» (*Praxisbesonderheiten*) назначать определенные дорогие препараты для определенных групп больных, к примеру нуждающихся в уходе после трансплантации органов или умирающих. Если врачи могли доказать, что назначения были оправданы медицинскими показаниями и были максимально дешевы, штраф мог быть отменен или снижен. По существу, бюджеты назначений для отдельных практик сохранились до сих пор, но правила коллективной ответственности за фармацевтические расходы в ходе последующих реформ изменились.

Закон об укреплении солидарности в системе ГМС с 1999 г. вновь ввел региональные лимиты на фармацевтические расходы, первоначально как жесткий лимит, размер которого определялся законом (табл. 27). Теперь регио-

нальные ассоциации врачей отвечали за любой перерасход средств свыше 105% от предельной суммы. В качестве компенсации были списаны долги от предыдущей системы лимитов на расходы. Протестуя против нового введения коллективной финансовой ответственности, несколько врачей обратились в Федеральный конституционный суд. Он отказался рассматривать их жалобы, пока угроза коллективного штрафа за перерасход не станет реальностью в одном из регионов. На деле коллективные наказания из-за юридических сложностей с требованием денег от физических лиц без индивидуального нарушения закона не применялись ни разу. И все-таки региональные лимиты на фармацевтические расходы по-прежнему встречали значительное сопротивление.

Закон о погашении перерасхода фармацевтических бюджетов, принятый в конце 2001 г., снова отменил законодательно определенные лимиты расходов на лекарственные средства и коллективную ответственность врачей за превышение региональных бюджетов. Тем не менее региональные ассоциации врачей и ассоциации больничных касс должны договариваться о ежегодном «бюджете» и использовать целевые показатели для индивидуальных практик. Партнеры по контракту должны договориться о достаточной величине фармацевтического бюджета, поскольку в противном случае их решения могут аннулировать органы самоуправления системы ГМС на федеральном уровне или Бундестаг. Среди прочего по закону должны учитываться изменения, ожидаемые вследствие жестких или договорных мер по сдерживанию расходов, нужды регионов и изменения на рынке, в том числе появление новых препаратов или непатентованных средств. Наказания за превышение фармацевтических бюджетов не обязательны, но их допустимо включать в состав контракта. Закон сделал обязательными договорные целевые бюджеты для отдельных практик и связанное с этим управление данными. Ассоциации больничных касс, которые ранее настаивали на региональных лимитах расходов, теперь обязаны принимать целевые бюджеты и — с недавнего времени — обеспечивать врачей, работающих в системе ГМС, данными об их назначениях.

Разрабатывая индивидуальные целевые бюджеты, каждая врачебная ассоциация вначале изымает определенные типы лекарственных средств и лекарственных средства для больных определенными заболеваниями из общего ежегодного бюджета. Затем оставшиеся средства распределяются по различным медицинским специальностям на основании прошлогоднего объема назначений. В большинстве регионов бюджет каждой специальности опять разбивается на два, для пенсионеров и работающих, тоже в зависимости от соответствующих прошлогодних объемов назначений. Затем эти бюджеты делятся на число обратившихся больных, и получается целевой показатель: как много может быть потрачено на лекарственные средства для одного пенсионера и одного работающего по каждой врачебной специальности. На текущий год целевые показатели для врачей рассчитываются задним числом путем умножения общего числа случаев лечения (пенсионеры и работающие) у каждого врача на целевой показатель по каждой специальности [66].

## Контроль за назначениями и предоставление врачам информации

Врачи, превысившие свой индивидуальный бюджет более чем на 15%, получают в письменной форме рекомендацию критически пересмотреть свою практику назначений. Предел, выше которого предусмотрены выплаты, установлен законом в 125% индивидуального целевого бюджета. От врачей, превысивших бюджет на 25%, требуют, чтобы они оправдали свой перерасход. Если их аргументы не принимаются, они должны вернуть часть средств и обычно выплачивают разницу между суммой своих назначений и 115% бюджета. Эти средства переводятся больничным кассам согласно числу больных, которых лечил данный врач. В Берлине в 2002 г. 4% всех врачей превысили свои целевые бюджеты на 15—25%, а 12% — более чем на 25%. На процедуру взимания выплаты обычно уходят годы. К примеру, в Берлине иски, связанные с назначениями в 1998—1999 г., были завершены лишь в 2003 г. Всего больничными кассами было истребовано назад 2,2 млн. евро в 1998 г. и 2,4 млн. евро в 1999 г., что составило 0,3% общих фармацевтических расходов в Берлине [66].

Помимо угрозы коллективных наказаний (так и нереализованной) и частично реализованной угрозы индивидуальных наказаний за превышение индивидуальных целевых врачебных бюджетов на практику врачебных назначений влияют еще два метода контроля: регулярная проверка эффективности, основанная на среднем количестве назначений одного врача, и рекламации больничных касс отдельным врачам за так называемый «иной ущерб». Число рекламаций сейчас составляет 25 тыс. в год и относится главным образом к несоблюдению фармацевтических постановлений Федеральной комиссии — например, назначение лекарственных средств, исключенных из перечня услуг или не лицензированных для данного показания (применение не по показаниям).

Одновременно с ужесточением контроля врачи стали получать все более подробную информацию о собственных назначениях от своих региональных ассоциаций, больничных касс и через официальные коммерческие компьютерные программы. Вместе с пересмотром целевых объемов была разработана система раннего оповещения, использовавшая репрезентативную выборку аптек каждого региона, так что ассоциации врачей могли прогнозировать объемы назначений определенных групп специалистов и отдельных врачей. Врачи, превышавшие целевой бюджет, в качестве раннего предостережения получали соответствующую информацию. С 2000 г. каждому врачу в системе ГМС сообщали о фактических назначениях в его регионе на основании данных федеральной информационной системы о назначениях в государственном секторе (система GAmSI) [65]. Кроме того, с 2003 г. врачи трижды в месяц получают обзоры общего по региону объема назначений в своей специальности и собственных назначений. В соответствии с полученными данными они могут скорректировать свои будущие назначения. Система GAmSI следит за соблюдением целевых бюджетов. Она основана на показателях, согласованных на федеральном уровне,

и до нынешнего времени сосредоточивалась лишь на сдерживании расходов, а не на качестве, безопасности или равенстве доступа. Целью этой системы не является повышение доли назначений (и объема продаж) непатентованных средств и продуктов параллельного импорта, а также снижение доли сомнительных лекарственных средств и препаратов, копирующих уже существующие. Потребление дорогостоящих лекарственных средств для лечения определенных заболеваний отражено в доле «специальных препаратов».

### **Расходы системы ГМС и порядок назначений лекарственных средств**

Из табл. 25 видно, что показатели, упомянутые выше, а также некоторые другие с 1992 г. заметно изменились. Объем назначений отражает врачебную практику и потребности больных, но цифры товарооборота в системе ГМС, кроме того, говорят об изменениях в типах и стоимости лекарственных средств, доступных в амбулаторном секторе рынка системы ГМС.

Общее число назначений до введения в 1993 г. фармацевтических бюджетов оставалось постоянным и даже росло, но впоследствии явно снизилось. Одна из причин — увеличение объема упаковок, вызванное правилами частичной оплаты (общее количество назначаемых ежедневно доз оставалось постоянным), а другая — снижение в 1992—2002 гг. количества назначений препаратов с сомнительной эффективностью. Врачи явно приспособили свой порядок назначений к новой ситуации с бюджетами, наказаниями, информацией по назначениям и частичной оплатой лекарственных средств больными. Они различали препараты с сомнительной и установленной эффективностью.

В период региональных лимитов на фармацевтические расходы с коллективной ответственностью (1993—1997 гг.) количество назначаемых препаратов снижалось суммарно на 9,8% в год. В следующий период (1998—2001 гг.), когда лимиты расходов было разрешено заменять на целевые бюджеты с индивидуальной ответственностью, количество лекарственных средств с сомнительной эффективностью формально снизилось не так сильно, как в предшествующий период, но скорость, с которой снижалось количество назначений, была даже выше — 10,3% в год. На следующей стадии — регулирование расходов только при помощи целевых бюджетов — число назначений препаратов с сомнительной эффективностью вновь снизилось — в 2002 г. на 7,6% [66].

Результаты политики, направленной против назначения препаратов для лечения «обычных заболеваний» и лекарственных средств сомнительной эффективности, а также расширение перечня неоплачиваемых препаратов, отразились в абсолютном и процентном снижении в 1997—2001 гг. доли безрецептурных лекарственных средств, главным образом благодаря снижению цен — число проданных упаковок все эти годы практически не менялось. В 1987—2001 гг. можно было также наблюдать фактическую ценовую стабильность для безрецептурных средств, прописанных врачом [67],

**Таблица 25. Изменения в практике врачебных назначений в системе ГМС и фармацевтический оборот, приходящийся на систему ГМС, 1992—2003 гг.**

	1992	1994	1996	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Назначения, млн. упаковок	1063	915	939	807	783	749	760	761	749
Установленные суточные дозы, млрд. в год	30	28	29	28	28	28	30	30	31
Стоимость одного назначения, евро	16	17	19	23	24	26	28	30	32
Лекарственные средства сомнительной эффективности, % от всех назначений	36	32	30	26	23	20	19	18	16
Непатентованные средства, в % от возможного числа назначений непатентованных средств	60	61	63	66	68	71	73	75	75
Оборот, млрд. евро	17,1	15,8	17,7	18,2	18,8	19,3	21,3	22,7	24,1
Лекарственные средства с сомнительной эффективностью <sup>а</sup>	28	23	20	15	13	10	9	8	7
Реимпортированные средства <sup>а</sup>	—	—	—	1,8	2,2	3,1	4,8	7,1	—
Лекарственные средства, входящие в систему базовых цен <sup>а</sup>	—	—	—	54	51	50	47	41	34 <sup>б</sup>
Непатентованные средства <sup>а</sup>	29	32	32	31	31	32	30	30	30,3
— в % от возможного оборота непатентованных средств	44	48	51	56	59	64	66	68	68
Фирменные препараты, у которых закончилось действие патента <sup>а</sup>	62	66	49	41	40	36	31	32	31
Патентованные средства (группы А, В и С) <sup>а</sup>	9	12	19	28	29	32	39	38	39
Копирующие уже существующие (группа С) <sup>а</sup>	6	8	10	15	16	17	19	20	19
Терапевтически значимые (группа В) <sup>а</sup>	1	1	4	5	6	7	11	8	9
Действительно новые (группа А) <sup>а</sup>	2	3	5	8	7	8	9	10	11
«Специальные препараты» <sup>а</sup>	—	3	8	12	13	15	15	17	18

Источники: Nink & Schrlender, 2004 [64]; Schwabe, 2004 [69]; (а) данные Ассоциации исследовательских фармацевтических компаний, 2003 [63].

Примечания: <sup>а</sup> в % от оборота на фармацевтическом рынке системы ГМС (исключая пренебрежимо малый оборот ручных форм); <sup>б</sup> данные за июль 2003 г.

хотя другие данные говорят о снижении в абсолютных величинах с 4 до 3 млрд. евро [63].

Изменения в практике врачебных назначений — снижение доли препаратов с сомнительной эффективностью — также значительно повлияли на расходы системы ГМС. Кроме того, заметно, что врачи все охотнее прописывают непатентованные средства: в 2003 г. их назначение составило 75% от теоретически возможного объема (табл. 25) — один из самых высоких пока-

зателей в странах ЕС и ОЭСР. Стремление прописывать больше непатентованных средств отражается также в росте их товарооборота в процентах от теоретически возможного (табл. 25). Благодаря выпуску новых продуктов область, где непатентованные средства могут конкурировать с патентованными, сузилась, так что непатентованные средства продолжали составлять примерно 30% товарооборота, а в последние годы — даже меньше (табл. 25).

Представленные результаты говорят о том, что введение в 1993 г. фармацевтических бюджетов уредило назначение препаратов с сомнительной эффективностью и до 2001 г. стимулировало практику замены на непатентованные средств (что после официальной отмены лимитов на расходы сошло на нет). Сэкономленные средства пошли на замещение старых лекарственных средств новыми патентованными: действительно новыми веществами (группа А), другими терапевтически значимыми препаратами (группа Б) и лекарственными средствами, копирующими уже существующие препараты и не обладающими (или почти не обладающими) дополнительной лечебной ценностью (группа В). Однако сдвиг в сторону патентованных средств сопровождался ростом фармацевтических расходов. Стоимость одного назначения удвоилась и составила 32 евро. Рост оборота патентованных средств превысил рост оборота непатентованных или экономию, связанную с отказом от спорных лекарственных средств и заменой фирменных препаратов с истекшим сроком патента на аналогичные непатентованные. Оборот продуктов из группы В превысил оборот продуктов из групп А и Б, исключая 2000 и 2002 гг. (табл. 25).

Несмотря на то что порядок назначений стал гораздо более разумным и рентабельным, в 2002 г. имеющиеся резервы эффективности оценивались как 4,1 млрд. евро, что составляет 18% общих расходов системы ГМС на готовые лекарственные формы; из них 1,1 млрд. евро приходилось на отказ от сомнительных препаратов или на замену их другими лекарственными средствами, 1,6 млрд. евро — на замену патентованных средств аналогичными по действию более дешевыми фирменными или непатентованными средствами (группа В) и 1,4 млрд. евро — на назначение непатентованных средств [68]. Примерно столько же, по расчетам Федеральной ассоциации врачей системы ГМС, требуется, чтобы ликвидировать существующую нехватку лекарственных средств для лечения некоторых хронических и редких заболеваний.

## Медицинские технологии

В прошлом регулирование и контроль медицинских технологий в Германии не относились к важнейшим вопросам. Хотя немецкие законы, особенно касающиеся лицензирования лекарственных средств (см. раздел «Лекарственные средства») и медицинских приборов, соответствуют международным стандартам, другим технологиям достаточного внимания не уделяется. Поскольку регулирование медицинских технологий в Германии определяется структурой и организацией здравоохранения, при анализе существую-



щего положения следует учитывать сектор здравоохранения, тип технологии и жесткость регулирования. Краткое изложение основных вопросов следует ниже, хотя определенные аспекты рассматриваются и в других разделах (особенно это касается лекарственных средств).

### **Регистрация (лицензирование) медицинской техники**

С 1 января 1995 г. действует Закон о медицинской технике, который перевел соответствующие директивы ЕС на язык немецкого законодательства. Согласно директивам ЕС 90/385 (активные имплантируемые приборы, например кардиостимуляторы) и 93/42 (прочие медицинские приборы и системы для диагностики *in vitro*), техника, поступающая на немецкий рынок, должна удовлетворять требованиям Закона о медицинской технике. Медицинские продукты и приборы, в отличие от лекарственных средств, определяются как инструменты, устройства, материалы и другие продукты, главное действие которых не является фармакологическим, иммунологическим или метаболическим. Лицензированием медицинской техники занимаются специальные учреждения, которые должны быть аккредитованы при федеральном Министерстве здравоохранения. Основные критерии допуска на рынок — безопасность и техническая пригодность. Чтобы попасть на рынок, медицинская техника, в отличие от лекарственных средств, необязательно должна давать дополнительный выигрыш в здоровье. Медицинская техника, выпущенная на рынок в Германии, проверяется на безопасность и соответствие заявлениям производителя с технической точки зрения [70].

Согласно директиве ЕС 93/42, медицинская техника делится на четыре категории; при этом учитывается риск, связанный с применением техники, степень ее инвазивности и продолжительность контакта с телом. Категория определяет тип оценки, которую должен провести производитель, чтобы показать соответствие требованиям директивы. Решения по оплате медицинской техники, способам контроля за ее распространением и применением зависят от того, пользуются ли больные прибором самостоятельно («медицинские приспособления») или в ходе терапевтических либо хирургических процедур в амбулатории или стационаре.

### **Оплата медицинских приспособлений в системе ГМС**

Медицинские приспособления — это техника, которой больные пользуются самостоятельно: протезы, очки, слуховые аппараты, инвалидные кресла, респираторы. Как и в случае услуг работников смежных с медициной областей, застрахованные имеют право на медицинские приспособления, если те прямо не исключены из списка страховых услуг, который выпускает соответствующее министерство. Федеральное Министерство труда и социальной защиты (в то время курировавшее систему ГМС) исключило из оплаты неэффективные, сомнительные или дешевые приспособления (например, бандажи для запястья). Правила оплаты остальных приспособлений сложны и будут описаны только в самых общих чертах. Федеральные ассоциации



больничных касс публикуют каталог медицинских приспособлений, содержащий:

- перечень тех, кто имеет право на оплату медицинских приспособлений в рамках государственного страхования;
- алфавитный перечень всех медицинских приспособлений;
- перечень медицинских приспособлений, которые согласно решению федеральных ассоциаций больничных касс оплачиваются системой ГМС.

С 2004 г. федеральные ассоциации отвечают также за отбор тех видов медицинских приспособлений и протезов, которые охватываются системой базовых цен, и устанавливают предельные цены. До конца 2004 г. в каждой федеральной земле базовые цены устанавливали самостоятельно. Как и при оплате лекарственных средств, больничные кассы оплачивают стоимость медицинских приспособлений в размере базовой цены данного типа приспособлений. Как и в случае с лекарственными средствами, врачи обязаны сообщать больным, что им придется оплатить разницу между стоимостью покупки и базовой ценой данного типа приспособлений или протезов.

Распространение и применение медицинских приспособлений и протезов регулируется Общей федеральной комиссией. Согласно ее предписаниям, врач назначает медицинские приспособления лишь в следующих случаях: чтобы гарантировать успех лечения, предотвратить возможный ущерб для здоровья, предотвратить опасность для здоровья ребенка, устранить либо снизить риск длительного лечения.

## **Дорогостоящая медицинская техника**

Разработку положений, касающихся распространения дорогостоящей медицинской техники и ее распределения между системами амбулаторной и стационарной помощи, называют «бесконечной историей». Это мнение — следствие многочисленных попыток корпоративных и законодательных органов упорядочить применение дорогостоящей техники в обстановке роста расходов и появления новых видов приборов (например, приборов для дистанционной литотрипсии). До 1982 г., когда был принят Закон о сдерживании больничных расходов, приобретение дорогостоящей медицинской техники никак не регулировалось. Закон обязал учитывать ее в больничных планах. Если техника там не упомянута, она не может учитываться при расчете суточных больничных тарифов, а значит, не будет оплачена. Напротив, в амбулаторном секторе для оплаты было достаточно уведомить о покупке соответствующую врачебную ассоциацию. Эта неравная ситуация сохранялась практически неизменной до принятия в 1989 г. Закона о реформе здравоохранения.

В 1989—1997 гг. для застрахованных в системе ГМС распределение дорогостоящего медицинского оборудования по регионам контролировалось межотраслевыми комиссиями в федеральных землях, куда входили представители больниц, ассоциаций врачей, больничных касс и правительства, которые оговаривали все стороны совместного применения техники третьими лицами, условия предоставления услуг, учитывали плотность и структуру

населения, а также определяли необходимую для работы с данной техникой квалификацию. После принятия в 1993 г. Закона о структуре здравоохранения министр здравоохранения мог решать, какую технику считать дорогостоящей (§ 122 пятой книги социального кодекса), но не делал этого — комиссии решали это сами. До 30 июня 1997 г. под это определение почти во всех землях подпадало следующее: приборы для катетеризации левых отделов сердца, оборудование для КТ, МРТ, позитронно-эмиссионной томографии, линейные ускорители, аппараты для облучения кобальтом-60, высоковольтное лечебное оборудование и приборы для литотрипсии. С июля 1997 г. Второй закон о реструктуризации системы ГМС упразднил комиссии; таким образом, гарантировать рентабельное использование дорогостоящего оборудования должны теперь самоуправляющиеся организации системы ГМС через оплату. На деле количество дорогостоящих приборов резко увеличилось (по крайней мере, в стационарной помощи, для которой есть данные), поскольку была упразднена существовавшая ранее процедура планирования.

Из табл. 26 виден рост количества дорогостоящих диагностических и лечебных приборов после отмены межотраслевого планирования высоких технологий. Такое оборудование все чаще применяется не только в стационарной, но и в амбулаторной помощи, что отражает численность специали-

**Таблица 26. Обеспеченность высокотехнологичной медицинской аппаратурой, единиц на миллион населения, 1992—2001 гг.**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>КТ</b>	10,4	12,9	14,7	15,6	16,4	17,1	—	—	—	—
Амбулаторная помощь	3,7	4,7	6,1	6,7	6,9	7,5	—	—	—	—
Стационарная помощь	7,3	8,2	8,6	9	9,5	10	11	11,7	12,7	13,3
<b>МРТ</b>	2,6	3,6	4,1	4,8	5,7	6,2	—	—	—	—
Амбулаторная помощь	1,4	2,2	2,3	2,6	2,9	3	—	—	—	—
Стационарная помощь	1,2	1,4	1,8	2,3	2,8	3,2	3,7	4,4	4,9	5,5
<b>Позитронно-эмиссионная томография</b>	0,07	0,12	0,16	0,21	0,26	0,3	—	—	—	—
Амбулаторная помощь	—	—	—	0,01	—	0,04	—	—	—	—
Стационарная помощь	—	—	—	0,2	—	0,28	0,44	0,46	—	—
<b>Установки для коронарной ангиографии</b>	3,1	3,4	3,8	4,1	4,4	4,7	—	—	—	—
Амбулаторная помощь	—	—	—	0,4	—	0,6	—	—	—	—
Стационарная помощь	—	—	—	3,8	—	4,1	5,4	5,1	—	—
<b>Оборудование для литотрипсии (стационарная помощь)</b>	1,6	1,7	1,8	1,9	2	2,2	2,5	2,8	3	3,3

Источники: данные ОЭСР по здравоохранению 2004 [2].; Федеральное статистическое управление, 2002 г. [11].

стов в частной амбулаторной хирургии: их капиталовложения в технологию амортизируются больничными кассами и частными страховыми компаниями либо потребителями через оплату текущих услуг. В начале 1990-х гг. количество установок для МРТ на миллион населения в амбулаторном секторе было даже выше, чем в стационарном.

## **Амбулаторное обслуживание**

Доступ к медицинским технологиям в амбулаторном секторе регулируется на федеральном уровне объединенными комиссиями врачей системы ГМС и больничных касс. С 2004 г. этим занимается Общая федеральная комиссия и созданная при ней Комиссия по амбулаторной помощи (см. раздел «Планирование, регулирование и управление»). Одна из входящих в нее подкомиссий занимается оценкой подлежащих оплате медицинских технологий. Ранее этим ведал Рабочий комитет по новым диагностическим и лечебным процедурам при Федеральной комиссии, принимавший решения об эффективности новых технологий. С 1 июля 1997 г. в его обязанности входила также оценка технологий, уже включенных в систему ГМС в амбулаторном секторе. До 1997 г. Рабочий комитет пользовался набором критериев, разработанных Федеральной комиссией врачей и больничных касс. Новые технологии можно было предлагать, только если они представлялись «необходимыми» с точки зрения врача, а для их оценки имелось достаточно данных. Вносить предложения могли только региональные врачебные ассоциации, Федеральная ассоциация врачей системы ГМС и федеральные ассоциации больничных касс.

Чтобы технология была одобрена, требовалось по крайней мере одно рандомизированное контролируемое исследование, исследование «случай—контроль», когортное исследование или два исследования следующих типов: временные ряды сравнения, неконтролируемые клинические испытания, исследования, демонстрирующие изменение значимых физиологических параметров или заключения экспертов на основании экспериментальных данных. Система была подвержена влиянию различных факторов, не столько научных данных, сколько интересов и мнений отдельных сторон. После распространения полномочий комитета на оценку уже действующих технологий и критики существующей процедуры оценки, в октябре 1997 г. были разработаны новые положения. В 2004 г. они переработаны и относятся теперь не только к врачебной помощи, но и к услугам психологов-психотерапевтов, а кроме того, содержат следующие критерии оценки: польза от технологии, необходимость с медицинской точки зрения и рентабельность. Кроме того, подкомиссия по медицинским процедурам при Общей федеральной комиссии теперь отбирает среди технологий, подлежащих оценке, приоритетные. О результатах отбора объявляется публично; медицинские ассоциации и, в некоторых случаях, отдельные эксперты приглашаются представлять на рассмотрение данные, касающиеся трех упомянутых критериев. Затем подкомиссия анализирует данные, представленные в заявке, данные от медицинских ассоциаций и экспертов, а также результаты собст-

венного поиска в литературе. Данные по лечебным процедурам классифицируются согласно международным принципам клинических испытаний:

- I — рандомизированные контролируемые испытания;
- IIa — другие проспективные исследования;
- IIб — когортные исследования или исследования «случай—контроль»;
- IIв — временные или географические сравнения;
- III — другие исследования и мнения специалистов.

Данные по диагностическим процедурам делятся на четыре категории:

- Ia — исследования, демонстрирующие улучшения в результатах лечения;
- Iб — контролируемые испытания в обычных условиях, позволяющие оценить чувствительность, специфичность и предсказательную ценность метода;
- II — другие исследования, позволяющие оценить, по крайней мере, чувствительность и специфичность;
- III — другие исследования и мнения специалистов.

Для процедур обоих классов необходимо по крайней мере одно исследование категории I. Однако (не вполне логично) для существующих технологий при отсутствии исследований I категории принимаются исследования более низкого уровня.

Опираясь хотя бы отчасти на научную оценку данных, подкомиссия по медицинским процедурам рекомендует, включать или не включать данную технологию в набор услуг системы ГМС. Возможен промежуточный вариант, примером может послужить решение, принятое в 2001 г. в отношении иглоукалывания. Данные по эффективности и безопасности метода были сочтены недостаточными, чтобы включить иглоукалывание в систему ГМС, однако была рекомендована комплексная оценка этих параметров в отношении лечения хронической боли в пояснице, хронической головной боли и артроза крупных суставов с болевым синдромом. Хотя система ГМС и не финансирует исследования по клинической эффективности, многие больничные кассы начали три крупные экспериментальные программы, посвященные иглоукалыванию, чтобы на непрерывной основе оценивать три данных показания.

После того как та или иная технология включена в перечень услуг амбулаторной помощи, оценочная комиссия на федеральном уровне определяет порядок ее оплаты и соответствующие требования к врачам. Эта комиссия состоит из представителей ассоциаций больничных касс и Федеральной ассоциации врачей системы ГМС. Она должна включить технологию в единую шкалу стоимости услуг. Другая важная задача комиссии — дать точное определение технологии и перечислить показания для ее применения. Сейчас, однако, лишь для малой части всех процедур в единой шкале стоимости услуг выработаны четкие показания. Комиссия определяет также условия, дающие право врачам претендовать на возмещение затрат, — квалификация специалиста, технические стандарты безопасности, целевые группы больных, частота применения и требования к документации.

Если есть данные об избыточном или о недостаточном применении технологии, она может быть оценена заново; стоимость услуги при этом может быть снижена, чтобы скорректировать интенсивность ее использования.

В оценочной комиссии могут возникать затруднения, связанные с конфликтом финансовых интересов и распределением технологий внутри секторов. Система распределения средств во врачебных ассоциациях отчасти привела к незапланированным Федеральной комиссией исходам.

## Стационарное обслуживание

До недавнего времени каждая больница самостоятельно внедряла новые процедуры и технологии, договариваясь с больничными кассами о размере бюджета или подавая правительствам федеральных земель заявки на капиталовложения. В 2000 г. одной из обязанностей только что созданной комиссии по стационарной помощи стала оценка медицинских технологий для больниц с последующим принятием решений по их финансированию. В отличие от подобной процедуры в амбулаторном секторе, где технологии могут быть включены в набор услуг либо исключены из него, здесь решения принимаются только об исключении. До 2004 г. таких решений было всего несколько — главным образом они касались редких услуг. С 2004 г. этим ведает комиссия по стационарной помощи при Общей федеральной комиссии. Введение клиничко-затратных групп как действующей системы оплаты требует разработки положительного определения оплачиваемых услуг. Пока новые технологии не включены особой статьей в систему клиничко-затратных групп, они продолжают оплачиваться по результатам переговоров между отдельными больницами и больничными кассами. Очевидно, что необходимость тщательной и быстрой оценки медицинских технологий, особенно новых и дорогостоящих, значительно возрастет. Закон о модернизации системы ГМС оговаривает, что соответствующие данные будет предоставлять Институт качества и эффективности по запросу Общей федеральной комиссии или федерального Министерства здравоохранения.

## Обсуждение

До сих пор в разных секторах немецкого здравоохранения подход к оплате медицинских технологий, а также к механизмам их распространения и применения различен. Амбулаторный сектор по-прежнему регулируется жестче, чем стационарный. Услуги работников смежных с медициной областей (например, физиотерапия) исключены правительством из оплаты либо оплачиваются с помощью коллективных контрактов.

Федеральное Министерство здравоохранения финансировало проект, стимулировавший принятие решений по оценке медицинских технологий в Германии на федеральном и корпоративном уровнях. Результатом его стал ряд отчетов Германской научной рабочей группы по оценке технологий для здравоохранения. Закон о реформе системы ГМС от 2000 г. обязал Германский институт медицинской документации и информации (DIMDI) создать базу данных по результатам оценки медицинских технологий и поддерживать соответствующую деятельность Федеральной комиссии и других участников.

Основание в 2004 г. Института качества и эффективности является еще одним шагом к своевременному и координированному применению оценки медицинских технологий и принципов доказательной медицины. Институт должен подготавливать оценку медицинских технологий и рекомендовать их включение в набор услуг ГМС, но не может принимать решения. Этим занимается пленарная группа Общей федеральной комиссии или одна из пяти ее подкомиссий (см. раздел «Планирование, регулирование и управление»). Институт может поручать оценку технологий Германскому институту документации и информации, но это необязательно.

# Распределение средств

## Бюджет здравоохранения и распределение средств

**Н**емецкая система финансирования здравоохранения характеризуется следующим: средства поступают из нескольких источников; распределяются децентрализованно через заключение договоров; существует сложная система финансовых стимулов, ориентированная на результат и различная для стационарного и амбулаторного секторов. Общая схема финансовых потоков представлена на рис. 15; описание большинства из них было представлено в предыдущих разделах. Основные источники финансирования приведены в табл. 9 и рассмотрены в разделе «Финансирование и затраты». Сбор средств и перераспределение их между больничными кассами обсуждаются в разделе «Основные источники финансирования». Например, в 2003 г. между больничными кассами перераспределялось 10,9% доходов системы ГМС (табл. 11). Порядок разработки бюджета системы ГМС будет подробнее рассмотрен ниже (табл. 27); принципы распределения средств между секторами обсуждались в разделе «Затраты на здравоохранение» (табл. 16). Оплата лекарственных средств и медицинских приспособлений охарактеризована в соответствующих частях раздела «Медицинское обслуживание». Ниже мы рассмотрим последний вопрос, касающийся финансирования, — каким образом покупаются медицинские услуги и каковы способы оплаты этих услуг.

Единого бюджета здравоохранения в Германии не существует. Ограниченные государственные средства поступают из нескольких министерств. Так же обстоит дело в 16 федеральных землях. Больничные кассы (которых сейчас насчитывается 292) сами распоряжаются своими бюджетами, часть средств поступает из других видов социального страхования, оплаты медицинских услуг частными страховыми компаниями и т. д. Все бюджеты, складывающиеся из налогов, как на федеральном уровне, так и в отдельных землях принимаются законодательными органами на основании предложений, внесенных правительствами. На федеральном уровне здравоохранение финансируется из бюджетов министерств здравоохранения, обороны (военнослужащие), внутренних дел (полиция и государственные служащие),

**Таблица 27. Сдерживание расходов посредством бюджетов и лимитов на расходы, 1989—2005 гг.**

Годы	Амбулаторная помощь	Больницы	Лекарственные средства
1989—1992	региональные договорные твердые бюджеты	договорные целевые бюджеты на уровне отдельных больниц	нет бюджетов и лимитов на расходы
1993	региональные устанавливаемые сверху твердые бюджеты	устанавливаемые сверху твердые бюджеты на уровне отдельных больниц	устанавливаемый государством общенациональный лимит на расходы
1994			договорные лимиты на расходы на региональном уровне
1995			
1996	региональные договорные твердые бюджеты	договорные целевые бюджеты на уровне отдельных больниц	договорные целевые бюджеты для отдельных практик
1997			
1998	(целевые бюджеты для отдельных практик) <sup>a</sup>		
1999	региональные договорные твердые бюджеты с установленным пределом	договорные целевые бюджеты на уровне отдельных больниц с установленным пределом	устанавливаемые сверху региональные лимиты на расходы
2000			региональные договорные лимиты на расходы <sup>b</sup>
2001			договорные целевые бюджеты для отдельных практик на региональном уровне
2002			
2003	региональные устанавливаемые сверху твердые бюджеты	устанавливаемые сверху целевые бюджеты на уровне отдельных больниц <sup>a</sup>	
2004	региональные договорные твердые бюджеты с установленным пределом	договорные целевые бюджеты на уровне отдельных больниц с установленным пределом	
2005			

Примечания: чем темнее фон, тем более жестко регулируется сектор;

<sup>a</sup> закон принят, но не проведен в жизнь (сохранено положение 1997 г.);

<sup>b</sup> благодаря тому что в январе 2001 г. министерство отменило лимиты на расходы, в 2001 г. их не было;

<sup>a</sup> исключая больницы, которые уже ввели клинично-затратные группы на добровольной основе.

образования и науки. На уровне земель средства поступают главным образом из бюджетов министерств здравоохранения и науки; министерства внутренних дел частично финансируют неотложную помощь. Например, министерства, ведающие здравоохранением, финансируют больничные ка-



питаловложения (порядок финансирования может сильно различаться в разных землях, см. ниже), а также службы общественного здравоохранения. Министерства науки финансируют капиталовложения, научную работу, обучение врачей и стоматологов в университетских клиниках (см. раздел «Налоги»).

У больничных касс нет твердых заранее установленных бюджетов: они должны покрывать все расходы своих клиентов. Они не должны испытывать дефицит и, как правило, не финансируются из налогов (исключая небольшие субсидии для престарелых сельскохозяйственных работников и деятелей культуры и субсидирование т. н. «нестраховых» услуг, например ведения беременности, с 2004 г.). Больничные кассы несут полную финансовую ответственность. Если расходы за текущий год превысили доходы, по закону кассы обязаны увеличить страховой взнос — решение, которое они могут принимать самостоятельно (см. раздел «Основные источники финансирования»). Только если больничная касса сталкивается с тяжелыми финансовыми затруднениями, которые угрожают ее существованию, соответствующая ассоциация больничных касс обязана оказать ей финансовую помощь.

Как упоминалось в разделе «Историческая справка», основная цель политики здравоохранения — сдерживать расходы больничных касс, т. е. поддерживать их на уровне, соответствующем уровню доходов населения (или, точнее, уравнивать темпы роста расходов больничных касс и доходов населения, чтобы сохранять размер страховых взносов). Для этого в конце 1980-х гг. были введены секторальные бюджеты или лимиты расходов (табл. 27).

В распределении средств важными являются следующие положения.

- Все «бюджеты» системы ГМС касаются поставщиков услуг, а не покупателей. Некоторые бюджеты по сути ограничивают также расходы больничных касс (например, региональным ассоциациям врачей за амбулаторную помощь платят по числу больных), а другие на это просто не рассчитаны (например, расходы больниц или предел расходов на лекарственные средства распределяются между кассами согласно реальному потреблению услуг их клиентами). А если учитывать также и тех, кто не охвачен системой ГМС, то становится ясно, что бюджеты поставщиков медицинских услуг не являются бюджетами в строгом смысле этого слова.
- «Бюджеты» рассчитываются по прошлым расходам, а не на основании потребности в услугах. Чтобы ограничить расходы, закон устанавливает предел их роста, или же бюджеты и предельный уровень расходов основываются на фактических расходах за предыдущий год (часто за год, предшествующий принятию бюджета, чтобы избежать изменений после вынесения или принятия постановления). В любом случае региональные различия в расходах не исчезли. Обсуждаются в основном лимиты на фармацевтические расходы.
- Ведущей формой покупки услуг в амбулаторном секторе и в сфере длительного медицинского ухода в системе ГМС остается заключение коллективных контрактов. В 2003 г. правительство собиралось ввести ин-

дивидуальные контракты для всех амбулаторных специалистов, но оппозиция и профессиональные организации врачей выступили против этого. Закон о модернизации системы ГМС дал больничным кассам возможность выборочно заключать контракты с отдельными семейными врачами, а также в рамках моделей комплексной медицинской помощи.

## Финансирование больниц

В 1993 г. и — еще более резко — в 2004 г. в немецких больницах начались крупные перемены: были введены жесткие бюджеты, возможность убытков и прибыли, появилась система предварительной оплаты, расширились возможности амбулаторного обслуживания в больницах. С января 2004 г. единственной системой финансирования текущих расходов больниц стал немецкий вариант австралийской системы клинико-затратных групп (исключая психиатрическую помощь и некоторые, особо оговоренные услуги). Он заменил смешанную систему оплаты по числу койко-дней, по числу госпитализаций (главным образом это касается плановых операций) и оплаты дорогих процедур, существовавшую в 1993—2003 гг.

## Инвестиции и планирование

Больницы, с момента принятия Закона о финансировании больниц (1972 г.), получают средства из двух разных источников: «двойное финансирование» означает, что капиталовложения осуществляют федеральные земли, а текущие расходы оплачивают больничные кассы (и частные страховые компании). Чтобы получить средства на оплату капиталовложений, больницы должны значиться в больничных планах, разрабатываемых федеральными землями. В этих планах указываются также необходимые врачебные специальности и даже число коек каждого профиля для каждой больницы. Число больниц и число коек согласовывает трехсторонняя комиссия, в которую входят представители земельного правительства, больниц и больничных касс. Больничные кассы обязаны заключать контракты с каждой больницей, представленной в больничном плане. Как правило, больничные кассы оплачивают лишь краткосрочные услуги больниц, включенных в больничные планы, и университетских клиник. Включение в больничный план означает право на оплату расходов, хотя и не всех, больничной кассой.

Капиталовложения финансируются из налогов и, таким образом, не входят в систему возмещения затрат. Долгосрочные капиталовложения требуют индивидуальных субсидий; таким образом финансируются строительство больниц и первоначальные закупки либо замена оборудования. Согласно Закону о финансировании больниц больница имеет право на субсидию, только если значится в больничном плане своей федеральной земли. В этом случае больница, с одной стороны, имеет право на твердую субсидию для краткосрочных активов (от 3 до 15 лет), а с другой, больничные кассы долж-

ны оплачивать ее услуги. Стоит отметить, что включение в план не означает гарантированного финансирования конкретных капиталовложений. Это зависит еще от бюджетной ситуации в соответствующем министерстве и от решений политиков.

Если больница не значится в плане, возможность заключать контракты с больничными кассами у нее остается, но получить финансирование от земель она уже не может. Больницы, субсидируемые государством лишь частично, в редких, особо оговоренных случаях могут покрыть расходы на капиталовложения через средства больничных касс [25].

Доля государственного финансирования больниц постоянно снижается от 0,24% ВВП в 1992 г. до 0,15% в 2002 г., причем примерно две трети приходится на западную часть страны и одна треть — на восточную. На западе больницы получили около 0,19% от ВВП западной части страны в 1991 г. и 0,12% — в 2002 г. Больницы на востоке страны получили больше средств по отношению к восточному ВВП (0,9% и 0,39%) благодаря более крупным субсидиям от федерального правительства на развитие материальной базы больниц, полученным согласно договору о воссоединении (см. раздел «Историческая справка»).

Подход к разработке больничных планов, формированию коечного фонда и инвестициям в разных землях очень разный (табл. 28). Берлин в 1991—2001 гг. снизил свой коечный фонд, самый высокий в пересчете на душу населения, более чем на 40%; земля Мекленбург-Передняя Померания сократила коечный фонд с показателя, слегка превышающего средний, до величины значительно ниже среднего показателя. С другой стороны, Бавария, сократившая коечный фонд лишь немного, в 1991 г. имела показатель заметно ниже среднего, а в 2001 г. — чуть выше него, а число коек на душу населения в Бремене и Гамбурге по-прежнему гораздо выше среднего.

В международной статистике «профилактические и реабилитационные учреждения» часто включаются в данные по больницам. Однако эти учреждения не вносятся в больничные планы и не получают средства от федеральных земель, они должны полагаться лишь на оплату своих расходов согласно заключенным контрактам (одинарное финансирование).

## **Текущие расходы и меры по сдерживанию затрат**

Больничные кассы оплачивают текущие расходы, включая товары медицинского назначения и все затраты на содержание персонала — врачи в больнице получают оклад. Кассы оплачивают также замену оборудования со средним сроком службы до трех лет и эксплуатационные расходы, если речь не идет о полной или значительной замене частей зданий, основного и вспомогательного оборудования или дополнительных мощностей. Для покрытия текущих расходов каждая больница обычно согласовывает с ассоциациями или представителями больничных касс федеральной земли бюджет на будущий календарный год. Руководители больничных отделений обычно имеют право взимать с частных больных плату сверх больничных расценок. Такие больные должны платить 10 евро в сутки в течение макси-

**Таблица 28.** Число коек в больницах Германии и федеральных земель, 1991—2001 гг., и капиталовложения в больничный сектор, 2001 г.

Федеральная земля	Коечный фонд в обычных и психиатрических больницах на 1000 населения (по отношению к среднему для всей страны)		Изменение 1991—2001	Капиталовложения, евро на одну койку 2001
	1991	2001		
Бавария	7,63 (0,92)	6,74 (1,01)	-11,7%	7688
Баден-Вюртемберг	6,97 (0,84)	6,04 (0,9)	-13,3%	5296
Берлин	11,57 (1,39)	6,68 (1)	-42,3%	7737
Бранденбург	8,95 (1,08)	6,22 (0,93)	-30,5%	10 239
Бремен	10,66 (1,28)	9,17 (1,37)	-14,0%	4628
Гамбург	9,16 (1,1)	7,38 (1,1)	-19,4%	7933
Гессен	7,53 (0,91)	6,34 (0,95)	-15,8%	5265
Мекленбург-Передняя Померания	8,39 (1,01)	6,33 (0,94)	-24,6%	11 301
Нижняя Саксония	7,51 (0,9)	6,02 (0,9)	-19,8%	4793
Рейнланд-Пфальц	7,65 (0,92)	6,56 (0,98)	-14,2%	5416
Саар	8,80 (1,06)	7,07 (1,06)	-19,7%	5716
Саксония	9,06 (1,09)	6,76 (1,01)	-25,4%	10 085
Саксония-Анхальт	8,98 (1,08)	7,02 (1,05)	-21,8%	10 512
Северный Рейн-Вестфалия	9,19 (1,1)	7,47 (1,11)	-18,7%	3444
Тюрингия	8,79 (1,06)	7,15 (1,07)	-18,7%	10 988
Шлезвиг-Гольштейн	6,90 (0,83)	5,87 (0,85)	-14,9%	4693
Германия в целом	8,32 (1)	6,70 (1)	-19,5%	6130

Источники: Федеральное статистическое управление, 2003 [52]; последний столбец — Ассоциация германских больниц, 2004 [71].

мум 28 дней — эти деньги идут в основном на покрытие части услуг, связанных с проживанием и питанием.

До 1992 г. существовал «принцип полной оплаты расходов»: сколько бы больницы ни потратили, средства должны были быть им возмещены. Фактическая оплата производилась на основе суточной ставки пребывания в больнице, которую федеральные земли рассчитывали для каждой больницы отдельно. Внутри каждой больницы все суточные ставки были равными. До 1992 г. основной юридической базой в стационарном секторе оставался первоначальный Закон о финансировании больниц, федеральная политика по сдерживанию затрат на него практически не влияла. Отчасти это было обусловлено влиянием федеральных земель, от которых требовалось согласие на все решения, касающиеся больниц. Таким образом, в поправки к Закону

о сдерживании затрат в системе медицинского страхования от 1981 г. были внесены лишь незначительные коррективы, касающиеся стационарного обслуживания, — было ограничено пребывание в больнице после родов до шести суток (кроме случаев необходимости по медицинским показаниям) и вменено в обязанность больницам согласовывать закупки «крупного (дорогостоящего) медицинского оборудования» с врачами, ведущими амбулаторный прием (см. раздел «Медицинские технологии»). Закон о реструктуризации больниц, принятый в 1984 г., ввел договорные суточные ставки пребывания в больнице, основанные на ожидаемых затратах. Оплата перерасхода официально была ограничена, но на деле полностью компенсировалась больницам, для чего корректировалась величина суточной ставки. Кроме того, закон дал возможность включать в величину суточной ставки капитальные затраты, если капиталовложения в средней или долгосрочной перспективе могут снизить текущие расходы. С этого времени «двойное финансирование» означало также «двойное планирование»: число больниц и конечный фонд планируются на уровне федеральных земель, а численность персонала и число койко-дней устанавливаются одновременно с величиной суточной ставки пребывания в больнице в процессе переговоров больниц с больничными кассами.

Со времени Закона о реформе здравоохранения (1989 г.) больницы и ассоциации больничных касс обязаны заключать контракты по обеспечению качества. Кроме того, больничные кассы добились права заключать контракты с больницами, которых нет в больничных планах, и разрывать контракт с больницей. Последний процесс, однако, непросто (а потому редко) — вначале на это должны согласиться все больничные кассы, а затем требуется одобрение правительства федеральной земли.

С принятием Закона о структуре здравоохранения (1993 г.) меры по сдерживанию расходов впервые коснулись стационарного сектора. Реформа стала возможной после того, как на нее согласилась социал-демократическая партия, в Бундестаге составлявшая оппозицию, но являвшаяся правящей в большинстве федеральных земель. Стационарного сектора коснулись несколько новых положений. Прежде всего рост расходов больничных касс на стационарное лечение в 1993—1995 гг. был увязан с ростом доходов, с которых взимаются страховые взносы. При этом был отменен принцип полной оплаты расходов, так что отныне больницы могли как получать прибыли, так и терпеть убытки; для каждой больницы был разработан твердый бюджет (о бюджетах ниже). Скорость роста бюджетов предварительно рассчитало федеральное Министерство здравоохранения; впоследствии она должна была корректироваться с учетом реальной скорости роста. Однако в законе были предусмотрены некоторые исключения, позволявшие повышать скорость роста бюджета, — это привело к увеличению расходов, намного превышавшему запланированный. Кроме того, были введены нормативы времени по уходу за больными (см. раздел «Медицинские кадры и обучение»). Поскольку предполагалось, что в результате этого нововведения число медицинских сестер в больницах возрастет, в бюджете были отведены на это средства. Больницам было позволено предлагать услуги однодневной хи-

рургии и пребывание в стационаре в течение нескольких дней до и после стационарного лечения (см. раздел «Медицинское обслуживание»). Однако вначале больницам не было особой выгоды предлагать эти услуги, поскольку их оплата включалась в бюджеты.

Из-за темпов роста больничных расходов, до 1998 г. превышавших средний уровень, этот сектор долгое время вызывал озабоченность у политиков. Расходы на одно койко-место и на один койко-день продолжали расти, но расходы на одну госпитализацию в конце 1990-х гг. снизились, что говорит о вероятном росте технической эффективности (табл. 29). Соотношение показателей стационарного лечения на востоке и западе страны в табл. 18 и 19 — еще одно свидетельство того, что здравоохранение восточной части Германии быстро сравнялось с западным. В последние годы расходы больниц практически не растут благодаря введению верхнего предела целевых бюджетов. В 2003 г. бюджеты даже заморозили на уровне 2002 г., исключая больницы, которые уже в 2003 г. ввели оплату по клинико-затратным группам, и отчасти те, что ввели оплату рабочего времени согласно решениям Европейского суда и соответствующим немецким законам, касающимся дежурства по вызову для медицинского персонала.

## Разнообразие методов оплаты

С 1993 г. больничная помощь оплачивается через двухступенчатую систему суточных тарифов пребывания в больнице: первый компонент — своя для каждой больницы основная суточная ставка, покрывающая расходы немедицинского характера, и своя для каждого отделения ставка, покрывающая медицинские расходы (уход, лекарственные средства и процедуры). Второй компонент стал обязательным с 1996 г.: сбор за госпитализацию (покрывает расходы за все время пребывания пациента в больнице) и сбор за процедуру (сверх слегка сниженных суточных тарифов) были введены, чтобы лучше связать оплату расходов больниц с показателями их деятельности. Однако оба вида сборов до 2002 г. в сумме составляли менее четверти всей стоимости расходов на стационарную помощь.

Сборы за госпитализацию основывались на сочетании определенного диагноза (по МКБ-9 с частичным разделением на «плановую» и «неотложную» помощь) и конкретного вмешательства (например, при обычном и лапароскопическом выполнении аппендэктомии сбор за госпитализацию был разным). Они были распределены между специальностями неравномерно: для терапевтических, педиатрических и психиатрических больных этих сборов не было вообще, но более 50% госпитализаций по гинекологическим и акушерским показаниям и примерно две трети офтальмологических оплачивались через эти сборы. Сбор за процедуры определялись только видом вмешательства, и в рамках одной госпитализации могло быть начислено более одного такого сбора. Указом федерального Министерства здравоохранения первоначально были установлены более 70 видов сборов за госпитализацию и почти 150 видов сборов за процедуру, а коэффициент перевода их в денежную форму устанавливался в федеральных землях путем переговоров.

Таблица 29. Расходы больниц (общего профиля и психиатрических) в западной и восточной частях Германии, 1991—2001 гг.

Годы	Расходы на койку			Расходы в день			Расходы на госпитализацию		
	Запад <sup>а</sup>	Восток <sup>а</sup>	Отношение В/З	Запад <sup>а</sup>	Восток <sup>а</sup>	Отношение В/З	Запад <sup>а</sup>	Восток <sup>а</sup>	Отношение В/З
1991	62 309	31 160	0,5	199	114	0,6	2849	1833	0,64
1992	68 232	43 571	0,64	219	157	0,72	3032	2210	0,73
	+9,5%	+39,8%		+10,0%	+37,3%		+6,5%	+20,5%	
1993	72 158	52 708	0,73	236	187	0,79	3120	2429	0,78
	+5,8%	+21,0%		+7,8%	+19,2%		+2,9%	+9,9%	
1994	75 477	61 672	0,82	250	214	0,85	3188	2614	0,82
	+4,6%	+17%		+6,1%	+14,6%		+2,2%	+7,6%	
1995	80 569	68 249	0,85	269	233	0,87	3281	2729	0,83
	+6,7%	+10,7%		+7,6%	+9,2%		+2,9%	+4,4%	
1996	83 368	71 834	0,86	284	246	0,87	3260	2758	0,85
	+3,5%	+5,3%		+5,4%	+5,6%		-0,7%	+1,1%	
1997	85 624	75 174	0,88	291	256	0,88	3218	2755	0,86
	+2,7%	+4,7%		+2,5%	+3,8%		-1,3%	-0,1%	
1998	88 395	78 955	0,89	296	263	0,89	3187	2747	0,86
	+3,2%	+5,0%		+1,8%	+2,7%		-1,0%	-0,3%	
1999	91 181	81 218	0,89	306	269	0,88	3191	2731	0,86
	+3,2%	+2,9%		+3,3%	+2,4%		+0,1%	-0,6%	
2000	93 769	84 343	0,9	315	278	0,88	3207	2762	0,86
	+2,8%	+3,9%		+3,1%	+3,3%		+0,5%	+1,1%	
2001	97 400	87 743	0,9	332	292	0,88	3269	2823	0,86
	+3,9%	+4,0%		+5,3%	+5,2%		+2,0%	+2,2%	
Средний темп изменений в 1991—2001 гг.	+4,3%	+10,9%		+5,3%	+10,3%		+1,4%	+4,4%	

Источник: расчеты, основанные на данных Федерального статистического управления, 2003 г. [55].

Примечание: <sup>а</sup> в евро и % изменения относительно предыдущего года.

Однако, когда министерство жестко установило число баллов для каждого сбора, стоимость одного балла была оценена примерно в 0,5 евро.

Из сборов за госпитализацию, сборов за процедуры и суточных тарифов пребывания в больнице складывался бюджет каждой больницы. Эти немецкие «бюджеты» были не совсем бюджетами в том смысле, что больница получала деньги независимо от фактического объема своей деятельности. Они были целевыми, размер их до 2003 г. определялся при переговорах больниц с больничными кассами: устанавливались число госпитализаций, которые должны оплачиваться через сборы за госпитализацию, сборы за процедуру и



суточные тарифы, а также величина последних. Если больница достигала точно 100% планировавшегося объема деятельности, то не требовалось никакой корректировки бюджета; если фактический объем деятельности превышал договорный, больница должна была выплатить кассе определенную долю дополнительного дохода — 50% сборов за госпитализацию в случае трансплантаций, 75% других сборов за госпитализацию и за процедуры и 85—90% от суточных тарифов. Иными словами, оплачивалось только 50%, 25% и 10—15% услуг, превышавших договорный объем. Если фактический объем деятельности был ниже расчетного, до 1999 г. больница получала 50% разницы, а с 2000 г. — 40%. Эта сумма делилась между больничными кассами согласно уровню потребления услуг, т. е. действительные сборы за госпитализацию и за процедуры, а также суточные тарифы пребывания в больнице были выше первоначально согласованных.

Ожидалось, что переход на предварительную оплату лечения по клиническим группам в сочетании с больничными бюджетами повысит эффективность лечения, но в то же время будет способствовать отбору рисков — больницы будут избегать госпитализации тяжелых больных, а тех, кто уже госпитализирован, будут стремиться переправлять в другие медицинские учреждения либо выписывать. В литературе данные о том, как влияют методы оплаты на качество медицинской помощи, малочисленны. По-видимому, общая эффективность больничного сектора с введением соответствующих мер возросла: средняя продолжительность госпитализации снизилась с 13,9 дня в 1992 г. до 12,1 дня в 1995 г., а после 1996 г., когда были введены сборы за госпитализацию, дошла даже до 9,8 дня (2001 г.). Несмотря на значительное снижение этого показателя в больницах на востоке и на западе страны (табл. 18), в 2001 г. больные все еще оставались в немецких больницах довольно долго (табл. 20). Из табл. 18 видно, что общая средняя продолжительность госпитализации на протяжении всего этого периода падала, что было особенно выражено в годы введения твердых больничных бюджетов (1993 г.) и сборов за госпитализацию (1996 г.). Из табл. 29 видно, что затраты на одну госпитализацию в 1996—1998 гг. снижались; однако неизвестно, сохранялось ли при этом качество обслуживания. Есть данные о том, что больные чаще и раньше переводились в реабилитационные клиники и что «затратные» больные чаще переводились в университетские клиники, которые сами практически не имеют возможности куда-нибудь перевести таких больных. Средняя продолжительность госпитализации в отделениях, где применялись сборы за госпитализацию, уменьшалась быстрее, чем в остальных.

К концу 1990-х гг. существующий метод оплаты госпитализаций — с отсутствием учета рисков и присущей ему (хотя и не доказанной убедительно) возможностью «снятия сливок» — стал считаться неподходящим для новых, более сложных областей медицинской помощи. Кроме того, одновременное существование оплаты по числу законченных случаев лечения, сборов за особые услуги и суточных тарифов пребывания в больнице рассматривалось как препятствие для дальнейшего повышения рентабельности, поскольку больницы могли компенсировать недостатки одного метода оплаты, сочетая его с другим.



## Оплата по клиничко-затратным группам

Правительство не осуществило свои намерения, о которых заявило в 1992 г., — постепенно распространить на все услуги оплату путем сборов за госпитализацию. Новая система оплаты, основанная на клиничко-затратных группах, стала важнейшей реформой в стационарной помощи со времени введения в 1972 г. двойного финансирования больниц. Закон о реформе системы ГМС (2000 г.) обязал самоуправляющиеся организации (Ассоциацию германских больниц, ассоциации больничных касс и частных страховых компаний) перейти на единую, связанную с показателями деятельности, систему предварительной оплаты госпитализаций, которая учитывала бы тяжесть заболевания (оплата по клиничко-затратным группам). В законе определялись основные характеристики немецкого варианта этой системы оплаты для больниц общего профиля: клиничко-затратные группы полностью покрывают текущие расходы, оплачиваются по единым твердым ставкам и применяются ко всем услугам в больницах общего профиля, исключая психиатрию и психосоматические расстройства. Закон очертил постепенный переход к клиничко-затратным группам как единственной системе оплаты с едиными ценами по всей стране.

Постепенное введение этой системы означало новый подход к политике здравоохранения, охарактеризованный как «самообучающаяся спираль» — он определяет роли, цели и сроки в длительной перспективе, но позволяет правительству и корпоративским организациям внутри системы ГМС издавать законы и вносить в них изменения, основываясь на оценке имеющихся данных и опыте. Федеральное Министерство здравоохранения до неслыханной ранее степени получило возможность (которой воспользовалось) действовать вместо корпоративских самоуправляющихся организаций, если они не выполняли в установленные сроки задачи, возложенные на них законом. В июне 2000 г. эти организации склонились к австралийской усовершенствованной системе оплаты по клиничко-затратным группам, версия 4.1, но не могли прийти к согласию относительно основных характеристик будущей системы, поэтому их определило Министерство здравоохранения, издав Указ о сборах за госпитализацию (на основании Закона о сборах за госпитализацию).

В соответствии с первой поправкой к Закону о сборах за госпитализацию (2003 г.), введение клиничко-затратных групп должно было происходить поэтапно, с постепенной отменой смешанной системы оплаты (фаза сближения). Больницы получали возможность приспособиться к переходу от индивидуальных бюджетов, основанных на прошлогодних расходах, к единой по всей стране системе цен. Полностью внедрить систему оплаты, основанную исключительно на клиничко-затратных группах, планировалось в 2007 г., но затем вторая поправка к Закону о сборах за госпитализацию отодвинула это на 2009 г.

В экспериментальном порядке в нескольких больницах внедрили австралийскую систему без каких-либо изменений. Основываясь на опыте примерно 20 больниц, Институт по методам оплаты в больницах произвел пере-

расчет клинико-затратных групп. В период разработки системы (до 2003 г.) эта организация совместно финансировалась федеральными ассоциациями больничных касс и Ассоциацией германских больниц. С 2004 г. институт финансируется из специальной надбавки на каждую клинико-затратную группу. Новый вариант был опробован в больницах, которые добровольно согласились в 2003 г. раньше прочих перейти на систему клинико-затратных групп, привлеченные возможностью обойти требуемый нулевой прирост больничных бюджетов. С 2004 г. все больницы общего профиля по закону обязаны вести документацию своей деятельности в форме клинико-затратных групп, хотя все еще финансируются на основе договорных бюджетов — но в 2004 г. величина оплаты рассчитывается по клинико-затратным группам (исходя из индивидуальной для каждой больницы базовой ставки), а не по суточным тарифам пребывания в больнице, как раньше.

Немецкий вариант системы клинико-затратных групп применяется во всех больницах общего профиля для всех типов услуг, исключая отдельные, строго определенные услуги, и лечение в отделениях психиатрии и психосоматической медицины, где пребывание в стационаре продолжает оплачиваться по суточным тарифам, так же как лечение до госпитализации и после нее. Клинико-затратные группы учитывают диагноз и тяжесть заболевания, сопутствующие заболевания и возраст больного, а также проведенное лечение. Благодаря увеличению числа учитываемых факторов количество клинико-затратных групп больше, чем в австралийском варианте, — в 2004 г. оно составляло 824, а в 2005 г. — 878.

Относительные коэффициенты для различных клинико-затратных групп определяются по стране в целом путем отнесения средних затрат к базовому коэффициенту 1. Сумму всех коэффициентов можно поделить на число госпитализаций, таким образом устанавливается индивидуальный для каждой больницы индекс клинико-затратных групп. После полного внедрения системы расчет будет следующим: расчетный индекс, умноженный на общую по всей стране базовую ставку и на число госпитализаций, дает в итоге сумму оплаты для данной больницы. В 2004 г., однако, расчет производился по-другому: договорная бюджетная сумма, деленная на индекс клинико-затратных групп, умноженный на число госпитализаций, давала базовую ставку для данной больницы. Сейчас эти ставки достаточно сильно колеблются, что отражает исторически сложившиеся различия в финансировании больниц, которые при новой системе оплаты постепенно сократятся. В 2004 г., например, расчет среднего базового сбора за госпитализацию дал величину 2593 евро, причем в некоторых больницах показатель был менее 1000 евро, а в других — более 4000 евро. В большинстве больниц базовая ставка составляла 2000—3200 евро.

Во время так называемой фазы сближения базовая ставка постепенно изменится от нынешней, индивидуальной для каждой больницы, к общей для каждой из федеральных земель (с 2005 г. она устанавливается договорным путем). Согласно постановлениям, принятым вслед за второй поправкой к Закону о сборах за госпитализации, в 2005 г. базовые ставки будут на 15% определяться общей ставкой и на 85% — больничной, в 2006 г. это соотноше-

ние будет 35/65%, в 2007 г. — 45/55%, а в 2008 г. — 75/25%, так что единая система цен на уровне федеральных земель начнет действовать лишь с 2009 г. Кроме того, больницы и больничные кассы могут договариваться об оплате дополнительных расходов в форме определенной доли соответствующих клиничко-затратных групп. Закон расширил возможности выбора и прояснил законы для больниц, предоставляющих амбулаторное специализированное обслуживание. Вместе с тем, он стремится улучшить положение больниц, которым, как полагают, введение клиничко-затратных групп принесет меньше всего выгоды: крупных государственных многопрофильных больниц и — особенно — университетских клиник. Был пересмотрен также вопрос доплат за обучение, чтобы смягчить невыгодное положение учебных заведений. До 2008 г. при заключении контракта и определении базовой ставки стороны должны гарантировать соблюдение принципа стабильности страхового взноса. Пока контракты не переведены на единые цены, нормативная база системы оплаты нуждается в дальнейшем совершенствовании, чтобы сформировать стимулы системы клиничко-затратных групп (например, твердые цены или потолок цен; возможность скидок при большом объеме услуг).

В дополнение к базовой ставке, Указ Министерства здравоохранения о сборах за госпитализацию (2002 г.) определил также ситуации, когда в систему клиничко-затратных групп вносятся изменения или когда применяются доплаты или вычеты.

- Если верхний предел продолжительности госпитализации превышен, вводится ежедневная доплата, а выписка либо перевод в другие отделения или учреждения раньше нижнего предела продолжительности госпитализации ведет к скидке.
- Изменения вносятся также, если госпитализация укорачивается благодаря использованию стационара дневного пребывания перед госпитализацией и после нее.

За определенные виды вмешательств могут быть выплачены дополнительные суммы.

- Стороны, заключающие контракт на федеральном уровне, могут договориться о дополнительной оплате процедур, комплексов процедур или лекарственных средств, например, при лечении больных с нарушениями свертывания крови, требующими (дорогостоящими) факторов свертывания или сопутствующего диализа.
- Для услуг, пока не охваченных системой клиничко-затратных групп или дополнительными платежами, в 2003—2004 гг. на местах заключали договоры на оплату по числу или продолжительности госпитализаций.
- Для оплаты новых методов диагностики и лечения партнеры на федеральном уровне разрабатывают рекомендации, на основе которых на местах, начиная с 2005 г., заключают договоры.

Больницы также имеют право взимать доплаты или делать вычеты в зависимости от своей материальной базы и типа деятельности.

- Доплата клиничским больницам с 1 января 2004 г.: в каждой федеральной земле будет существовать компенсационный фонд, управляемый опе-

кунским советом и финансируемый из доплат за госпитализацию, взимаемых всеми больницами в данном регионе. Из этого фонда будет финансироваться деятельность клинических больниц.

- Другие факторы, связанные с доплатами или вычетами, с 1 января 2005 г. по федеральному постановлению включают неотложную помощь, принятие в больницу сопровождающих, гарантию необходимого предоставления услуг или исключительно малый спрос на данный вид помощи.

Кроме того, с каждой клинико-затратной группы взимаются два вида обязательных доплат; они идут на обеспечение качества и непрерывное совершенствование данной системы оплаты (в 2004 г. на федеральном уровне был установлен размер доплаты в 0,27 евро).

Закон о сборах за госпитализацию и поправки к нему предусматривают некоторые меры предосторожности: например, работники больниц должны избегать излишних госпитализаций и преждевременного перевода больных в другие учреждения — по экономическим причинам и для гарантии правильного ведения отчетности. За соблюдением этих требований будут следить медицинские экспертные комиссии системы ГМС, которые имеют право анализировать образцы текущих и завершенных случаев лечения. При грубых нарушениях могут быть наложены взыскания в двойном размере. Споры будут решаться в совместных арбитражных комиссиях на уровне федеральных земель.

До настоящего времени введение системы клинико-затратных групп стимулировало интенсивную деятельность не только на федеральном уровне, но и в самих больницах. Число больниц, документирующих свою деятельность на основе этой системы (без соответствующей схемы оплаты), за период добровольного участия возросло с 284 в январе 2003 г. до 1035 в декабре 2003 г. — это чуть больше половины всех больниц общего профиля. С тех пор их число увеличилось ненамного — до 1326 в сентябре 2004 г., т. е. не все больницы вели документацию на основе клинико-затратных групп, как полагалось по закону. Подготовка требовала значительных капиталовложений в информационные технологии и системы контроля. Ассортимент услуг в больницах и цены на них стали более прозрачными, что, вероятно, сказалось на объемах их деятельности и повысило эффективность работы. Разногласия между больницами и больничными кассами в период введения новой системы участились и являются одной из причин, по которой кассы нерегулярно переводят больницам средства, что видно из опроса Ассоциации германских больниц (2003 г.), где приведены вычеты из суммы оплаты, особенно вследствие направления в другие учреждения и повторной госпитализации больных.

## **Контроль качества и минимальные объемы**

Традиционно считалось, что необходимое качество обеспечивается достаточной численностью персонала, наличием необходимого оборудования, профессиональным саморегулированием и контролем технической и гигиенической безопасности. В социальном кодексе изложены основные требо-

вания к качеству, которым должны удовлетворять больницы, чтобы попасть в больничные план и получить право на возмещение своих затрат. Порядок обеспечения качества в больницах значительно изменился за последние десять лет, из добровольной деятельности превратившись в обязательную задачу. Требования к безопасности и качеству работы (а с недавних пор также исходов лечения) постепенно росли, что видно из социального кодекса. Контроль качества деятельности на основе документации был впервые введен в начале 1970-х гг. в виде регистрационных записей, по своим в каждой федеральной земле правилам — например, регистрационные записи при ведении беременности или стандартных хирургических операциях. Позднее появились регистрационные записи, касающиеся высокотехнологичных вмешательств и применения медицинского оборудования. Однако неизвестно, какова на самом деле их роль в улучшении качества.

Посвященная контролю качества документация лечебных процедур, связанная с введением системы предварительной оплаты по клинико-затратным группам, стала обсуждаться на уровне федеральных земель. Поскольку врачебные палаты, ранее следившие за качеством по регистрационным записям, вначале в этом не участвовали, переговоры откладывались, и результатов почти не было. Федеральная рабочая группа по контролю качества, в которую входили представители больничных касс, врачебных ассоциаций, объединений больниц, Федеральной врачебной палаты и Германского совета по медсестринскому делу, стремилась улучшить обмен информацией и сотрудничество в области обеспечения качества между разными профессиональными областями. Она создала информационную систему по проектам, связанным с обеспечением качества медицинской помощи, и организовала несколько конференций, но в 2004 г. была распущена. Ее задачи перешли к Общей федеральной комиссии, которая может применять для контроля качества более действенные инструменты, например контракты, инструкции и финансовые механизмы.

С 2000 г. больницы обязаны иметь внутренние программы управления качеством и заключать с больничными кассами контракты относительно внешних мер по контролю качества. Пятая книга социального кодекса гласит, что покупатели и поставщики услуг должны заключать контракты, касающиеся качества обслуживания (§ 137). Поставщики услуг обязуются участвовать в деятельности по контролю качества с акцентом на документальное оформление показателей качества в стандартном виде, который позволяет проводить сравнительный анализ. Для стационарного сектора основана независимая организация (Федеральное Бюро по обеспечению качества, BQS), которая помогает участникам контракта отбирать показатели качества для наблюдения и собирает данные, представляя их в виде, подходящем для сравнения. На сегодняшний день контракты обязывают поставщиков документировать качество ряда хирургических операций (например, протезирования тазобедренного сустава, остеосинтеза шейки бедренной кости, грыжесечения, удаления катаракты) и инвазивных процедур (баллонной ангиопластики, имплантации кардиостимулятора). По закону участники контракта обязаны расширять список областей, для которых будет требо-

ваться документация качества обслуживания. Контракт оговаривает наказания за неполноту документации, т. е. за расхождения между количеством случаев, подлежащих оплате, и случаев, которые сопровождаются документацией по контролю качества [72].

В 2000 г. стала обязательной публикация (на анонимной основе) результатов деятельности по контролю качества, касающейся внутрибольничных инфекций. Система сравнения с контрольными показателями и снабжение информацией больниц и учреждений амбулаторной хирургии координируется Институтом Роберта Коха. Система эта приживается достаточно медленно. С 2005 г. закон обязывает больницы публиковать на своих страницах в интернете спектр и объем услуг (но не результаты лечения).

С 2000 г. поощряется участие больниц в системах сертификации — это совместные инициативы ассоциаций больничных касс и различных объединений больниц. Разработаны две системы сертификации, соединяющие самостоятельную оценку и внешнюю оценку на основе модели Европейского фонда по управлению качеством и европейской системы наград за качество, системы оценки больниц, основанных религиозными организациями, и немецкого совета по обеспечению прозрачности и качества деятельности больниц [62].

С 2002 г. законодательно установлены минимальные объемы обслуживания. Партнеры по контракту, т. е. ассоциации больничных касс, Ассоциация германских больниц и Федеральная врачебная плата, по закону должны выпускать перечень плановых услуг с четкой положительной связью между объемом услуг и их качеством. Контракты на эти услуги будут заключаться (или продлеваться) только при их оказании в заранее определенном минимальном объеме. В декабре 2003 г. были установлены минимальные объемы для учреждений и отдельных врачей при хирургическом лечении рака пищевода и поджелудочной железы, а также при пересадке почек, печени и костного мозга. С 2004 г. некоторые виды вмешательств оплачиваются больницам только в том случае, если они могут доказать, что обеспечили необходимый минимальный объем этих услуг в предшествующем году [72].

## Заработная плата врачей

В больницах, домах престарелых и инвалидов, реабилитационных центрах врачи и другие работники здравоохранения получают оклад. В государственных и благотворительных учреждениях оклад обычно платят по государственным тарифам, а в коммерческих он может быть выше или ниже, а иногда сопровождается добавочными выплатами. С осени 2004 г., окончив институт, врачи сразу же получают полное право заниматься своей деятельностью («аттестация»), что дает значительную прибавку (примерно 29 тыс. евро) к общему ежегодному доходу для тех, кому платят по государственным тарифам. В 1988—2003 гг. выпускники получали предварительное утверждение, которое давало им ограниченные права (например, они не могли подписывать свидетельства о смерти или медицинские заключе-

ния) и предъявляло более жесткие требования к свидетельствам повышения квалификации.

Разработаны схемы ценообразования или диапазоны цен на амбулаторные услуги в системе ГМС и у частных врачей, стоматологов, фармацевтов, акушеров и других работников здравоохранения. Самые сложные и жестко регулируемые правила оплаты у врачей и стоматологов. Существуют две схемы оплаты, одна для услуг в системе ГМС, другая для частной медицинской помощи.

## Оплата труда врачей в системе ГМС

В системе ГМС оплата труда врачей разбита на две стадии. Сначала больничные кассы полностью переводят ассоциациям врачей всю сумму заработной платы для всех врачей, работающих в системе ГМС, вместо непосредственной платы каждому врачу. Общая сумма выплат обычно рассчитывается по числу застрахованных и охватывает все услуги, оказанные врачами системы ГМС по всем специальностям. С 2003 г. больничные кассы платят региональным ассоциациям врачей в зависимости от количества застрахованных в каждом регионе. До конца 2002 г. они переводили средства лишь одной региональной ассоциации, в той федеральной земле, где располагался центральный офис больничной кассы. Затем ассоциации врачей сами распределяли средства между собой. Величина оплаты за одного застрахованного различна в разных федеральных землях, и даже в разных больничных кассах в границах одной земли. В альтернативных кассах она по большей части выше среднего показателя, в региональных кассах и кассах профессиональных объединений — ниже; в кассах предприятий и компаний эта величина сильно колеблется, но в целом близка к средней. Вторая стадия — ассоциации врачей распределяют общую сумму между своими членами согласно единой шкале стоимости услуг и дополнительным инструкциям. Сначала, однако, ассоциации должны проверить, учесть и обобщить все данные, на которые опираются эти расчеты.

Все лицензированные медицинские процедуры сведены в единую шкалу стоимости услуг. Решения по их оплате принимает комиссия по амбулаторной помощи при Общей федеральной комиссии (см. раздел «Медицинские технологии»), а отдельная совместная федеральная оценочная комиссия отвечает за разработку шкалы стоимости. В шкале перечислены все услуги, которые могут оказываться врачами и оплачиваться системой ГМС. Помимо 147 «основных» услуг (консультации, посещения, обследования и т. д.) существуют услуги по разным специальностям. Глава, посвященная хирургии и ортопедической хирургии, насчитывает сейчас 355 видов услуг, оториноларингологии — 97, внутренним болезням — 87 и т. д. Каждой услуге присвоено определенное число баллов и указаны условия, выполнение которых необходимо для ее оплаты, например, определенные показания для ее применения или исключение иных услуг в ходе того же посещения врача (табл. 30). В конце каждого квартала каждый самостоятельно работающий врач представляет в свою ассоциацию счет, где указано общее



число баллов за оказанные услуги. Врачам платят ежемесячно по расчетам за прошлый квартал, но фактическая сумма, которую они получают, зависит от ряда факторов.

- Общий размер бюджета, установленный при переговорах с больничными кассами, делится на общее количество баллов за все подлежащие оплате услуги, оказанные врачами региональной ассоциации, так что величину каждого балла в денежном выражении предсказать нельзя — она зависит от общего количества баллов. Затем стоимость балла используется для расчета квартальных выплат врачам.
- Фактический размер оплаты может быть скорректирован при помощи шкалы распределения оплаты, которая в каждой ассоциации врачей своя. С помощью этой меры корректируется величина оценки в баллах различных категорий услуг, чтобы учесть различия между ними.
- В 1997—2003 гг. число баллов оплаты на одного больного было ограничено. Этот предел был разным для каждой специальности и в каждой из федеральных земель. Так называемые бюджеты практик первоначально ввели в качестве меры против эффекта «беличьего колеса», к которому приводили относительные (а не в абсолютном денежном выражении) величины стоимости балла при твердых бюджетах; но данные, на основе которых велись расчеты, подверглись критике, и Федеральный общественный суд постановил отменить их.

Таким образом, оплата услуг может меняться от региона к региону, от квартала к кварталу, а часто даже между специальностями в пределах одной федеральной земли.

В основе системы оплаты по объему оказанных услуг в амбулаторной помощи лежит единая шкала стоимости. Некоторые виды медицинских вмешательств выделены в особые разделы, например мануальная терапия. Многие другие услуги могут быть отнесены к одной из более широких категорий шкалы (к примеру, «консультации по здоровому образу жизни»). Не каждый врач может требовать оплаты за все типы услуг, указанных в единой шкале стоимости; оплата многих процедур требует соблюдения особых требований. В табл. 30 перечислены услуги врачей, которые дают наибольший вклад в их гонорары, выплачиваемые системой ГМС.

Анализ тенденций в оплате труда врачей в 1995—2001 гг. показывает, что благодаря росту их численности и более интенсивному предоставлению услуг каждым врачом в условиях заранее установленного предела расходов сумма оплаты, приходящаяся на одного врача, почти не менялась, как и величина оплаты за оказанную услугу (табл. 31).

Упомянутое ограничение числа баллов на одного больного отчасти решало эти проблемы. Средний годовой доход от системы ГМС колеблется от немногим более 64 тыс. евро для дерматологов и хирургов до 96 тыс. евро для терапевтов (табл. 32). Однако, несмотря на умеренные темпы роста оплаты в системе ГМС, доход врачей в частных практиках достаточно высок, отчасти благодаря дополнительным источникам (не включенным в табл. 32). Особенно сильно выросли суммы, которые выплачивают частные страховые компании (см. раздел «Частное медицинское страхование»), а также прямые



**Таблица 30. Гонорары врачей в системе ГМС: 20 видов услуг, на которые приходится наибольший оборот средств, с количеством баллов за каждую услугу, 2002 г.**

Место	Услуга	Количество баллов	% от общих гонораров всех врачей системы ГМС
1	Основной гонорар на одного больного в квартал	семейные врачи: 265 (для застрахованных-пенсионеров — 475); специалисты: 40—420	20,8
2	Пояснения, планирование и согласование	180	5
3	Гонорар за консультацию	50	4,8
4	Основной гонорар семейных врачей в квартал	90	2,9
5	Углубленная консультация по последствиям заболевания и его лечению	300 (если консультация длится дольше 30 мин — 600)	2,2
6	Посещение больного на дому	300 (при срочном посещении — 600)	1,9
7	Финансово обоснованное предоставление лабораторных услуг или направление на них	5—240, в зависимости от специальности	1,9
8	Общий осмотр	320	1,6
9	МРТ головы, суставов конечностей	1150	1,5
10	Гонорар за работу ночью, в выходные и праздники	200—300	1,4
11	УЗИ мочеполовых органов	400	1,2
12	МРТ разных областей тела, кроме головы и конечностей	1150	1,1
13	УЗИ брюшной полости	520	1,1
14	КТ разных областей тела, кроме головы и конечностей	80	0,9
15	ЭКГ	100—250	0,8
16	Минимальный лабораторный гонорар	5—110	0,8
17	Психотерапия (длительная, индивидуальная)	1450	0,8
18	Онкологическое обследование	женщины — 310 (мужчины — 260) +140 за цитологическое исследование	0,8
19	Ведение беременности	1850	0,8
20	Базовый клинико-неврологический осмотр	170	0,7

Источники: Федеральная ассоциация врачей системы ГМС, 2004 [49]; Федеральная ассоциация больничных касс, 2002 г. [73].

**Таблица 31. Показатели работы амбулаторного сектора системы ГМС: изменения в численности врачей, объемах оказанных услуг и оплате, 1980—2001 гг. (в текущих ценах)**

Годы	Численность врачей, работающих в системе ГМС	Заработная плата, общая сумма на всех врачей, млрд. евро	Заработная плата в пересчете на одного врача, евро	Количество случаев лечения, млн.	Расходы на один случай лечения <sup>в</sup> , евро	Число случаев лечения на одного застрахованного за один год	Расходы на одного застрахованного, евро
1980 <sup>а</sup>	55 743	7,4	132 932	252,1	29,4	4,6	209,8
1985 <sup>а</sup>	63 056	9,6	152 404	268,3	35,7	4,8	264,9
1990 <sup>а</sup>	71 218	12,5	175 237	320,8	38,9	5,5	329
1995 <sup>а</sup>	88 165	16,7	189 644	400,8	41,7	6,7	412,4
1996 <sup>б</sup>	107 071	20,1	188 100	508,8	39,6	7,1	396,3
1997 <sup>б</sup>	108 734	20,5	188 074	523,2	39	7,3	401,9
1998 <sup>б</sup>	110 339	20,6	186 788	532,2	38,7	7,5	406,7
1999 <sup>б</sup>	122 604	21,7	176 830	551,3	39,3	7,7	425,7
2000 <sup>б</sup>	128 670	22,5	174 866	558,1	40,3	7,8	440,7
2001 <sup>б</sup>	128 333	23,2	180 780	564,6	41,1	8	455,5
Изменения, %							
1996—2001 гг.	+20	+15	-4	+9	+4	+13	+15

Источники: Федеральная ассоциация врачей системы ГМС, 2004 г. [49]; Wörz, Busse, 2005 [8].

Примечания: <sup>а</sup> западная часть Германии; <sup>б</sup> с 1999 г. — включая психологов-психотерапевтов (относится ко всей Германии); <sup>в</sup> случай лечения — один или несколько контактов больного с одним и тем же врачом в квартал.

платежи населения. Поэтому доходы врачей примерно в 3—5 раз превышают среднюю заработную плату рабочих и в 2—3 раза — служащих.

В апреле 2005 г., скорее всего, вступит в действие пересмотренная версия единой шкалы стоимости (*EBM2000plus*). На основе предыдущего опыта с оплатой по объему оказанных услуг и сложными гонорарами она проводит четкую границу между услугами семейных врачей и специалистов. Новизна в том, что оплата услуг учитывает время, затраченное на их оказание, чтобы лучше контролировать оправданность заявок на оплату. Расчетная стоимость врачебной части услуги, установленная оценочной комиссией в декабре 2003 г. (0,77 евро за минуту), умножается на расчетное время, необходимое врачу на ее оказание. К этому прибавляется расчетная величина стоимости технической стороны услуги (евро/мин<sup>2</sup>). Вторая величина дает возможность амортизировать капиталовложения, при этом обеспечивая достаточно сильный стимул проводить технически сложные вмешательства. Новая шкала неоднократно пересматривалась и согласовывалась — это касалось главным образом того, как избежать избыточного или недостаточного предоставления услуг, а также равновесия между определенными специальностями и недостаточно представленными узкими специальностями, такими, как ревматология.

**Таблица 32. Заработная плата, затраты и доходы врачей разных специальностей, работающих в системе ГМС<sup>а</sup> (амбулаторный сектор), 2001 г.**

Специальность	Заработная плата врача в системе ГМС, евро	Затраты на персонал и оборудование, евро	Доход от системы ГМС (разница первых двух показателей) до вычета налогов, евро
Дерматологи	171 100	106 766	64 334
Оториноларингологи	192 900	111 882	81 018
Гинекологи	190 600	110 357	80 243
Терапевты	236 900	140 956	95 944
Невропатологи и психиатры	151 300	80 643	70 657
Офтальмологи	203 300	120 964	82 336
Ортопеды	241 700	148 162	93 538
Педиатры	188 100	102 138	85 962
Радиологи <sup>б</sup>	421 200	347 068	74 132
Хирурги	194 300	129 987	64 313
Урологи	204 900	126 014	78 886
Все специалисты (включая прочих специалистов)	205 200	124 556	80 644
Врачи общей практики с дипломом и без	171 700	94 435	77 265
В целом <sup>в</sup>	192 500	113 190	79 310

Источник: Федеральная ассоциация врачей системы ГМС, 2004 [49].

Примечания: <sup>а</sup> за исключением врачей, работающих в совместных практиках с врачами иных специальностей и психологами-психотерапевтами; <sup>б</sup> включая специалистов по ядерной медицине.

Согласно Закону о модернизации системы ГМС период жестких бюджетов завершится в 2006 г. С 2007 г. ассоциации врачей будут заключать с больничными кассами соглашения по объемам услуг с учетом заболеваемости, так что более высокая заболеваемость (скорее всего, в предшествующий год) повысит общую сумму оплаты и, следовательно, суммы, приходящиеся на каждую специальность и каждого врача.

## Вопросы качества при покупке услуг

Чтобы иметь право оказывать определенные виды услуг (главным образом это относится к инвазивным процедурам и методам визуальной диагностики), врачи должны иметь диплом специалиста и пройти сертификацию. Это касается примерно 30% услуг, перечисленных в единой шкале стоимости. Для сертификации необходимо, чтобы оборудование соответствовало минимальным техническим требованиям, а у медицинских работников имелась дополнительная подготовка, которая определяется как минимальное

число процедур, проведенных под чьим-либо руководством. Учитываются также организационные требования. Например, чтобы получить сертификат на проведение баллонной ангиопластики в амбулаторных условиях, требуется обязательное соглашение о сотрудничестве с бригадой по сердечной хирургии, время прибытия которой не превышает определенную величину. Свои сертификаты нужны для артроскопии, диализа, наблюдения за кардиостимулятором, УЗИ и лабораторной диагностики. Другие процедуры требуют не только наличия соответствующей квалификации, но и достаточного опыта, т. е. минимального количества таких процедур, выполненных в предшествующем году, например 200 колоноскопий или 250 баллонных ангиопластик [74].

Чтобы больничные кассы продолжали оплачивать оговоренные контрактом определенные виды услуг, периодически требуется повторная сертификация. Требования к ней изложены в контрактах и зависят от конкретной услуги. Они могут включать в себя минимальный объем услуг на протяжении года либо проверку отдельных случаев лечения и оценку профессиональных навыков (например, оценка пороговой чувствительности метода). Кроме того, в контрактах оговаривается участие врачей в деятельности по повышению качества (аудит, наблюдение с сообщениями о значительных происшествиях). Эти требования разрабатывает Федеральная ассоциация врачей системы ГМС, а региональные врачебные ассоциации вносят их в свои контракты с больничными кассами.

Предусмотрен также контроль избыточного использования услуг или ложных заявок на оплату. Деятельность любого врача может быть подвергнута проверке — случайным образом или же целенаправленно, если объем услуг либо число направлений на госпитализацию в пересчете на одного больного у него выше, чем у коллег с той же специальностью и при сходных обстоятельствах. Чтобы избежать штрафов, врач должен оправдать свою более интенсивную деятельность и более частые направления на госпитализацию (это может быть следствием более высокого числа тяжелых больных). Такими проверками занимаются комиссии по оценке использования услуг, состоящие из равного числа врачей и представителей больничных касс, а также арбитражные комиссии.

## Оплата труда врачей в частном секторе

В частной медицинской помощи врачам платят по иному принципу. У врачей и стоматологов [75] есть каталоги частных тарифов для амбулаторной и стационарной помощи, для тех, кто платит врачу непосредственно, и для тех, кто имеет частную страховку. В их основе лежит система оплаты по объему оказанных услуг; они разрабатываются федеральным Министерством здравоохранения и социального обеспечения с участием Федеральной врачебной палаты. Например, в «Каталоге медицинских тарифов» (*Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ*) каждой процедуре присвоены номер и определенное число баллов. Кроме того, указаны единичная и максимальная ставки оплаты, последняя обычно в 2,3 раза превышает единичную, но за определенные

услуги — лишь в 1,7 раза. Кроме того, в каталоге указаны условия оплаты, среди них — длительность процедуры, качество ее проведения, наличие документации или ограничения, касающиеся комбинации нескольких тарифных номеров. Каталог, однако, плохо отражает повседневную практику. Многие услуги отнесены в рамки более общих категорий, таких, как консультации по самопрофилактике и по образу жизни (№ 34; единая ставка оплаты 17,3 евро, а умноженная на 2,3 — 40,23 евро) [76].

В списке «индивидуальных медицинских услуг» представлены «услуги, которые оказываются по требованию больных». Они по желанию больного дополняют набор услуг ГМС, и больные сами оплачивают их. Частные услуги других медицинских работников государство специально не регулирует. Соответствующие профессиональные организации (например, физиотерапевтов и специалистов по альтернативной медицине) выпускают примерные перечни тарифов, к которым могут обращаться больные и медики и которые применяются, если перед оказанием услуги не удалось иначе согласовать цены [76].



## Реформы здравоохранения

За последние пятнадцать лет федеральное правительство многократно вмешивалось в здравоохранение. Хронологический обзор реформ здравоохранения в контексте объединения Германии дан в разделе «Историческая справка». Ниже более подробно излагаются политические цели и содержание законов, связанных с реформами здравоохранения начиная с 1989 г. Другой раздел посвящен реформам, намеченным на ближайшее будущее. Как правительство христианских демократов — либералов (1982—1998 гг.), так и правительство социал-демократов — «зеленых» (с 1998 г.) сохранили основные черты государственной страховой системы и корпоративистскую схему регулирования здравоохранения. Они расширили полномочия самоуправляющихся органов. Оба правительства поощряли конкуренцию между больничными кассами и уделяли большое внимание повышению качества медицинской помощи и совершенствованию структуры деятельности, управления и финансирования здравоохранения: правительство христианских демократов — либералов с помощью экспериментальных проектов и структурных соглашений, а правительство социал-демократов — «зеленых» с помощью концепции комплексной помощи и программ по лечению заболеваний. Правительство социал-демократов — «зеленых» модернизировало профессиональную подготовку медицинских работников и внедрило законы, касающиеся борьбы с инфекционными заболеваниями, — и то, и другое, как полагают, следовало сделать уже давно. Помимо этого почти все главные вопросы последней крупной реформы здравоохранения касаются системы ГМС. Хотя, если кратко обобщить политику в области здравоохранения в 1998—2004 гг., ее основной целью является сдерживание расходов. Крупнейшие политические вмешательства в здравоохранение происходили тогда, когда в системе ГМС наблюдался финансовый дефицит.

## Цели реформ здравоохранения

### Главная цель: сдерживание расходов

В соответствии с политикой сохранения величины страхового взноса больничные кассы и медицинские учреждения должны стремиться к сдерживанию расходов. Это означает, что страховой взнос не должен расти быстрее, чем доход, с которого он исчисляется. Сдерживание расходов началось в 1977 г. с принятием Закона о сдерживании затрат в системе медицинского страхования, ознаменовавшего конец периода быстрого роста расходов здравоохранения, особенно в стационарной помощи. Политики намеренно способствовали такому росту, чтобы преодолеть недостатки материальной базы, вызванные разрушениями во время Второй мировой войны, а также недостаточность финансирования больничных капиталовложений.

Основным принципом сдерживания затрат «по-немецки» была «политика расходов, ориентированная на доход», гарантирующая стабильный размер страховых взносов. Это было важно в условиях перестройки экономики и усиления международной конкуренции, поскольку взносы поровну поделены между работниками и работодателями. Таким образом, повышение ставок взносов влияло на конкурентоспособность Германии на международном рынке. Применялись различные методы сдерживания расходов, в том числе:

- лимитирование расходов каждого сектора здравоохранения и поставщика медицинских услуг;
- постепенное внедрение в амбулаторной и стационарной помощи систем предварительной оплаты;
- внедрение системы базовых цен на лекарственные средства, расширение списка неоплачиваемых препаратов, введение (а затем отмена) базового перечня лекарственных средств, меры образовательного характера, стимулирующие назначение непатентованных средств и оптимизацию врачебных назначений, и разовые снижения цен для производителей, оптовых компаний и аптек;
- сокращение коечного фонда (но не числа больниц), ограничение числа врачей, ведущих амбулаторных прием, и количества дорогостоящего оборудования;
- более интенсивное применение частичной оплаты (как рост уровня доплат, так и расширение частичной оплаты на большее число услуг);
- исключение части услуг из страхового набора.

Эти методы замедлили рост расходов здравоохранения и стабилизировали расходы больничных касс в процентах от ВВП на душу населения (в западной части с 1976 г. 6—7%). Однако в дискуссиях о расходах на здравоохранение на эту стабильность все еще обращают мало внимания, поскольку и политики, и работодатели (в гораздо меньшей степени и застрахованные) используют в качестве фактора средний размер страхового взноса. Он растет — медленно, но постоянно (от 10,4% в 1975 г. до 14,3% в 2004 г.), а меры по сдерживанию расходов оказывают на него сравнительно небольшое и



скоротечное влияние. Зачастую это влияние гасилось единовременными расходами после публикации новых предложений по сдерживанию расходов и в период до внедрения реформ. Соответствующая кривая расходов в конце 1988 г. получила название «брюхо Блюма», а в конце 2003 г. — «волна Уллы», по именам тогдашних министров здравоохранения.

Разные бюджеты имели разную эффективность, но в целом сдерживали расходы успешнее, чем любые другие меры. В табл. 27 кратко изложена история появления, исчезновения и нового появления бюджетов и лимитов на расходы.

В амбулаторной помощи и стоматологии меры по сдерживанию расходов были успешными начиная с 1980-х гг., а в других секторах успехи соседствовали с неудачами: в стационарной помощи расходы удалось сдержать только в конце 1990-х гг. Фармацевтические расходы лучше сдерживались в 1993—2000 гг., чем в последующие годы, до введения твердых цен и возврата части прибыли больничным кассами. В других областях здравоохранения (медицинские приспособления, транспортные услуги и неотложная помощь) сдерживать расходы почти не удавалось.

Со времени публикации предыдущего обзора [1] средняя ставка страхового взноса выросла достаточно резко, с 13,5% общего заработка в 2001 г. до 14,3% в 2003 и 2004 гг. За последним таким скачком (с 12,4% в 1991 г. до 13,2% в 1993 г.) последовал Закон о структуре здравоохранения от 1993 г. — крупнейшая и самая жесткая реформа 1990-х гг. [26]. Проблема в том, что основой страховых взносов служит не вся экономика, а лишь ее часть, из которой рассчитываются взносы системы ГМС (т. е. заработная плата тех, кто подлежит обязательному государственному медицинскому страхованию). За последние двадцать лет эта основа росла медленнее расходов больничных касс, что привело к их долгам, а значит, увеличило размер взноса.

## Другие цели реформ

Одной из крупнейших реформ было введение в 1995 г. обязательного страхования на случай необходимости долговременного медицинского ухода, что отвечало потребностям стареющего общества и должно было снизить муниципальные расходы и расходы частных лиц. Кроме того, в набор амбулаторных услуг системы ГМС были включены некоторые услуги, направленные на усиление профилактики, повышение информированности больных или развитие социальной терапии для лиц, страдающих психическими заболеваниями. Поскольку основным принципом было «обосновать, прежде чем ограничивать», доступ к обслуживанию почти не ограничивался и из страхового набора почти ничего не исключалось, лишь (на краткий срок, 1997—1998 гг.) протезирование зубов для тех, кто родился позже 1978 г., и еще некоторые сокращения в 2004 г. после принятия Закона о модернизации системы ГМС.

Увеличить эффективность здравоохранения были призваны бюджеты и другие меры по сдерживанию расходов, системы предварительной оплаты (см. разделы «Финансирование больниц» и «Заработная плата врачей»),

введение конкуренции между больничными кассами и между больницами и амбулаторными службами за плановую амбулаторную хирургию (1993 г.), высокоспециализированные услуги (2000 г.) и услуги по недостаточно представленным в медицинской помощи специальностям (2004 г.). При этом вводились жесткие меры, обеспечивающие непрерывность медицинской помощи и координацию между больницами и амбулаторными учреждениями, а также лечением в системе ГМС и восстановительным лечением. Кроме того, реформы стремились сделать управление больничными кассами (1993 г.) и ассоциациями врачей (2005 г.) более современным и профессиональным.

Чтобы смягчить возможное неравенство в финансировании и доступе к медицинской помощи, меры по перераспределению затрат сопровождались льготами для хронических больных, детей и людей с низкими доходами. Для снижения отрицательного влияния конкуренции между больничными кассами на равенство доступа и качество обслуживания потребовался ряд реформ, совершенствующих механизм выравнивания рисков и меняющих законодательную базу. Введение все более жестких требований к контролю качества (в 1989 г. занесены в социальный кодекс) ставило целью снизить при помощи клинических рекомендаций процент недостаточно качественной медицинской помощи, укрепить систему повышения квалификации медицинских работников и ориентировать управление больницами (1993 г.) и амбулаторными учреждениями (2000 г.) на качество обслуживания. Кроме того, в больницах в обязательном порядке ввели внешние меры по обеспечению качества (2000 г., доступно для населения с 2004 г.), чтобы выявлять возможный ущерб качеству медицинской помощи, вызванный новыми методами оплаты.

## **Стратегия здравоохранения и «Здоровье для всех»**

Обсуждение программы ВОЗ «Здоровье для всех к 2000 году» в Германии первоначально было довольно кратким. Книга, охватывающая все неотложные нужды населения в области здоровья в (Западной) Германии и вытекающие из этого задачи, ничего не изменила в подходе к здравоохранению, возможно потому, что в это время и население, и политики были поглощены вопросами воссоединения страны. Единственным осязаемым результатом обсуждения стало содержащееся в Законе о реформе здравоохранения (1989 г.) решение о том, что больничные кассы должны заниматься пропагандой здорового образа жизни.

Цели и задачи здравоохранения вновь стали обсуждаться в начале 1997 г., когда больничные кассы искали новые возможности конкуренции между собой. В конце 1996 г. закон исключил из числа их обязанностей пропаганду здорового образа жизни, и лишь целевые программы могли отличать одну кассу от другой. Аналитики системы здравоохранения поддерживали использование больничными кассами таких программ, но добивались, чтобы они были едиными, чтобы по ним можно было судить о деятельности касс. Лишь одна из федеральных земель (Северный Рейн-Вестфалия) в 1994 г.

приняла набор из десяти государственных целевых программ здравоохранения, которые следовали некоторым положениям, изложенным в программе ВОЗ «Здоровье для всех», но более подробно уточняли обязанности конкретных учреждений и групп. С 1997—1998 гг. другие земли тоже начали разрабатывать свои программы [77, 78].

В 2000 г. Министерство здравоохранения в качестве первого шага в разработке и во внедрении целей здравоохранения поручило координацию этой деятельности Обществу по политике и исследованиям в области социального обеспечения — консультативному органу, где представлены главные движущие силы частного и социального страхования. Комитеты, в которые входили основные заинтересованные стороны, согласовывали цели, уточняя сферы деятельности и способы оценки достигнутого. В 2003 г. были разработаны и опубликованы программы, посвященные следующим крупным целям здравоохранения: профилактике и лечению диабета, повышению качества жизни при раке молочной железы и снижению смертности от него, снижению потребления табака, укреплению здоровья детей (питание, физические упражнения и профилактика физического и эмоционального перенапряжения), повышению самостоятельности и грамотности населения в вопросах здоровья [79].

## Содержание реформ и реформенное законодательство

В табл. 33 в хронологическом порядке перечислены важнейшие реформы здравоохранения за 1998—2004 гг. Законы, принятые после публикации предыдущего обзора немецкого здравоохранения [1], рассматриваются более подробно. Однако важно подчеркнуть, что помимо реформ, целью которых было собственно здравоохранение, на него повлияли и многие иные законы.

Реформы здравоохранения фактически сосредоточились на сдерживании расходов и преобразованиях в системе ГМС и внедрении страхования на случай необходимости долговременного медицинского ухода. До сего дня они редко касались доходной стороны государственного страхования, кроме разве что Закона о модернизации системы ГМС, согласно которому с пенсий всех типов взимаются страховые медицинские взносы. На доходы системы ГМС гораздо сильнее влияли другие социальные или общие политико-экономические реформы, которые начинало не Министерство здравоохранения, — особенно соглашения, касавшиеся объединения Германии, введение малых форм частичной занятости и реформы государственного страхования по безработице и государственного пенсионного страхования.

Соглашения об объединении с 1990 г. Германии и связанные с этим законы охватывали в рамках общей цели — приблизить стандарты жизни на востоке страны к стандартам жизни на западе — и схемы государственного страхования. К примеру, выросли финансовые потоки с запада на восток через систему ГМС: в 1999 г. был увеличен уровень дохода, с которого исчисля-

Таблица 33. Хронология реформ здравоохранения, 1998—2004 гг.

Год	Название закона
1988	Закон о реформе здравоохранения от 1989 г.
1992	Закон о структуре здравоохранения от 1993 г.
1994	Одиннадцатая книга социального кодекса (Государственное страхование на случай необходимости долговременного ухода)
1996	Закон о сокращении страховых взносов в системе ГМС
1997	Первый и второй законы о реструктуризации системы ГМС
1998	Закон об укреплении солидарности в системе ГМС
1999	Закон о реформе системы ГМС от 2000 г. Закон о едином законодательстве в государственном медицинском страховании от 2001 г.
2000	Закон о защите от инфекции
2001	Девятая книга социального кодекса (Реабилитация инвалидов и их адаптация в обществе) Закон о внесении изменений в систему базовых цен Закон о погашении перерасхода фармацевтических бюджетов Закон о реформе механизма выравнивания рисков в системе ГМС Закон о новом порядке выбора больничной кассы
2002	Закон об ограничении фармацевтических расходов Закон о сборах за госпитализацию Закон о стабилизации страховых взносов
2003	Закон о двенадцатой поправке к пятой книге социального кодекса Закон о первой поправке к закону о сборах за госпитализацию Закон о модернизации системы ГМС
2004	Закон о внесении изменений в оплату зубных протезов Закон о второй поправке к закону о сборах за госпитализацию

ется ставка страхового взноса, введен общенациональный механизм выравнивания рисков, а к 2007 г. должен быть завершен постепенный переход к псевдобюджетам для возмещения расходов частнопрактикующих врачей системы ГМС. Таким образом, денежный поток в направлении с запада на восток вырос с 0,6 млрд. евро в 1999 г. до 2,9 млрд. евро в 2003 г. В августе 2004 г. средняя ставка страхового взноса в больничных кассах восточной части страны была ниже, чем в западной (14,03% против 14,27%).

Большинство этих социальных, политических или экономических реформ уменьшили средства системы ГМС или расширили круг ее обязанностей, но некоторые законы увеличили доходы. Введение в 1999 г. малых форм частичной занятости первоначально увеличило приток средств, однако внесение в этот закон поправок снизило доходы государственных страховых схем.

## **Закон о реформе здравоохранения (1989 г.)**

Многие из упомянутых реформ опирались на методы сдерживания расходов, введенные Законом о реформе здравоохранения, который с 1 января 1989 г. вступил в силу в западной части Германии. Помимо обновления законов о социальном страховании от 1911 г. он ввел следующее:

- право выбора больничной кассы или выхода из системы ГМС для рабочих, доход которых превышает определенный предел (это уравнило их со служащими);
- право больничных касс избирательно заключать контракт с больницами, не входящими в больничные планы;
- новые услуги в системе ГМС, касающиеся сестринского ухода на дому;
- охрана здоровья и новые профилактические услуги;
- разные уровни доплаты за зубные протезы в зависимости от того, является ли клиент на регулярные стоматологические осмотры;
- вознаграждения за отсутствие жалоб;
- системы базовых цен на лекарственные средства и медицинские приспособления;
- перечень лекарственных средств, которые не оплачиваются в связи с их неэффективностью;
- государственные комиссии по совместному регулированию дорогостоящих медицинских технологий в амбулаторной и стационарной помощи;
- меры по обеспечению качества;
- расширение сферы деятельности медицинских экспертных комиссий системы ГМС на стационарное лечение.

## **Закон о структуре здравоохранения (1993 г.)**

Закон о структуре здравоохранения — крупнейшая реформа 1990-х гг. в этой сфере — был результатом соглашения, достигнутого в 1992 г. между правящей коалицией христианских демократов и либералов и находившимися в оппозиции социал-демократами («соглашение Ланштейна»). В законе проводились сразу два различных курса: внедрение более жестких мер сдерживания расходов и усиление конкуренции с целью повысить эффективность, особенно между больничными кассами и в области стационарной помощи.

Главными положениями закона были:

- введение конкуренции между больничными кассами — большинство застрахованных получило возможность выбирать кассу (с 1996 г.);
- введение «механизма выравнивания рисков» для перераспределения страховых поступлений между больничными кассами (с 1994 г.);
- отмена принципа полной оплаты расходов для больниц;
- частичное введение в больницах системы предварительной оплаты (с 1996 г. — сборы за госпитализации, а для некоторых видов лечения — сборы за процедуры);
- менее строгое деление на амбулаторную и стационарную помощь (стала возможной амбулаторная хирургия в больницах);

- введение базового перечня оплачиваемых лекарственных средств (с 1996 г.; но в 1995 г. данный пункт был упразднен);
- введение в основных секторах здравоохранения твердых бюджетов или лимитов на расходы (до 1995 г. — с ограничениями);
- более жесткое ограничение численности врачей в амбулаторном секторе;
- введение системы проверки случайным образом заявок амбулаторных врачей на оплату своих услуг;
- введение «смарт-карт» для застрахованных вместо бумажных документов;
- повышение уровня частичной оплаты и ее введение для лекарственных средств в системе базовых цен; размер доплаты зависел от цены (1993 г.) или объема упаковки (с 1994 г.).

### **«Третья стадия» реформы здравоохранения (1996—1997 гг.)**

После отклонения проекта следующего закона правительство представило в парламент частный закон, встроенный в более общий, который стимулировал экономический рост. Так называемый Закон о сокращении страховых взносов в системе ГМС (большинство положений которого вступили в силу с 1 января 1997 г.) провозглашал следующее:

- исключение стоматологической хирургии и протезирования зубов из набора услуг для тех, кто родился после 1978 г. (в 1998 г. отменено);
- снижение с 1 января 1997 г. размеров всех страховых взносов на 0,4%;
- сужение набора услуг по восстановительному лечению;
- повышение уровня доплат за лекарственные средства и восстановительное лечение (частично снижены в 1999 и 2000 гг.);
- сужение набора услуг по охране здоровья (частично восстановлено в 2000 г.).

Последовавшие за этим первый и второй законы о реструктуризации системы ГМС, которые вступили в силу 1 июля 1997 г. и 1 января 1998 г. соответственно, представляли отход от жесткого сдерживания расходов. Новая политика, с одной стороны, ограничивала взносы работодателей, а с другой, расширяла рыночные механизмы и увеличивала долю частных средств в системе ГМС. Частичная оплата была представлена как способ увеличить приток средств в систему ГМС (а не способ снизить потребление услуг, как ранее). Другие механизмы включали отмену либо видоизменение антирыночных механизмов — таких, как бюджеты и коллективные контракты.

Среди положений этих законов было следующее:

- право больных заключать со стоматологами договоры на обслуживание, а затем договариваться о ценах на хирургические стоматологические процедуры и зубные протезы, получая при этом от своей больничной кассы в возмещение расходов лишь фиксированную сумму (с 1998 г.)\*;
- связь роста страхового взноса больничной кассы с ростом уровня частичной оплаты в ней\*;
- право больничных касс вводить вознаграждения за отсутствие жалоб на состояние здоровья, а также франшизы и более высокий уровень частичной оплаты\*;

- право застрахованных выбирать лечение у частного врача с оплатой его больничной кассой по тем же расценкам\*;
- отмена бюджетов в амбулаторной помощи и лимитов на фармацевтические расходы (с 1998 г.)\*;
- больше возможностей заключать индивидуальные и выборочные контракты между больничными кассами и поставщиками услуг;
- переход ответственности за разработку перечня оплачиваемых услуг от Министерства здравоохранения к больничным кассам и объединениям больниц;
- отмена государственных комиссий по дорогостоящим медицинским приборам;
- введение ежегодного сбора в 10 евро с каждого застрахованного (платит застрахованный без участия работодателя) на реконструкцию и ремонт больниц\*;
- повышение уровня частичной оплаты за стационарную помощь, лекарственные средства, медицинские приспособления, санитарный транспорт и зубные протезы (для тех, кому они еще оплачиваются) (частично отменено в 1998 г.);
- новый вид обслуживания — пребывание в хосписе;
- новые требования по оценке медицинских технологий в амбулаторной помощи.

В сущности, законы 1996/1997 гг. нарушили несколько традиционных правил системы, например:

- услуги равно доступны всем;
- страховые взносы делятся поровну между работодателями и работниками;
- финансирование зависит лишь от дохода, а не от степени риска и не от объема потребления услуг;
- страховое пособие предоставляется в виде медицинских услуг.

Отмена этих законов — так же как отказ от стремления переложить расходы на больных за счет поставщиков медицинских услуг — стали важнейшей частью политической программы в области здравоохранения находившихся тогда в оппозиции социал-демократов. Предвидя подобный поворот в политике после выборов, больничные кассы сопротивлялись формальному ограничению дохода медицинских работников в целях сдерживания расходов. Они отказывались подписывать контракты, но соглашались пересмотреть свою точку зрения после выборов, если правительство останется у власти. Однако что касается отношений касс со своими клиентами, картина была не столь ясной: некоторые кассы воспользовались правом вводить вознаграждения за отсутствие жалоб, но не франшизы и не более высокие доплаты. Из-за недовольства в обществе и ожидаемых изменений в уровне доплат правительство само отложило проведение в жизнь своего предложения — связать повышение страховых взносов с повышением уровня доплат.

---

\* Отменено в 1998 г. (должно было вступить в силу с 1 января 1999 г.).



## **Закон об укреплении солидарности в системе ГМС (1998 г.)**

После смены правительства осенью 1998 г. Закон об укреплении солидарности в системе ГМС упразднил упоминавшиеся выше изменения, не согласовавшиеся с традиционным подходом (помечены выше звездочкой). Кроме того, был снижен уровень доплат за лекарственные средства и зубные протезы, а бюджеты или лимиты на расходы в соответствующих секторах здравоохранения введены вновь — для стоматологической помощи они стали более жесткими, чем раньше. Стоматологической помощи в 1998 г. было уделено особое внимание: хотя сборы с потребителя в первые три года после ее перехода в частный сектор были ограничены законом, многие стоматологи с самого начала брали с клиентов высокую доплату. Это, вместе с ограничением набора услуг и новыми полисами частных страховых компаний, вызывало все большее недовольство населения.

## **Закон о реформе государственного медицинского страхования (2000 г.)**

После краткосрочного Закона об укреплении солидарности в системе ГМС в июне 1999 г. правительство представило в парламент планы новой среднесрочной и долгосрочной реформы, принятые после поправок в декабре 1999 г. В январе 2000 г. вступил в силу Закон о реформе системы ГМС — 2000. Основные его положения перечислены ниже.

- Исключение из перечня услуг больничных касс неэффективных или сомнительных технологий и лекарственных средств: введен ряд мер, в том числе ужесточение оценки медицинских технологий, для чего был образован Германский институт медицинской документации и информации, который снабжает руководителей (прежде всего в корпоративных организациях) информацией об эффективности и о рентабельности медицинских технологий. Было ужесточено регулирование, касающееся почти бездействовавших Федеральной комиссии стоматологов и Федеральной комиссии больничных касс. Теперь при оценке технологии с целью включения ее в перечень услуг или, наоборот, исключения из него министерство могло назначать предельные сроки для создания заключения. Кроме того, эта деятельность распространилась на больничный сектор, для чего созданы Комиссия по стационарной помощи и Координационная комиссия.
- Меры, касающиеся перечня услуг, сопровождались внедрением обязательных клинических справочников и новых положений по контролю качества. Закон вновь ввел «базовый перечень» оплачиваемых лекарственных средств, против чего возражала фармацевтическая промышленность — особенно небольшие компании, выпускавшие много продуктов с сомнительной эффективностью. Полномочия на разработку такого перечня и его публикацию после одобрения Федеральным советом даны были федеральному Министерству здравоохранения. Подготовкой перечня занималась комиссия из девяти человек, экспертов по клинической медицине и фармакологии.



- Врачи общей практики, амбулаторные специалисты и больницы могут совместно заключать контракты с больничными кассами, при этом исчезает грань между амбулаторной и стационарной помощью: например, группа медицинских работников может заключить контракт с больничной кассой на оказание обоих видов помощи. Чтобы способствовать (добровольному) обращению к врачам первичной помощи за направлениями к специалистам, закон позволил больничным кассам выплачивать своим клиентам премии, если они поступают подобным образом.
- На сегодняшний день общество уделяет больше всего внимания финансовым сторонам реформы, т. е. бюджетам и системе возмещения затрат. Бюджеты по секторам здравоохранения сохранены, но сокращены на ту сумму, которая тратится на контракты по «сквозной» помощи. Первоначальное предложение перейти с двойной системы финансирования больниц на одинарную не прошло через Федеральный совет. Для оплаты текущих расходов больниц закон предусматривал внедрение новой системы оплаты, основанной на единых сборах за госпитализацию и учитывающей «сложности и сопутствующие заболевания» (см. раздел «Финансирование больниц»). В амбулаторном секторе бюджеты следовало разделять между врачами первичной помощи и специалистами, согласно рекомендациям Оценочной комиссии.

### **Дальнейшие изменения в политике здравоохранения (2000—2003 гг.)**

Со времени выпуска предыдущей версии обзора здравоохранения Германии (2000 г.) принято множество законов и постановлений (табл. 33). Они стремились преодолеть постоянно растущий дефицит бюджета больничных касс, смягчить отрицательные последствия конкуренции между ними и повысить качество медицинской помощи. Следовало также подготовить юридическую базу для введения в больницах системы клинично-затратных групп.

#### **Реформы механизма выравнивания рисков**

Принятие двух новых законов коренным образом изменило механизм выравнивания рисков, который перераспределяет деньги между больничными кассами, чтобы смягчить неравенство в расходах касс и доходах их клиентов. Закон о единой правовой основе в государственном медицинском страховании, принятый в 1999 г., с 2001 г. стандартизировал механизм выравнивания рисков по всей Германии. Это привело к оттоку средств в восточную часть страны. Одновременно финансовая опора системы ГМС в восточной части Германии расширилась благодаря изменению предельного размера страхового взноса, введению обязательного членства в системе ГМС и сокращению количества категорий населения, освобожденных от частичной оплаты медицинских услуг, до западного уровня. Обе меры были направлены на то, чтобы снизить высокие ставки медицинского страхового взноса на востоке страны, и поддержать таким образом занятость и экономику в целом.

Закон о реформе механизма выравнивания рисков в системе ГМС был принят в 2001 г. из-за растущего недовольства механизмом выравнивания доходов больничных касс как неполным и несправедливым. Толчок реформе дали отчеты двух экспертных групп. Обе пришли к заключению, что в принципе механизм выравнивания рисков функционирует хорошо, но не полностью подавляет практику отбора рисков больничными кассами, поскольку напрямую не компенсирует различий в структуре заболеваемости клиентуры разных касс, а учитывает только возрастные и половые различия, различия в уровне трудоспособности и в уровне дохода. Поэтому закон добавил еще одну категорию учета рисков, а именно участие застрахованных с хроническими заболеваниями в специальных программах по лечению заболеваний (см. раздел «Основная система финансирования»). Он также учредил с 2003 г. фонд высоких рисков и наметил шаги по введению с 2007 г. механизма выравнивания рисков, учитывающего заболеваемость.

### **Лекарственные средства и больницы: сдерживание расходов и изменения политики**

В январе 2001 г. министр здравоохранения от партии «зеленых» Андреа Фишер подала в отставку в связи с кризисом, разразившимся из-за эпидемии «коровьего бешенства»; так окончилось двухлетнее пребывание «зеленых» на этом посту.

Одним из первых шагов Уллы Шмидт, нового министра от социал-демократов, стал так называемый круглый стол, состоявший (в 2001—2002 гг.) из представителей врачей, больных, больничных касс, больниц и промышленных компаний; он был задуман как платформа для совместной подготовки структурных реформ. Стремясь достичь согласия, Улла Шмидт объявила также об отмене лимитов на фармацевтические расходы. Для этого в конце 2001 г. был принят Закон о погашении перерасхода фармацевтических бюджетов, который отменил региональные лимиты в амбулаторном секторе и задним числом освободил врачей от коллективной ответственности за превышение фармацевтических бюджетов в предыдущие годы. Лимиты сменились рекомендациями по расходам, которые разрабатывались самоуправляющимися органами на региональном уровне. Однако фармацевтические расходы системы ГМС лишь за первый квартал 2001 г. выросли на 11%, а потому закон пришлось уравновесить другим законом — об ограничении фармацевтических расходов; он обязывал фармацевтов при отпуске лекарственного средства выбирать самую дешевую замену из данного класса лекарственных веществ. Экономия оказалась меньше ожидаемой, прежде всего потому, что некоторые фармацевтические компании выпустили «фиктивные» препараты (дорогостоящие, чтобы поднять на бумаге максимальный размер базовой цены), а также потому, что они часто не исполняли закон. В одном спорном случае Ассоциации исследовательских фармацевтических компаний пришлось единовременно выплатить больничным кассам 204,5 млн. евро. В ответ правительство отменило снижение цен на некоторые лекарственные средства.

Фармацевтическая промышленность уже неоднократно обращалась в суд, утверждая, что больничные кассы не имели права вводить косвенный контроль цен на фирменные лекарственные продукты посредством включения их в систему базовых цен. Поэтому в 2001 г. Бундестаг принял Закон о внесении изменений в систему базовых цен, на два года передав эту деятельность федеральному Министерству здравоохранения. Однако и Федеральный конституционный суд (в декабре 2002 г.), и Европейский суд (в начале 2004 г.) одобрили роль больничных касс в установлении базовых цен на рынке системы ГМС, поскольку эта функция доверена им государством, и с 2004 г. этим вновь занимаются федеральные ассоциации больничных касс.

Закон о сборах за госпитализацию от 2002 г. установил нормативную базу и сроки введения системы оплаты по клинико-затратным группам, что должно было происходить в три этапа. На первом этапе — в 2003—2004 гг. — новые формы оплаты вводились на основе «нейтрального бюджета». За это время больницы должны были ознакомиться с новой системой; сборы за госпитализацию служили не ценовой системой, а скорее основой, на которой формировались договорные целевые бюджеты больниц. На втором этапе — в 2005—2006 гг. — бюджеты индивидуальных больниц постепенно следовало приблизить к бюджетам на основе клинико-затратных групп. С 2007 г. оплату по клинико-затратным группам планировалось сделать действующей системой. Вторая поправка к Закону о сборах за госпитализацию на два года продлила второй этап, отложив окончательное введение системы до 2009 г. Введение оплаты по клинико-затратным группам — важнейшая реформа в стационарном секторе со времени введения в 1972 г. двойного финансирования больниц.

В сентябре 2002 г., всего через три месяца после переизбрания правительства, оно представило два законопроекта о разовых жестких мерах по снижению расходов. В своем коалиционном соглашении (подписано в октябре 2002 г., охватывает законодательный период 2002—2006 гг.) правительство обещало добиваться более весомых структурных изменений [81].

Закон о стабилизации страховых взносов, принятый Бундестагом в 2002 г., был нацелен в первую очередь на фармацевтические расходы: он поднял с 5 до 6% размер выплат фармацевтов больничным кассам за препараты, не входящие в систему базовых цен. Были также введены выплаты в систему ГМС для производителей (6%) и оптовых продавцов (3%). Кроме того, были предусмотрены прямые переговоры больничных касс с производителями о дополнительных выплатах. И все же расходы вместо ожидаемого расчетного снижения на 1,4 млрд. евро возросли, главным образом из-за перехода на другие лекарственные средства, зачастую более дорогие. Закон предусматривал также замораживание амбулаторных и больничных бюджетов на 2003 г., исключая больницы, перешедшие на систему оплаты по клинико-затратным группам. Еще одним — и единственным сохранившимся — элементом явилось повышение предельного дохода, при котором членство в системе ГМС обязательно (чтобы снизить частоту переходов в частное медицинское страхование). В результате максимальный доход, определяющий членство в системе ГМС, стал отличаться от максимального дохода, опреде-

ляющего величину страховых взносов (величина последних теперь снизилась).

### **Закон о модернизации системы государственного медицинского страхования (2004 г.)**

Принятие в 2003 г. Закона о модернизации системы ГМС завершило длившуюся около года разработку положений закона и предшествовавший этому пятилетний раскол из-за политики здравоохранения между двумя крупнейшими политическими партиями — социал-демократами и христианскими демократами [26]. Все чувствовали, что реформы нужны — прежде всего из-за роста величины страховых взносов в системе ГМС (в среднем с 13,5% общего дохода в 2001 г. до 14,3% в 2003 г.) и явных недостатков в качестве медицинской помощи. Закон стал результатом соглашения между находящимся у власти правительством коалиции социал-демократов — «зеленых» и христианско-демократической оппозицией, которой принадлежало большинство в Федеральном совете. Он стремился повысить эффективность и качество медицинской помощи и стабилизировать страховые взносы в системе ГМС, чтобы работодателям стало выгодно без ограничений вкладывать деньги в создание новых рабочих мест.

Закон должен был дать значительную экономию для системы ГМС — ожидалось, что она вырастет с 9,8 млрд. евро в 2004 г. (примерно 7% ожидаемых расходов больничных касс) до 23 млрд. евро к 2007 г. В 2004 г. более половины ожидаемой экономии (4% нынешних расходов системы ГМС) будет достигнуто за счет того, что расходы в системе ГМС будут переложены на потребителей. В то же время предполагаемая экономия от мер, направленных на медицинскую помощь и фармацевтическую промышленность, составит в 2004 г. 1,5 млрд. евро, а к 2007 г. постепенно увеличится до 3 млрд. евро.

Основные пути экономии средств или перераспределения затрат перечислены ниже.

- Некоторые услуги, особенно безрецептурные средства (см. далее), исключаются из системы ГМС.
- Изменены положения, касающиеся частичной оплаты: (1) введены новые доплаты; (2) уровни частичной оплаты в разных секторах стандартизированы; (3) пересмотрены правила освобождения от нее. (1) Впервые введены доплаты за обращение к врачу в амбулаторном секторе, а именно — 10 евро за первое посещение врача или стоматолога в квартал и каждый контакт в том же квартале с другими врачами без направления от врача первичной помощи. (2) Уровень частичной оплаты теперь составляет 10%, минимальная сумма равна 5 евро, а максимальная — 10 евро за товар или услугу, что в целом выше, чем ранее (подробности см. в разделе «Дополнительные источники финансирования»). (3) Обслуживание детей до 18 лет, ведение беременности и профилактические услуги по-прежнему освобождены от частичной оплаты, но общее освобождение лиц с низким уровнем дохода отменено. Годовая сумма частичной оплаты для каждого застрахованного в системе ГМС теперь ограничена 2% годового общего

дохода семьи по подтверждаемому документами запросу застрахованного; для хронических больных эта величина составляет 1%. Скидки на супругов и детей сохраняются.

- С 2005 г. закон стремился исключить из системы ГМС зубное протезирование. В результате соглашения между правительством и оппозицией для застрахованных в системе ГМС было введено обязательное дополнительное страхование зубного протезирования, которое оплачивали только застрахованные, без участия работодателей. Были предусмотрены два варианта: твердая страховая сумма плюс возможность частичного страхования для членов семьи и предоставление услуг в натуральной форме (например, предварительное разрешение от больничных касс и оказание помощи региональными ассоциациями стоматологов), либо частное страхование по ставкам, которые выбирает страховая компания. Однако к середине 2004 г. сравнительно дешевое дополнительное страхование привело к слишком высоким издержкам, так что Бундестаг принял закон, возвращающий зубное протезирование в систему ГМС, причем оно финансируется через «специальный взнос» размером 0,4%, который полностью оплачивают сами застрахованные, а право на частное страхование было отменено. Согласно Закону о модернизации системы ГМС, с 2006 г. со всех застрахованных (но не с работодателей) должен был собираться «специальный» взнос в 0,5% — что составило бы примерно такую же сумму экономии, как и исключение из набора услуг системы ГМС оплаты больничных листов. Связанное с этим предложение из-за возникших разногласий было отвергнуто на ранней стадии.
  - В связи с изменениями в порядке оплаты зубного протезирования два «специальных взноса» с июля 2005 г. будут объединены в один размером 0,9%. Одновременно на столько же будет снижен основной страховой взнос, так что работодатели станут платить на 0,45% меньше, а работающие и другие застрахованные — на 0,45% больше. Таким образом, многолетнее равенство в финансировании (50/50) сменится на соотношение примерно 46/54 для работодателей и застрахованных соответственно.
  - Кроме того, в системе ГМС появились новые источники дохода, т. е. субсидии из федерального бюджета на покрытие нескольких услуг, важных для планирования семьи (см. раздел «Дополнительные источники финансирования»), и взносы в систему ГМС с дополнительных пенсий.
- Помимо этих широко обсуждавшихся мер по сдерживанию расходов Закон о модернизации системы ГМС включал ряд других предложений, которые привлекли меньше внимания: они были направлены на повышение качества медицинской помощи, эффективную координацию деятельности различных секторов и участие больных в лечении.
- Закон ввел ряд мер по сдерживанию расходов в фармацевтическом секторе и предусмотрел значительные структурные преобразования, включающие:
- уже упоминавшееся повышение уровня доплат и пересмотр правил освобождения от них;

- исключение из системы ГМС безрецептурных средств, кроме некоторых четко определенных препаратов;
- повторное включение неэффективных или малоэффективных патентованных лекарственных средств в систему базовых цен (эффективность определяется Общей федеральной комиссией на основании оценки, произведенной Институтом качества и эффективности);
- повышение уровня выплат системе ГМС производителями патентованных средств за препараты, полученные застрахованными в амбулаторном секторе, если эти препараты не охвачены системой базовых цен;
- возможность для больничных касс непосредственно заключать контракты с производителями лекарственных средств;
- свободное ценообразование для безрецептурных средств (для средств, требующих рецепта, сохранены твердые цены);
- введение электронной торговли лекарственными средствами;
- возможность для фармацевтов открывать три дочерние аптеки на определенном расстоянии от основной;
- изменение способа оплаты труда фармацевтов с дигрессивной шкалы прибыли на твердую сумму сбора за рецептурные лекарственные средства — 8,1 евро за упаковку.

Для улучшения взаимодействия между секторами была создана Общая федеральная комиссия; к ней перешли обязанности Федеральной комиссии врачей и больничных касс, Федеральной комиссии стоматологов и больничных касс, Комиссии по стационарной помощи и Координационной комиссии. Общая федеральная комиссия занялась также вопросами обеспечения качества в разных секторах здравоохранения, чтобы внедрить меры по контролю качества в процесс управления и лучше связать их со стимулами и с наказаниями (подробности см. в разделе «Планирование, регулирование и управление»). Институт качества и эффективности будет помогать комиссии, оценивая эффективность и безопасность (но не рентабельность, в отличие от первоначальных планов) лекарственных средств и других методов лечения, оказывая ей поддержку в других вопросах и снабжая научно обоснованной информацией о больных.

Другие положения закона направлены на укрепление индивидуальных и коллективных прав больных; создана должность уполномоченного по делам больных, а официально зарегистрированные организации, отстаивающие права хронических больных, получили места в объединенных самоуправляющихся органах на уровне федеральных земель, а самое главное — в Общей федеральной комиссии: девять делегатов без права голоса могут участвовать в консультациях и предлагать вопросы для обсуждения.

Положения закона должны увеличить разнообразие моделей амбулаторной помощи — появилась возможность создавать так называемые медицинские центры, т. е. междисциплинарные амбулаторные учреждения. Под надзором региональных ассоциаций врачей, конкурируя с врачебными практиками, они могут предлагать услуги по семейной медицине, специализированную амбулаторную и комплексную помощь. Сейчас лишь в Берлине и Бранденбурге есть несколько таких центров, образовавшихся из поликли-

ник времен ГДР (см. раздел «Историческая справка»). Чтобы лучше координировать различные виды обслуживания, все больничные кассы обязаны предлагать «модели семейной медицины» и могут включать туда различные формы регулирования доступа к специализированной помощи. Клиенты касс могут, но не обязаны, выбирать эти модели.

Комплексная помощь, которую предлагают медицинские работники разных секторов по единому контракту с больничной кассой, становится доступнее и привлекательнее. Для ее финансирования, по крайней мере в 2004—2006 гг., будет отчисляться 1% средств, предназначенных на амбулаторную и стационарную помощь. В противоположность первоначальным планам правительства, избирательные контракты заключаются не со всеми амбулаторными специалистами, а лишь с теми, кто участвует в программах комплексной помощи.

К 2005 г. мелкие региональные ассоциации врачей должны быть реорганизованы в более крупные, а главное, на смену управляющим ими советам, состоящим из практикующих врачей, придут профессиональные менеджеры (для больничных касс это с 1993 г. обязательно). Первоначальный правительственный план реорганизации больничных касс был после обсуждения отменен, чтобы избежать дестабилизации организационных структур, но перед кассами поставлены дополнительные задачи по управлению оказанием помощи и ее координации.

Многие параграфы закона касаются внедрения положений, принятых в ЕС: например, медицинская смарт-карта ЕС, оплата дежурства в ожидании вызова как рабочего времени, предоставление информации о том, где произведены зубные протезы. Согласно решению Европейского суда по делу Мюллер-Форе и ван Рит (С-385/99) в мае 2003 г., любому застрахованному теперь должна оплачиваться амбулаторная помощь, оказанная ему в любой стране ЕС, даже если он не предупредил об этом свою больничную кассу, а у соответствующих страховых или медицинских организаций не заключен контракт с оказавшим помощь учреждением или отдельным медицинским работником. Чтобы не ставить в невыгодное положение тех, кто обращается за медицинской помощью в Германии, эти правила касаются теперь и всех застрахованных (не только добровольно застрахованных) в пределах страны. Предусмотрены, однако, некоторые предосторожности: например, больничные кассы при оплате могут делать вычеты на административные расходы, не полностью покрывать частичную оплату, предварительно проверять эффективность лечения. Кроме того, закон дает больничным кассам возможность, в рамках моделей комплексной помощи, индивидуально и избирательно заключать контракты с медицинскими учреждениями в других странах ЕС-15.

Закон о модернизации системы ГМС является частью более обширного пакета экономических, социальных и педагогических реформ, получивших название «Программа 2010». Немецкое общественное мнение пристально следит за ее финансовым успехом, наблюдают и другие страны ЕС — вероятно, более внимательно, чем когда-либо прежде. Европейский Совет и Европейская Комиссия критиковали повышение взносов социального (меди-



цинского) страхования как препятствие на пути подъема национальной экономики и уменьшения дефицита федерального бюджета ниже 3% ВВП, как записано в Маастрихтском договоре.

Сокращение набора страховых услуг, частичная оплата и правила освобождения от нее в первые месяцы после принятия закона сильно критиковалось, другим же, организационным, сторонам реформы было уделено меньше внимания. К октябрю 2004 г. было заключено около 170 контрактов на комплексную медицинскую помощь. С января 2004 г. больничные кассы добились существенной экономии, в основном благодаря повышению уровня частичной оплаты, сокращению набора услуг и отчислениям в свою пользу в фармацевтическом секторе. Однако величина страховых взносов снизилась меньше, чем ожидало федеральное правительство, и лишь немногие кассы в 2005 г. объявили о снижении размера взносов. Правительство открыто требует, чтобы больничные кассы отдали часть сэкономленных средств застрахованным и работодателям, но большинство касс возражает, поскольку им надо выплачивать долги, а в будущем ожидается новый рост расходов — причем пока неизвестно, на сколько.

Единая твердая ставка страхования для зубных протезов, предусмотренная Законом о модернизации системы ГМС с 2005 г., требовала слишком больших административных расходов и угрожала равенству доступа. Поэтому в Бундестаг был представлен новый Закон о внесении изменений в оплату зубных протезов, принятый в октябре 2004 г. С июля 2005 г. работающие будут платить «специальный взнос», равный 0,4% от их суммарного дохода, который покроет расходы на зубные протезы, но работодатели в нем не участвуют. Кроме того, уже в июле 2005 г. будет введен первоначально предусмотренный «специальный взнос» 0,5%, что в сумме составит 0,9%. В то же время больничные кассы будут обязаны на 0,9% снизить размер страхового взноса.

## Реформы будущего

Уже готовятся новые реформы: федеральное правительство подготовило материалы к законопроекту, посвященному укреплению профилактики и согласованию деятельности в различных сферах здравоохранения. Закон, разработку которого начала находящаяся у власти коалиция, сведет воедино существующие положения по профилактике, прояснит обязанности действующих лиц, улучшит их взаимодействие друг с другом и устранил юридические препятствия. В социальном кодексе в разделах, посвященных восстановительному лечению и государственному медицинскому страхованию, появится новый специальный раздел. Рабочая группа согласовала основные положения реформы; решено, что финансировать профилактические меры, перечисленные в законопроекте, т. е. главным образом профилактические меры, направленные на индивидуальный образ жизни каждого с учетом окружения, должны больничные кассы, государственное пенсионное страхование и государственное страхование несчастных случаев. Законопроект вызвал возражения, особенно со стороны самоуправляющихся органов системы ГМС, поскольку



ку, согласно ему, финансирования от центрального правительства и федеральных земель не предусмотрено, а участвовать в руководстве системой они будут. Одна пятая часть средств пойдет на общенациональные профилактические программы, для чего создается специальный федеральный фонд.

Федеральный конституционный суд потребовал, чтобы в фонд страхования долговременного ухода имеющие детей платили более низкие взносы, чем бездетные. В середине 2003 г. две экспертные комиссии занимались общими вопросами реформы страхования долговременного ухода; обе предложили создать уставной капитал, чтобы добиться постоянства финансирования. Правительственная комиссия Рюрупа предложила ввести дополнительный взнос для пенсионеров. Комиссия Херцога (от оппозиции), напротив, предложила увеличить взносы работодателей, компенсировав это отменой одного праздничного дня. Кроме того, комиссия Херцога хотела расширить основу финансирования на все типы доходов. В остальном их рекомендации были сходными: страхование на случай необходимости долговременного ухода должно оставаться социальным, финансироваться взносами как работающих, так и работодателей и по-прежнему должно предоставлять услуги до некоего верхнего предела. Он не должен зависеть от того, оказываются ли услуги амбулаторно или в стационаре (сейчас для стационарного обслуживания он выше). Стоимость услуг следует скорректировать с учетом инфляции и изменений в стоимости рабочей силы. Люди, страдающие снижением интеллекта, должны иметь равное право на обслуживание, что требует расширить набор услуг и нынешнее определение необходимости ухода, ориентированное пока на соматические заболевания.

Другой вариант, изложенный в законопроекте Министерства здравоохранения, предусматривал дополнительный взнос с бездетных вместе с расширением права на обслуживание и набора услуг для людей, страдающих снижением интеллекта. Однако в январе 2004 г. администрация канцлера отклонила это предложение как непопулярное. Таким образом, многие меры сейчас обсуждаются заново. На политическом уровне обсуждаются другие давние рекомендации медицинских организаций и объединений потребителей — особенно относительно усиления профилактики и реабилитации при долговременном уходе. По требованиям суда Бундестагом в 2004 г. было принято частное решение, но более глубокие реформы отложены до 2005 г.

Кроме того, Бундестаг обратился к центральному правительству и правительствам федеральных земель с просьбой пересмотреть существующий механизм выравнивания страховых рисков и разработать концепцию реорганизации страховой системы, включая планы, отвергнутые при обсуждении Закона о модернизации системы ГМС, — облегчить слияния среди 292 больничных касс, дать им возможность переходить из одной ассоциации в другую и запретить до 2007 г. создание новых касс (к этому моменту, как полагают, механизм выравнивания страховых рисков будет опираться на критерии заболеваемости). Ожидается также обсуждение реорганизации медицинской помощи, особенно уход от нынешней монополии на амбулаторное обслуживание, принадлежащей региональным ассоциациям врачей.

С 2003 г. все согласны с тем, что финансирование различных видов социального страхования требует глубоких преобразований. Концепции медицинского страхования в настоящее время варьируют от расширения основы, с которой взимаются страховые взносы, на всех жителей и иные типы дохода (гражданское страхование) — этот вариант поддерживает правящая коалиция — и одинаковые для всех страховые суммы, как в швейцарской модели, — этот вариант поддерживает христианско-демократическая оппозиция. Нынешние политические программы опираются на выводы комиссии Рюрупа, созданной канцлером Германии в начале 2003 г. и состоявшей из экспертов, представителей промышленности, профсоюзов и других групп; она должна была разработать проект реформ, направленных на устойчивое финансирование систем социального страхования, в том числе системы ГМС.

Поскольку комиссия не сумела остановиться на каком-либо одном предложении, в ее окончательном отчете содержатся два варианта. Первый («твердые страховые суммы») рекомендует для системы ГМС следующее:

- взносы в государственное медицинское страхование не зависят от дохода и представляют собой твердую страховую сумму (для взрослых примерно 200 евро в месяц; дети на иждивении у родителей по-прежнему страхуются бесплатно);
- финансирование из налогообложения нынешнего взноса работодателей за всех работающих и пенсионеров независимо от их медицинского страхового статуса;
- социальная компенсация через налоговую систему в виде субсидий для лиц с низким уровнем дохода.

Другой вариант — основанное на пропорциональном взносе страхование всего населения, также известное как «гражданское страхование». Оно стремится расширить основу финансирования при помощи следующих мер:

- включение в сумму, с которой рассчитывается страховой взнос, других типов дохода (например, ренты и процентов с капитала);
- повышение предельной величины дохода, с которой начинает рассчитываться страховой взнос, примерно на одну треть — до уровня государственного пенсионного страхования (в настоящее время — около 5100 евро в месяц);
- отмена пределов дохода, при котором обязательно страхование в системе ГМС и распространение таким образом обязательного государственного медицинского страхования на новые группы населения (государственные служащие, мелкие предприниматели и фермеры).

В обеих моделях фактическое перераспределение будет зависеть от величины налоговых средств или, соответственно, предельного размера взносов. Согласно первоначальным расчетам комиссии Рюрупа, модель гражданского страхования облегчит жизнь тем, чьи доходы на семью составляют 10—40 тыс. евро в год, а модель страховых сумм сэкономит средства семьям с доходами 40—120 тыс. евро в год; семьи с более высокими доходами не выиграют ничего, так как платят более высокие налоги. Единые страховые суммы потребуют значительных социальных платежей и перераспределения доходов от налогов.

Основные политические партии не могут прийти к согласию о будущем финансировании здравоохранения. Правящая коалиция социал-демократов и «зеленых» склоняется в пользу гражданского страхования и осенью 2003 г. включила его в свою программу. Свободная демократическая партия хочет перевести все фонды системы ГМС в частное страхование и полностью приватизировать систему. Христианско-демократическая партия на своем съезде в декабре 2003 г. приняла схему с твердыми страховыми суммами в измененном варианте, согласно которому резервы на старость будут основываться на накоплении капитала. Эту модель партия будет отстаивать на следующих выборах в 2006 г. Однако значительные разногласия наблюдаются внутри самих партий: например, в Баварии христианские демократы выступают против твердых страховых сумм, предпочитая все-таки связывать их с размером дохода. С другой стороны, канцлер опасается, что гражданское страхование станет угрозой частному медицинскому страхованию, которое сейчас охватывает 9% населения с полисом, полностью замещающим страхование в системе ГМС, и еще 9% с дополнительной страховкой, а также будет финансовым бременем для государства из-за необходимости подготовить чиновников, которые займутся необходимыми социальными выплатами.



## Заключение

**Н**емецкая система придает больше значения свободе выбора, легкости доступа, высокой численности медицинских работников и достаточной обеспеченности техникой, чем рентабельности или сдерживанию затрат как таковым (несмотря на все принятые законы по сдерживанию расходов). Общество поддерживает эти приоритеты, и если использовать их в качестве критериев для оценки, здравоохранение добилось успехов. Официальные очереди и явное нормирование услуг практически неизвестны. Такой расстановке приоритетов также способствует сложный процесс принятия решений. Основные положения системы ГМС и уровни частичной оплаты определяются федеральными законами, большинство решений по фактическому составу единого перечня медицинских услуг и оказанию лечебной помощи — результат переговоров между ассоциациями врачей и больничными кассами на региональном и общенациональном уровне. Поэтому любые сокращения требуют некоторой поддержки со стороны больничных касс и медицинских учреждений.

Хотя в абсолютном выражении общие расходы здравоохранения с 1992 г. выросли почти наполовину, но в процентах от ВВП — лишь на один процент (с 9,9 до 10,9% в 2002 г.) [21], и их реальный ежегодный рост ниже, чем в большинстве других стран ОЭСР. Это тем удивительнее, что за это время введены государственное страхование долговременного ухода и ряд новых услуг в системе ГМС. Кроме того, сравнительно стабильными остаются расходы системы ГМС, они выросли с 6,14% от ВВП в 1992 г. до 6,32% в 2002 г. Это — следствие реформ, которые стремились прежде всего предотвратить ситуацию, когда расходы больничных касс растут быстрее, чем доход, с которого исчисляются страховые взносы. Требовалось сдерживать расходы и стабилизировать размер страховых взносов. Удалось сохранить медицинское обслуживание доступным для всех, несмотря на экономические трудности, связанные с объединением Германии, снижение доходов системы ГМС и меры по сдерживанию расходов. Система ГМС охватывает сейчас 88% населения и составляет 57% общих расходов здравоохранения. Люди с социальным и частным медицинским страхованием, как правило, имеют свободный и равный доступ к медицинской помощи на всех уровнях, хотя в сельской местности это не совсем так.

Чтобы лучше учитывать потребности населения, за последние десять лет во многом была изменена система распределения средств. Особенно это коснулось долговременного медицинского ухода — был введен новый вид социального страхования с новыми услугами (однако недостаточными для больных, страдающих снижением интеллекта) и увеличена численность медицинских сестер и работников по уходу за престарелыми, а также количество необходимых амбулаторных и стационарных учреждений. В системе ГМС появились новые услуги, касающиеся обучения больных и предоставления им информации, социальной терапии для людей, страдающих психическими заболеваниями, пребывания в хосписе.

Еще одно достижение — после объединения значительно сгладилось неравенство в состоянии здоровья и в здравоохранении между западной и восточной частями страны. Здравоохранение бывшей Германской Демократической Республики (ГДР) быстро и радикально перестроилось, восприняв систему финансирования, медицинской помощи, разработки политики и планирования от бывшей Федеративной Республики Германии (ФРГ). Относительное отставание от запада страны в технической оснащенности, стандартах строительства и эксплуатации зданий, количестве домов престарелых и инвалидов компенсировано крупными объемами правительственных капиталовложений. Численность персонала и уровень оплаты в стационарных учреждениях и амбулаторной помощи также приблизились к западному уровню.

Средняя продолжительность жизни за последние 15 лет значительно выросла, а показатели здоровья улучшились. Это заметно в большинстве стран ЕС, однако на востоке Германии наблюдался один из наиболее резких скачков в продолжительности жизни во всем мире. Этому успеху способствовало многое, но в первую очередь, несомненно, здравоохранение. Хотя улучшение в состоянии здоровья населения и рост коечного фонда в восточной части страны недавно отмечены в нескольких официальных докладах, в самой Германии это по-настоящему все еще не расценивается как успех. В центре внимания, скорее, высокие расходы на объединение страны и разочарование, что экономическая ситуация не улучшилась настолько, насколько ожидалось поначалу. Однако возможно, что эти проблемы не торопятся решать из-за отрицательных эмоций, которые на востоке страны вызывает преобладание при реформе западных действующих лиц и интересов, для которых всеобщее медицинское страхование или система поликлиник бывшей ГДР были бы значительной угрозой. Разумеется, неизвестно, к каким последствиям привело бы принятие системы ГДР — были бы они сравнимы с достигнутым результатом или даже превосходили его, или нет. Создание с 2004 г. по всей стране междисциплинарных медицинских центров и нынешние споры о гражданском страховании с удовлетворением восприняты в восточной части страны как свидетельство того, что некоторые черты системы здравоохранения ГДР были не так уж плохи.

Растут сомнения в том, что высокий уровень расходов на здравоохранение всегда означает качественную медицинскую помощь и рентабельное использование ресурсов. Эту дискуссию во многом подогрел отчет ВОЗ за 2000 г., поставивший Германию лишь на 25-е место по эффективности сис-

темы здравоохранения (соотношение достигнутых целей и затраченных на это средств). Хотя доклад критиковали за его методологическую слабость, общее заключение в отношении Германии, по-видимому, справедливо [82].

Консультативный совет по согласованной деятельности в сфере здравоохранения также выявил значительные возможности для роста эффективности и повышения качества. Экспертная комиссия провела опрос всех основных заинтересованных лиц в здравоохранении, включая страховые фонды, медицинских работников, группы самопомощи и правительственные организации, и нашла свидетельства избыточного использования услуг и экономической неэффективности, но также и недостаточного использования услуг и вреда, которого можно избежать, при лечении самых распространенных хронических заболеваний [16]. Она потребовала уделить больше внимания проблеме врачебных ошибок и усовершенствовать страховые полисы [35]. Вслед за многими участниками опроса Консультативный совет подчеркнул, что разделение на сектора не только самой медицинской помощи, но также финансирования и регулирования было крупным препятствием на пути повышения качества и эффективности медицинской помощи.

Нижеследующие разделы, не обязательно расположенные в порядке убывания значимости, посвящены некоторым из важнейших вопросов, стоящих перед немецким здравоохранением.

*Сдерживание расходов и вопросы оплаты.* Важнейшие из политических вопросов — разрыв между расходами и доходами больничных касс и будущая жизнеспособность принципа оплаты расходов из текущих доходов. В Германии самый высокий по ЕС уровень расходов на здравоохранение. Он всегда был сравнительно высок, но в 1960 г. его величина (4,2% от ВВП) была ближе к уровню других стран ЕС. Объединение Германии сопровождалось резким скачком расходов с 9,3% от ВВП в 1990 г. до 10,4% в 1995 г. Это в известной степени можно объяснить более низким уровнем доходов в восточных землях. Высокий уровень расходов отражается и в почти непрерывном росте размера страховых взносов — с 12% в 1990 г. до 14,2% в 2004 г. В амбулаторной помощи и в стоматологии, а также (после 1998 г.) в стационарной расходы удалось сдерживать, но в отношении услуг работников смежных с медицинской областей, медицинских приспособлений, транспортных услуг и неотложной помощи дело обстоит хуже. Расходы на лекарственные средства быстро росли в начале 1990-х гг., с помощью бюджетов эффективно контролировались до 2000 г., а потом начали расти снова.

Поэтому сдерживание расходов остается одним из важнейших пунктов политической повестки дня. Другим важным вопросом будет результат внедрения в больницах оплаты по клинико-затратным группам и развитие соответствующих, сдерживающих затраты, механизмов оплаты труда врачей в амбулаторном секторе. Особое внимание следует уделить взаимосвязи стимулов на различных уровнях медицинской помощи. Усиление элементов подушной оплаты в первичной помощи и новые методы оплаты, нацеленные на результаты деятельности, в специализированной амбулаторной помощи могут препятствовать потреблению услуг на самом нижнем уровне медицинского обслуживания.

*Самоуправляющиеся органы, подотчетность и участие в принятии решений.* Разработка политики в немецком здравоохранении децентрализована и основывается на демократическом одобрении действующими лицами, определенными законом. Система самоуправления в здравоохранении считается надежной основой эффективности переговоров, доверия общества и гарантий безопасности против излишнего правительственного вмешательства. Однако самоуправляющиеся организации медицинских работников, поставщиков медицинских услуг и больничных касс все чаще критикуются за отсутствие прозрачности и публичной отчетности.

*Расширение доходной основы финансирования.* Сейчас общепризнано, что даже при продолжении политики сдерживания расходов финансовый кризис со стороны дохода так или иначе затмит расходный кризис. Здесь особенно важны три обстоятельства. Во-первых, высокий уровень безработицы сужает финансовую основу системы ГМС. Во-вторых, в национальном доходе постоянно снижается доля труда, а доля капитала растет. Поэтому финансовый поток в систему социального страхования несколько снижается. В-третьих, государственные служащие и мелкие предприниматели системой ГМС сейчас не охвачены.

В сочетании с другими компонентами социального страхования (в первую очередь пенсии, страхование долговременного ухода, страхование по безработице) это стало одной из основных проблем германского здравоохранения. Сама конструкция системы с принципом солидарности в финансировании при сложившихся демографических и социально-экономических тенденциях привела к тому, что все большая доля заработков уходит в социальное страхование — это грозит повысить уровень безработицы и подорвать экономический рост. Оба предложения по будущему финансированию здравоохранения, т. е. твердые страховые суммы и гражданское страхование, пытаются решить эту проблему, хотя акценты здесь различаются. Первый вариант нацелен прежде всего на разделение страховых взносов и стоимости рабочей силы, а второй на расширение финансовой основы страхования, поскольку нынешняя основа — взносы работающих — все больше сокращается. Через 120 с лишним лет после появления общенационального государственного медицинского страхования впервые обсуждается вопрос о полном охвате населения медицинским обслуживанием. В то же время нынешние споры о реформе доходной основы финансирования страховой системы практически не учитывают вероятное и немалое влияние самоуправляющихся организаций.

*Преодоление границ между секторами в медицинской помощи и эффективность распределения ресурсов.* Одну из слабостей немецкой системы — разделение медицинской помощи на сектора — в последние годы стремились устранить несколько реформ, среди них перестройка системы ГМС, страхование на случай необходимости долговременного ухода и социальное пенсионное страхование (охватывающее значительную часть восстановительного лечения). Сближению амбулаторной и стационарной помощи посвящены также специальные меры, в том числе открытие высокоспециализированных амбулаторных отделений при больницах, больничная амбулаторная хи-



ругия, отпуск больничными аптеками лекарственных средств для амбулаторного применения и модели комплексной помощи.

Точную степень дублирования медицинской помощи и количество неуместных направлений, либо слишком ранних (из-за бюджетов секторов), либо слишком поздних (из-за сложностей при обмене информацией), оценить нельзя. Однако все согласны с тем, что это может повредить больным. Слабость первичной помощи и отсутствие регулирования доступа к специализированной — также следствие границ между секторами. Больничные кассы не могут прийти к какому-то определенному взгляду: с одной стороны, они говорят о поддержке системы регулирования доступа к специализированной помощи с участием семейных врачей, с другой — многие из их программ, например программы по лечению заболеваний, возможно, рассчитаны на укрепление собственной роли в регулировании доступа. Закон о реформе системы ГМС от 2000 г. разрешил больничным кассам заключать контракты с группами медицинских работников, относящихся к разным секторам здравоохранения, и предлагать клиентам систему регулирования доступа к специализированной помощи на добровольной основе. Закон о модернизации системы ГМС требует от всех больничных касс предлагать программы комплексной помощи и тратить на это новое направление 1% своего бюджета. Кроме того, теперь они должны предлагать модель с регулированием доступа, что может сочетаться с разного рода вознаграждениями для клиентов.

В будущем реформы должны повысить роль врачей общей практики, что требует укрепить их положение по сравнению с частнопрактикующими специалистами, улучшить подготовку в области регулирования доступа больных к специалистам и усилить осознание этой их функции в обществе. С другой стороны, частнопрактикующие специалисты все чаще будут сталкиваться с конкуренцией со стороны больниц, где постепенно открываются возможности по оказанию амбулаторных услуг. Таким образом у больниц появятся новые возможности компенсировать дальнейшее сокращение коучного фонда, но при этом возникнут трудности из-за наличия крупных специализированных отделений для амбулаторного обслуживания (часто дублируемых). Кроме того, полагают, что более ранняя выписка из стационара создаст трудности амбулаторным учреждениям и реабилитационным центрам. В будущем реформам здравоохранения, вероятно, придется заняться этим вопросом, что потребует согласия всех заинтересованных сторон, включая правительства федеральных земель.

*Технический прогресс и оценка медицинских технологий.* Как подходить к новым технологиям — важный вопрос для всех областей здравоохранения. При разработке методов оценки медицинских технологий он обязательно должен учитываться. Некоторые из недавних мер, направленных на повышение качества и контроль расходов, например клиничко-затратные группы и программы лечения заболеваний, снизили количество нововведений. Скорее всего, роль оценки медицинских технологий в разработке политики здравоохранения, а также в информировании медицинских работников и больных значительно возрастет. На административном уровне разработкой

политики в этой области занимается образованная в 2004 г. Общая федеральная комиссия, но координация регулирующих положений в разных секторах еще далека от совершенства — особенно это касается лицензирования, оплаты, распространения и применения технологий. Будущее решит также, способен ли сыграть весомую роль в оценке медицинских технологий новый Институт качества и эффективности — это потребует как предоставления высококачественных данных, так и принятия их Общей федеральной комиссией и другими органами.

*Коллективизм и конкуренция.* На протяжении всей истории немецкой системы ГМС регулирование все более унифицировалось. В конце девятнадцатого века каждая больничная касса самостоятельно заключала контракты с отдельными врачами. Позднее кассы стали заключать контракты с ассоциациями врачей. Затем при заключении контрактов кассы стали объединяться, но сохранялись различия между так называемыми основными кассами и альтернативными. Закон о реформе здравоохранения (1989 г.) был попыткой укрепить положение покупателей услуг, сделав всю процедуру переговоров стандартной и централизованной и одновременно стандартизовав набор медицинских услуг. Введя механизм выравнивания рисков, Закон о структуре здравоохранения (1993 г.) сократил различия в размерах страховых взносов. Он ввел также возможность свободного выбора больничной кассы и тем самым — конкуренцию между ними. Однако подлинная рыночная конкуренция невозможна: больничные кассы обязаны предлагать практически одни и те же услуги при практически одном и том же уровне страховых взносов; кроме того, поскольку контракты заключаются коллективно, медицинские учреждения тоже практически одни и те же. В такой ситуации не удивительно, что больничные кассы — особенно те, которым удалось привлечь больше новых клиентов, — требуют расширить возможность избирательно заключать контракты.

Руководители здравоохранения поддерживают, хотя и с осторожностью, избирательное заключение контрактов, пытаясь в то же время сохранить равенство доступа и качество обслуживания для всех застрахованных. Поэтому возможность избирательно заключать контракты расширяется постепенно, как в последнем Законе о модернизации системы ГМС, вошедшем в силу с 2004 г. Этот вопрос будет обсуждаться и далее.

*Немецкое здравоохранение и Европа.* По крайней мере со времени решений Европейского суда в мае 2003 г. ясно, что свобода выбора товаров и услуг в сфере амбулаторной помощи относится и к немецкому государственному здравоохранению. Рост потребления амбулаторных услуг благодаря приездом из других стран едва ли скажется на экономике страны в целом, он будет небольшим и ограничится лишь приграничными районами. Однако стоматология, плановые операции и некоторые виды дорогостоящего медикаментозного лечения в странах ЕС с более низкими ценами могут сказаться на расходах здравоохранения. В стационарном секторе ожидается дальнейший рост числа больных из других стран, европейских и не только — особенно из тех, где есть очереди на стационарное лечение. Национальная политика здравоохранения, вероятно, будет все больше учитывать законы ЕС и строиться в согласии с политикой на общеевропейском уровне.

## Литература

1. Busse R. Health Care Systems in Transition: Germany. Written in collaboration with A. Riesberg and edited by A. Dixon. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000.
2. Organisation of Co-operation and Economic Development. OECD Health Data 2004. Paris, 2004.
3. Statistisches Bundesamt. Aktueller Stand ausgewählter Indikatoren. Wiesbaden, 2004. <http://www.destatis.de> (15 October 2004).
4. Statistisches Bundesamt. Federal Health Monitoring System. Wiesbaden, 2004. <http://www.gbe-bund.de> (15 October 2004).
5. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. Health for all database. Copenhagen, June 2004.
6. Statistisches Bundesamt. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.2: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002. Wiesbaden, 2004.
7. Statistisches Bundesamt. Mikrozensus 2003. Wiesbaden, 2004.
8. Wörz M, Busse R. The Impact of Health Care System Change in the EU Member States — Germany. Health Economics 2005; forthcoming.
9. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitte 1998-2003. 2004.
10. Statistisches Bundesamt (ed). Datenreport 2004. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bonn, Bundeszentrale für politische Bildung, 2004.
11. Statistisches Bundesamt (ed). Statistisches Jahrbuch 2003. Bonn, Metzler Poeschel, 2003.
12. Statistisches Bundesamt [Federal Statistical Office]. Gesundheitsausgabenrechnung 2002. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt, 2004. <http://www.gbe-bund.de> (15 October 2004).

13. Gericke C, Busse R. Policies for disease prevention in Germany in the European context: a comparative analysis. *Journal of Public Health* 2004; 26(3):230-238.
14. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden, 2003.
15. McKee M, Chenet L, Fulop N, Hort A, Brand H, Caspat W et al. Explaining the health divide in Germany: contribution of major causes of death to the difference in life expectancy at birth between East and West. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 1996; 4(2):214-224.
16. Advisory Council for the Concerted Action in Health Care. Appropriateness and Efficiency. Vol. III. Overuse, underuse and misuse. Report 2000/2001 Executive Summary. Bonn, 2001.
17. Nolte E, Scholz R, Shkolnikov V, McKee M. The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland. *Soc Sci Med* 2002;55(11):1905-1921.
18. Busse R, Nolte E. New Citizens: East Germans in a United Germany. In: Healy J, McKee M, eds. *Accessing Healthcare — Responding to diversity*. Oxford University Press, 2004: 127-144.
19. Nolte E, Koupilova I, McKee M. Neonatal and postneonatal mortality in Germany since unification. *J Epidemiol Commun Health* 2000; 54:84-90.
20. Alber J. *Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise*. Frankfurt am Main, Campus, 1992.
21. Statistisches Bundesamt [Federal Statistical Office]. *Gesundheitspersonalrechnung 2002*. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt, 2004. <http://www.gbe-bund.de> (15 October 2004).
22. Hundertmark-Mayser J, Möller B. *Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 23*. Berlin, Robert Koch- Institut, 2004.
23. Bärnighausen T, Sauerborn R. One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? *Soc Sci Med* 2002; 54:1559-1587.
24. Saltman RB, Busse R. Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems. In: Saltman RB, Busse R, Mossialos E, eds. *Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems*. Buckingham; Philadelphia: Open University Press, 2002: 3-52.
25. Wörz M, Busse R. Krankenhausmanagement. In: Schreyögg G, von Werder A, eds. *Handwörterbuch Unternehmensführung und Organisation*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 2004: 698-706.

26. Busse R, Wörz M. German plans for „health care modernisation“. *eurohealth* 2003; 9(1).
27. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV (KJ 1) 2003. Bonn, 2004.
28. Zok K. Was erwarten die Versicherten von der Gesundheitsreform? *GKV Monitor* 2002. Bonn, Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, 2003.
29. Bundesministerium für Gesundheit. Statistisches Taschenbuch. Gesundheit 2002. Bonn, Bundesministerium für Gesundheit, 2002.
30. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand. Monatswerte Januar bis Juni 2004. Bonn, 2004.
31. Bundesministerium für Gesundheit, ed. Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1991. Baden-Baden, Nomos, 1991.
32. Busse R. Disease Management Programs In Germany’s Statutory Health Insurance System. *Health Aff* 2004; 23(3):56-67.
33. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Krankenhausbarometer 2003. Berlin, 2004.
34. Andersen HH, Schwarze J. Innovative Versorgung im Qualitätswettbewerb: Welche Präferenzen haben die Versicherten der GKV? *Sozialer Fortschritt* 2000; 49(2-3):48-56.
35. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität — Gutachten. Bonn, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003.
36. Marstedt G. Solidarität und Wahlfreiheit in der GKV. In: Böcken J, Braun B, Schnee M, eds. *Gesundheitsmonitor 2002*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2002.
37. Asmuth M, Blum K, Fack-Asmuth WG, Gumbrich G, Müller U, Offermanns M. Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995: Abschlußbericht. Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Düsseldorf, Deutsches Krankenhausinstitut, 1999.
38. Dietrich ES, Schoop S, Bartmann P, Fuchs B. Arzneimitteltherapie in Deutschland — Bedarf und Realität. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hrsg. *KBV Kontext* Nr. 21. Köln, März 2003.
39. Gericke C, Wismar M, Busse R. Cost-sharing in the German health care system. Diskussionspapier 2004/4, Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management. Berlin, 2004.
40. Nink K, Schröder H. Der Arzneimittelmarkt in der Bundesrepublik Deutschland. *Arzneiverordnungsreport 2003*. Berlin, Heidelberg, Springer, 2003.

41. Thomson SMS, Busse R, Mossialos E. Low demand for substitutive voluntary health insurance in Germany. *Croatian Medical Journal* 2002; 43(4):425–432.
42. Verband der PKV. Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 2002/2003. Köln, 2003.
43. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV — Arbeiter- Ersatzkassen-Verband e.V. Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens. Siegburg, 2003.
44. Huber M, Orosz E. Health expenditure trends in OECD countries, 1990-2001. *Health care financing Review* 2003, 25(1), 1-22.
45. Stapf-Finé H, Schilkopf M. Die Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich — Zahlen, Fakten, Trends. Düsseldorf, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 2003.
46. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Vol. I. Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden, Nomos, 2002.
47. Walter U. Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Hannover, Medizinische Hochschule Hannover, 2002.
48. Andersen HH, Schwarze J. Bedarfsprofile in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zur Analyse gruppenspezifischer Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems. Blaue Reihe Berliner Zentrum für Public Health 2003;(5).
49. Kassenärztliche Bundes vereinigung. Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2002/2003. Köln, 2004.
50. Kassenärztliche Bundes vereinigung. Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1999. Köln, Kassenärztliche Bundes vereinigung, 1999.
51. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *The British Journal of General Practice* 2000; 50(11):882-887.
52. Statistisches Bundesamt. Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitations einrichtungen: 2001. Stuttgart, Metzler-Poeschel, 2003.
53. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002. Statistischer und finanzieller Bericht. Bonn, 2004.

54. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bonn, 2004.
55. Statistisches Bundesamt. Kostennachweis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen: 2001 bzw. 2003. Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.1. Stuttgart, Metzler-Poeschel, 2003, 2005.
56. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik. Wiesbaden, 2004.
57. Bundesministerium für Gesundheit und Soziales. Geriatrische Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland. 2nd ed. Bonn, 2003.
58. Sachverständigenkommission. 4. Altenbericht der Bundesregierung. Vierter Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung hochaltiger Menschen. Berlin, 2002.
59. Bundestags-Drucksache 14/5590. Unterrichtung durch die Bundesregierung: Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. 2001.
60. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Geschäfts und Rechnungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Bonn, 2004.
61. Bundesärztekammer. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2003. Köln, 2004.
62. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Baden-Baden, Nomos, 2002.
63. Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. Statistics 2003. Die Arzneimittelindustrie in Deutschland. Berlin, VFA, 2003.
64. Nink K, Schröder H. Ökonomische Aspekte des Arzneimittelmarktes. Arzneiverordnungsreport 2004. Berlin, Heidelberg, Springer, 2004.
65. Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi). Essen, 2004.
66. Schreyögg J, Henke K-D, Busse R. Managing pharmaceutical regulation in Germany — Overview and economic assessment. Diskussionspapier 2004/6, Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management. Berlin, 2004.
67. Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller. Selbstmedikation in Deutschland in Zahlen 2000. Bonn, 2002.
68. Schwabe U. Arzneiverordnungen 2002 im Überblick. Arzneiverordnungsreport 2003. Berlin, Heidelberg, Springer, 2003.
69. Schwabe U. Arzneiverordnungen 2003 im Überblick. Arzneiverordnungsreport 2004. Berlin, Heidelberg, Springer, 2004.

70. Wörz M, Perleth M, Schöffski O, Schwartz FW. Innovative Medizinprodukte im deutschen Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2002.
71. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. 2003.
72. Velasco Garrido M, Busse R. Förderung der Qualität in deutschen Krankenhäusern? Eine kritische Diskussion der ersten Mindestmengenvereinbarung. Gesundheits- und Sozialpolitik 2004; 58(5-6): 10-20.
73. Kassenärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Einheitlicher Bewertungsmaßstab. Köln, 2002.
74. Velasco Garrido M, Borowitz M, Rvretveit J, Busse R. Purchasing for quality of care. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. Purchasing for health gain. Buckingham: Open University Press, 2005: forthcoming.
75. Tiemann B, Klingenberger, Weber M. The system of dental care in Germany. Köln: Institut der Deutschen Zahnärzte, 2003.
76. Dixon A, Riesberg A, Weinbrenner S, Saka O, Le Grand J, Busse R. Complementary and Alternative Medicine in the UK and Germany — Research and Evidence on Supply and Demand. London, Anglo-German Foundation for the Study of Industrial Society/Deutsch-Britische Stiftung für das Studium der Industriegesellschaft, 2003.
77. Wismar M, Busse R. Outcome-related health targets — political strategies for better health outcomes: a conceptual and comparative study (part 2). Health Policy 2002; 59(3):223-241.
78. Busse R, Wismar M. Health target programmes and health care services—any link?: a conceptual and comparative study (part 1). Health Policy 2002; 59(3):209-221.
79. Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung e.V. Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Berlin, Akademische Verlagsgesellschaft, 2002.
80. Beske F. Zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung — Politische Entscheidungen 1977 — 2004 und andere Tatbestände. Kiel, Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung, 2004.
81. Wörz M, Busse R. Structural reforms for Germany's health care system? Euro Observer 2002; 4(4):1-3.
82. Figueras J, Saltman RB, Busse R, Dubois HFW. Patterns and performance in social health insurance systems. In: Saltman RB, Busse, RB, Figueras J (eds.). Social health insurance systems in western Europe, Buckingham: Open University Press, 2004: 81-140.



## Список таблиц

Номер таблицы	Название таблицы
Таблица 1	Макроэкономические показатели, 1992—2002 гг.
Таблица 2	Динамика заболеваемости, смертности и факторов риска для здоровья (1991 и 2001 гг.)
Таблица 3	Средняя продолжительность жизни в западной и восточной частях Германии, 1949—2003 гг.
Таблица 4	Тенденции в развитии системы социального медицинского страхования, 1880—2003 гг.
Таблица 5	Обеспеченность населения медицинскими работниками и больничными койками, 1876—2002 гг.
Таблица 6	Число больничных касс в 1993—2004 гг. (по состоянию на 1 января)
Таблица 7	Кем и как принимаются решения в области здравоохранения в Германии в 2004 г. (по секторам)
Таблица 8	Изменения в структуре собственности больничного сектора в 1990—2002 гг. (больницы общего профиля)
Таблица 9	Основные источники финансирования, в процентах от общего, 1992—2002 гг.
Таблица 10	Тенденции в финансировании государственного медицинского страхования (ГМС) в 1992—2003 гг.
Таблица 11	Перевод средств в рамках механизма выравнивания рисков — в абсолютном выражении и относительно общих расходов системы ГМС для западной и восточной частей страны, 1995—2003 гг.
Таблица 12	Уровни частичной оплаты или частичного страхования, 1994—2005 гг.
Таблица 13	Изменения в расходах на душу населения системы ГМС и частного медицинского страхования в западной части Германии, 1992—2002 гг.
Таблица 14	Тенденции изменений расходов на здравоохранение, 1970—2002 гг.
Таблица 15	Общие расходы на здравоохранение и расходы системы ГМС по видам медицинских учреждений и типам услуг в процентах от ВВП, 1992—2002 гг.
Таблица 16	Специальности и сфера деятельности врачей в амбулаторном секторе системы ГМС, 1990—2002 гг.
Таблица 17	Число коек в стационарных учреждениях (на 100 тыс. жителей), 1991—2001 гг.
Таблица 18	Показатели работы стационаров, часть I: общие и психиатрические больницы в западной и восточной частях Германии, 1991—2001 гг.

Номер таблицы	Название таблицы
Таблица 19	Показатели работы стационаров, часть II: профилактические и реабилитационные учреждения в западной и восточной частях Германии, 1991—2001 гг.
Таблица 20a	Показатели работы больниц общего профиля в странах Европейского региона ВОЗ в 2002 г.
Таблица 20б	Показатели работы больниц общего профиля в странах ЕС за 2002 г.
Таблица 21	Расходы и доходы государственного страхования на случай необходимости долговременного ухода, в млрд. евро, 1996—2003 гг.
Таблица 22	Численность работников здравоохранения, 1992—2002 гг. (на 100 тыс. населения)
Таблица 23	Обеспеченность населения врачами различных специальностей (численность населения, приходящегося на одного врача), 2003 г.
Таблица 24	Расходы на лекарственные средства, 1992—2002 гг.
Таблица 25	Изменения в практике врачебных назначений в системе ГМС и фармацевтический оборот, приходящийся на систему ГМС, 1992—2003 гг.
Таблица 26	Обеспеченность высокотехнологичной медицинской аппаратурой, единиц на миллион населения, 1992—2001 гг.
Таблица 27	Сдерживание расходов посредством бюджетов и лимитов на расходы, 1989—2005 гг.
Таблица 28	Число коек в больницах Германии и федеральных земель, 1991—2001 гг., и капиталовложения в больничный сектор, 2001 г.
Таблица 29	Расходы больниц (общего профиля и психиатрических) в западной и восточной частях Германии, 1991—2001 гг.
Таблица 30	Гонорары врачей в системе ГМС: 20 видов услуг, на которые приходится наибольший оборот средств, с количеством баллов за каждую услугу, 2002 г.
Таблица 31	Показатели работы амбулаторного сектора системы ГМС: изменения в численности врачей, объемах оказанных услуг и оплате, 1980—2001 гг. (в текущих ценах)
Таблица 32	Заработная плата, затраты и доходы врачей разных специальностей, работающих в системе ГМС (амбулаторный сектор), 2001 г.
Таблица 33	Хронология реформ здравоохранения, 1998—2004 гг.

## Список рисунков

Номер рисунка	Название рисунка
Рисунок 1	Карта Германии
Рисунок 2	Карта федеральных земель Германии
Рисунок 3	Схема взаимодействия главных действующих лиц системы здравоохранения, 2005 г.
Рисунок 4	Размеры ежегодных страховых взносов по ассоциациям больничных касс, 1982—2004 гг.
Рисунок 5	Изменения в общих расходах на здравоохранение в Германии, некоторых других странах и в среднем по ЕС-15, 1990—2002 гг. (в % от ВВП)
Рисунок 6а	Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в странах Европейского региона ВОЗ за 2002 г.
Рисунок 6б	Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в странах ЕС за 2002 г.
Рисунок 7а	Расходы на здравоохранение на душу населения с учетом паритета покупательной способности доллара США в странах Европейского региона ВОЗ за 2002 г.
Рисунок 7б	Расходы на здравоохранение на душу населения в паритетах покупательной способности доллара США в странах ЕС за 2002 г.
Рисунок 8а	Доля государственного финансирования в общих расходах на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ за 2002 г. (в процентах)
Рисунок 8б	Доля государственного финансирования в общих расходах на здравоохранение в странах ЕС за 2002 г. (в процентах)
Рисунок 9а	Уровень иммунизации против кори в странах Европейского региона ВОЗ за 2003 г.
Рисунок 9б	Уровень иммунизации против кори в странах ЕС за 2002 г.
Рисунок 10а	Число обращений за амбулаторной помощью на душу населения в странах Европейского региона ВОЗ в 2002 г.
Рисунок 10б	Число обращений за амбулаторной помощью на душу населения в странах ЕС в 2002 г.
Рисунок 11	Число коек в больницах общего профиля в Германии, некоторых других странах и в среднем по ЕС-15, 1990—2002 гг. (на 1000 населения)
Рисунок 12а	Число коек в больницах общего профиля на 1000 населения в странах Западной Европы в 1990 и 2002 гг.

<b>Номер рисунка</b>	<b>Название рисунка</b>
Рисунок 12б	Число коек в больницах общего профиля на 1000 населения в странах ЕС в 1990 и 2002 гг.
Рисунок 13	Численность врачей на 1000 населения в Германии, некоторых других европейских странах и в среднем по ЕС-15, 1990—2002 гг.
Рисунок 14а	Численность врачей и медицинских сестер на 1000 населения в странах Западной Европы в 2002 г.
Рисунок 14б	Численность врачей и медицинских сестер на 1000 населения в странах ЕС в 2002 г.
Рисунок 15	Схема финансирования германского здравоохранения, 2002 г.

## Ссылки на источники в интернете

Учреждение, орган	Интернет-страница
<b>Федеральные организации, оказывающие влияние на здравоохранение</b>	
Федеральное собрание	<a href="http://www.bundestag.de">http://www.bundestag.de</a>
Федеральное Министерство здравоохранения и социального обеспечения	<a href="http://www.bmgs.bund.de">http://www.bmgs.bund.de</a>
Федеральный Институт инфекционных и неинфекционных заболеваний (Институт имени Роберта Коха)	<a href="http://www.rki.de">http://www.rki.de</a>
Федеральный Институт лекарственных средств и медицинской техники	<a href="http://www.bfarm.de">http://www.bfarm.de</a>
Федеральный центр санитарного просвещения	<a href="http://www.bzga.de">http://www.bzga.de</a>
Германский институт медицинской документации и информации	<a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>
Федеральное управление страхования	<a href="http://www.bva.de">http://www.bva.de</a>
Федеральное управление по надзору за финансовыми операциями	<a href="http://www.bafin.de">http://www.bafin.de</a>
Общая федеральная комиссия	<a href="http://www.g-ba.de">http://www.g-ba.de</a>
Федеральная ассоциация врачей системы ГМС	<a href="http://www.kbv.de">http://www.kbv.de</a>
Федеральная ассоциация стоматологов системы ГМС	<a href="http://www.kzbv.de">http://www.kzbv.de</a>
Ассоциация германских больниц	<a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>
Федеральная ассоциация региональных больничных касс	<a href="http://www.aok-bv.de">http://www.aok-bv.de</a>
Федеральная ассоциация альтернативных касс	<a href="http://www.vdak.de">http://www.vdak.de</a>
Федеральная ассоциация больничных касс при предприятиях	<a href="http://www.bkk.de">http://www.bkk.de</a>
Федеральная ассоциация больничных касс профессиональных объединений	<a href="http://www.ikk.de">http://www.ikk.de</a>
Федеральные ассоциации страховых фондов	<a href="http://www.g-k-v.com">http://www.g-k-v.com</a>
Германский совет инвалидов	<a href="http://www.behindertenrat.de">http://www.behindertenrat.de</a>
Федеральная ассоциация центров потребителей	<a href="http://www.vzbv.de">http://www.vzbv.de</a>

<b>Учреждение, орган</b>	<b>Интернет-страница</b>
Ассоциация компаний частного медицинского страхования	<a href="http://www.pkv.de">http://www.pkv.de</a>
Германский совет по медсестринскому делу	<a href="http://www.deutscher-pflegerat.de">http://www.deutscher-pflegerat.de</a>
Федеральная врачебная палата	<a href="http://www.baek.de">http://www.baek.de</a>
Федеральная палата психотерапевтов	<a href="http://www.bundespsychotherapeutenkammer.org">http://www.bundespsychotherapeutenkammer.org</a>
Союз ассоциаций фармацевтов	<a href="http://www.abda.de">http://www.abda.de</a>
Ассоциация исследовательских фармацевтических компаний	<a href="http://www.vfa.de">http://www.vfa.de</a>
Федеральная ассоциация производителей лекарственных средств	<a href="http://www.bah-bonn.de">http://www.bah-bonn.de</a>
Федеральный союз добровольных благотворительных организаций	<a href="http://www.bagfw.de">http://www.bagfw.de</a>
Ассоциация научных медицинских обществ	<a href="http://www.awmf-online.de">http://www.awmf-online.de</a>
Федеральное Бюро по обеспечению качества	<a href="http://www.bqs-online.de">http://www.bqs-online.de</a>
Инициативная группа по целям здравоохранения	<a href="http://www.gesundheitsziele.de">http://www.gesundheitsziele.de</a>
Немецкие клиничко-затратные группы	<a href="http://www.g-drg.de">http://www.g-drg.de</a>
<b>Другие общенациональные информационные источники</b>	
Федеральная база данных уведомлений в здравоохранении	<a href="http://www.gbe-bund.de">http://www.gbe-bund.de</a>
Федеральное статистическое управление	<a href="http://www.destatis.de">http://www.destatis.de</a>
Консультативный совет по оценке и развитию в сфере здравоохранения	<a href="http://www.svr-gesundheit.de">http://www.svr-gesundheit.de</a>
Сайт Gesundheitspolitik.net	<a href="http://www.gesundheitspolitik.net">http://www.gesundheitspolitik.net</a>
Факультет управления здравоохранением, Берлинский технический университет	<a href="http://mig.tu-berlin.de">http://mig.tu-berlin.de</a>
<b>Международные информационные источники</b>	
Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения	<a href="http://www.observatory.dk">http://www.observatory.dk</a>
База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ	<a href="http://www.euro.who.int/hfadb">http://www.euro.who.int/hfadb</a>
Организация Экономического Сотрудничества и Развития	<a href="http://www.oecd.org">http://www.oecd.org</a>
Программа наблюдения за политикой здравоохранения при фонде Бертельсманна	<a href="http://www.healthpolicymonitor.org/">http://www.healthpolicymonitor.org/</a>

## Словарь терминов

Русское название (по алфавиту)	Немецкое название	Немецкое сокращение
Альтернативные больничные кассы	Ersatzkassen	
Ассоциации стоматологов (региональные)	Kassenzahnärztliche Vereinigung	KZV
Ассоциация германских больниц	Deutsche Krankenhaus- Gesellschaft	DKG
Ассоциация германских фармацевтов	Deutscher Apothekerverband	
Ассоциация исследовательских фармацевтических компаний	Verband forschender Arzneimittelhersteller	VfA
Ассоциация компаний частного медицинского страхования	Verband der privaten Krankenversicherung	PKV
Ассоциация независимых добровольных благотворительных организаций	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband	DPW
Ассоциация немецких врачей первичной помощи — Ассоциация врачей общей практики	Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands - Hausärzterverband	
Ассоциация немецких психологов	Berufsverband deutscher Psychologen	BDP
Ассоциация протестантских благотворительных организаций	Diakonisches Werk	
Ассоциация психологов-психотерапевтов системы ГМС	Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten	
Ассоциация трудотерапевтов	Verband der Ergotherapeuten	
Благотворительная организация немецких евреев	Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland	
Благотворительная организация рабочих	Arbeiterwohlfahrt	
Больничная касса горняков	Bundesknappschaft	
Больничная касса моряков	Seekrankenkasse	
Больничные кассы предприятий и компаний	Betriebskrankenkassen	BKK
Больничные кассы профессиональных объединений	Innungskrankenkassen	IKK
Больничные кассы фермеров	Landwirtschaftliche Krankenkassen	LKK
Врачебные ассоциации (региональные)	Kassenärztliche Vereinigung	KV

Русское название (по алфавиту)	Немецкое название	Немецкое сокращение
Врачебные палаты (региональные)	Ärztekammer	
Вторая поправка к закону о сборах за госпитализации	2. Fallpauschalen-Änderungsgesetz	2. FPÄndG
Второй закон о реструктуризации системы государственного медицинского страхования (ГМС)	2. GKV-Neuordnungsgesetz	2. NOG
Германская ассоциация медицинских сестер	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	DBfK
Германская ассоциация по физиотерапии	Deutscher Verband für Physiotherapie - Zentralverband der Physiotherapeuten/ Krankengymnasten	ZVK
Германская ассоциация производителей непатентованных лекарственных средств (ранее: Ассоциация активных фармацевтических компаний)	Deutscher Generikaverband (früher: Verband aktiver Pharmaunternehmen)	
Германская Демократическая Республика (бывшая)	Deutsche Demokratische Republik	DDR
Германская католическая благотворительная организация	Deutscher Caritasverband	
Германская организация семейных врачей	Deutscher Hausärzterverband (früher: Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands - Hausärzterverband)	
Германская психотерапевтическая ассоциация — Профессиональная организация психологов-психотерапевтов	Deutscher Psychotherapeutenverband - Berufsverband Psychologischer Psychotherapeuten	DPTV
Германский Институт медицинской документации и информации	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information	DIMDI
Германский Красный Крест	Deutsches Rotes Kreuz	
Германский совет инвалидов	Deutscher Behindertenrat	DBR
Германский совет по медсестринскому делу	Deutscher Pflegerat	DPR
Германский союз групп самопомощи	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen	DAG-SH
Германский форум по профилактике и охране здоровья	Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung	
Государственное медицинское страхование (ГМС)	Gesetzliche Krankenversicherung	GKV
Государственное страхование на случай необходимости длительного ухода	Soziale Pflegeversicherung	SPV
Двенадцатый Закон о внесении изменений в пятую книгу социального кодекса	12. Sozialgesetzbuch-V-Änderungsgesetz	
Девятая книга социального кодекса (Реабилитация и общественная адаптация инвалидов)	Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)	SGBIX



Русское название (по алфавиту)	Немецкое название	Немецкое сокращение
Единая шкала стоимости услуг	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	EBM
Закон об ограничении фармацевтических расходов	Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz	AABG
Закон о внесении изменений в оплату зубных протезов	Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz	
Закон о внесении изменений в систему базовых цен	Festbetragsanpassungsgesetz	FBAG
Закон о едином законодательстве в государственном медицинском страховании	Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung	
Закон о защите от инфекции	Infektionsschutzgesetz	IfSG
Закон о лекарственных средствах	Arzneimittelgesetz	AMG
Закон о медицинской технике	Medizinproduktegesetz	MPG
Закон о модернизации системы ГМС	GKV-Modernisierungsgesetz	
Закон о новом порядке выбора больничной кассы	Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte	
Закон о погашении перерасхода фармацевтических бюджетов	Arzneimittelbudgetablisungsgesetz	ABAG
Закон о реструктуризации больниц	Krankenhausneuordnungsgesetz	
Закон о реформе здравоохранения (от 1989 г.)	Gesundheitsreformgesetz	GRG
Закон о реформе механизма выравнивания рисков в системе ГМС	Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV	
Закон о реформе системы ГМС 2000	GKV-Gesundheitsreform 2000	
Закон о сдерживании больничных расходов	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz	
Закон о сдерживании затрат в системе медицинского страхования	Krankenversicherungs-kostendämpfungsgesetz	KVKG
Закон о сокращении страховых взносов в системе ГМС	Krankenversicherungs-beitragsentlastungsgesetz	
Закон о стабилизации страховых взносов	Beitragssatzsicherungsgesetz 2003	BSSichG
Закон о структуре здравоохранения (от 1993 г.)	Gesundheitsstrukturgesetz	GSG
Закон о финансировании больниц	Krankenhausfinanzierungsgesetz	KHG
Инспектор по вопросам обращения наркотических лекарственных средств при федеральном правительстве	Drogenbeauftragte der Bundesregierung	
Институт качества и эффективности	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit	
Институт по методам оплаты в больницах	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus	INEK
Комиссия по стационарной помощи (бывшая)	Ausschuss Krankenhaus	

Русское название (по алфавиту)	Немецкое название	Немецкое сокращение
Консультативный совет по оценке и развитию в сфере здравоохранения (ранее: Консультативный совет по согласованной деятельности в области здравоохранения)	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (früher: für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen)	SVR
Координационная комиссия (между Комиссией по стационарной помощи и Федеральной комиссией врачей и страховых касс) (бывшая)	Koordinierungsausschuss	
Марбургский союз врачей, работающих в больницах	Marburger Bund - Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte	
Медицинская экспертная комиссия системы ГМС	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	MDK
Общая федеральная комиссия	Gemeinsamer Bundesausschuss	G-BA
Одиннадцатая книга социального кодекса (Государственное страхование на случай необходимости долговременного ухода)	Sozialgesetzbuch XI (Soziale Pflegeversicherung)	SGBXI
Организация немецких врачей — Союз Хартманна	Verband der Ärzte Deutschlands - Hartmannbund	
Основной закон (конституция)	Grundgesetz	
Оценочная комиссия	Bewertungsausschuss	
Палаты психотерапевтов (региональные)	Psychotherapeutenkammer	
Палаты стоматологов (региональные)	Zahnärztekammer	
Палаты фармацевтов (региональные)	Apothekerkammer	
Первая поправка к закону о сборах за госпитализации	1. Fallpauschalen-Änderungsgesetz	1.FPÄndG
Первый закон о реструктуризации системы государственного медицинского страхования (ГМС)	1. GKV-Neuordnungsgesetz	1.NOG
Перечень лекарственных средств, прописываемых в системе ГМС	GKV-Arzneimittelindex	
Положение Общей федеральной комиссии	Richtlinie (des Gemeinsamen Bundesausschusses)	
Положение об имперском страховании	Reichsversicherungsordnung	RVO
Поправки к закону о сдерживании затрат в системе медицинского страхования	Krankenversicherungs-Kosten-dämpfungsergänzungsgesetz	
Посредническая комиссия (между Федеральным собранием и Федеральным советом)	Vermittlungsausschuss	
Постановление о финансировании федеральных больниц	Bundespflegegesetzverordnung	
Постановление о ценах на лекарственные средства	Arzneimittelpreisverordnung	AmPreisV
Пятая книга социального кодекса (государственное медицинское страхование)	Sozialgesetzbuch V (Gesetzliche Krankenversicherung)	SGBV

Русское название (по алфавиту)	Немецкое название	Немецкое сокращение
Рабочая группа по обеспечению качества (бывшая)	Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung	AQS
Региональные больничные кассы	Allgemeine Ortskrankenkassen	AOK
Сбор за консультацию	Fallpauschale	
Сбор за процедуру	Sonderentgelt	
Согласованная деятельность в области здравоохранения	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	KAiG
Союз ассоциаций фармацевтов	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände	ABDA
Союз германских ассоциаций медицин- ских сестер	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände	
Союз демократических врачей	Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte	VDÄÄ
Указ (выпускается министерством)	Verordnung (von Ministerien)	
Указ об аттестации врачей	Ärztliche Approbationsordnung	ÄAppO
Указ о медицинской технике	Medizinprodukteverordnung	MPV
Федеральная ассоциация врачей системы ГМС	Kassenärztliche Bundesvereinigung	KBV
Федеральная ассоциация производителей лекарственных средств	Bundesfachverband der Arzneimittel-Hersteller	BAH
Федеральная ассоциация стоматологов системы ГМС	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	KZBV
Федеральная ассоциация фармацевтиче- ской промышленности	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie	BPI
Федеральная врачебная палата	Bundesarztekammer	BÄK
Федеральная земля	Land (во мн. числе: Länder)	
Федеральная комиссия врачей и больнич- ных касс (бывшая)	Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen	
Федеральная палата психотерапевтов	Bundespsychotherapeutenkammer	
Федеральная Республика Германия (офи- циальное название «старых» федераль- ных земель до 1990 г., с 1990 г. — объеди- нившихся с «новыми» федеральными землями на востоке Германии)	Bundesrepublik Deutschland	
Федеральное бюро по обеспечению каче- ства	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung	BQS
Федеральное медицинское бюро (быв- шее)	Bundesgesundheitsamt	BGA
Федеральное контрольное управление системы страхования (бывшее)	Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen	
Федеральное Министерство здравоохра- нения	Bundesministerium für Gesundheit	BMG

Русское название (по алфавиту)	Немецкое название	Немецкое сокращение
Федеральное Министерство здравоохранения и социального обеспечения (в тексте сокращено как Федеральное Министерство здравоохранения)	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung	BMGS
Федеральное собрание (Нижняя палата парламента)	Bundestag	
Федеральное статистическое управление	Statistisches Bundesamt	
Федеральное управление по надзору за финансовыми операциями	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	BAFin
Федеральное управление страхования	Bundesversicherungsamt	BVA
Федеральный дорожный институт	Bundesanstalt für Straßenwesen	BAST
Федеральный инспектор по вопросам защиты интересов больных	Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten	
Федеральный инспектор по вопросам защиты интересов инвалидов	Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen	
Федеральный инспектор по выборам в системе обязательного страхования	Beauftragter der Bundesregierung für die Sozialversicherungswahlen	
Федеральный институт защиты здоровья потребителей и ветеринарной медицины	Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin	BgVV
Федеральный институт инфекционных и неинфекционных заболеваний (Институт имени Роберта Коха)	Robert Koch-Institut	RKI
Федеральный институт лекарственных средств и медицинской техники	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	BfArM
Федеральный институт сывороток и вакцин (Институт имени Пауля Эрлиха)	Paul Ehrlich-Institut (Bundesamt für Sera und Impfstoffe)	
Федеральный совет (Верхняя палата парламента)	Bundesrat	
Федеральный совет по здравоохранению (бывший)	Bundesgesundheitsrat	
Федеральный союз добровольных благотворительных организаций	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege	
Федеральный союз организаций и инициатив больных	Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen	BAGP
Федеральный центр санитарного просвещения	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	BZgA
Федерация потребительских центров	Verbraucherzentrale Bundesverband	VZBV
Фонд по контролю качества потребительских товаров (и услуг)	Stiftung Warentest	
Шкала распределения оплаты	Honorarverteilungsmaßstab	HVM

*Примечания:* в целях согласия с международной терминологией названия организаций в данном тексте не обязательно соответствуют английским названиям, которыми пользуются сами организации; данный словарь является обновленной и расширенной версией словаря в предыдущей версии обзора.

# Обзоры «Системы здравоохранения: время перемен»

## Серия Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения


Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Назначение обзоров — предоставлять организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую для совершенствования систем здравоохранения и проведения его реформ в Европе и за ее пределами. Обзоры систем здравоохранения позволяют:

- составить детальное представление о различных подходах к организации, финансированию и предоставлению медицинских услуг;
- дать точное описание процесса, содержания и реализации программ реформирования здравоохранения;
- осветить проблемные области, требующие более глубокой проработки;
- распространять информацию о системах здравоохранения, а организаторам здравоохранения и аналитикам делиться опытом проведения реформ в странах Европы.

### Как получить обзоры

Все обзоры систем здравоохранения помещены в формате PDF на сайте [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk), где также можно подписаться на ежемесячную рассылку о деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, включая новые обзоры, книги серий, публикуемых совместно с издательствами Open University Press (английский) и «Весь мир» (русский), их рефераты, новости *EuroObserver* и журнал *EuroHealth*. Заказать копию обзора можно по адресу:

[info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int)



Публикации  
Европейской обсерватории  
по системам и политике  
здравоохранения помещены  
на сайте  
[www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory)

## В настоящее время опубликованы обзоры по следующим странам:

Австралия (2002)  
Австрия (2001 <sup>а</sup>)  
Азербайджан (1996, 2004)  
Албания (1999, 2002 <sup>а, ж</sup>)  
Андорра (2004)  
Армения (1996, 2001 <sup>ж</sup>)  
Беларусь (1997)  
Бельгия (2000)  
Болгария (1999, 2003 <sup>б</sup>)  
Босния и Герцеговина (2002 <sup>ж</sup>)  
Бывшая Югославская республика Македония (2000)  
Венгрия (1999, 2004)  
Германия (2000 <sup>а</sup>, 2004 <sup>а</sup>)  
Греция (1996)  
Грузия (2002 <sup>г, ж</sup>)  
Дания (2001)  
Израиль (2003)  
Исландия (2003)  
Испания (1996, 2000 <sup>з</sup>)  
Италия (2001)  
Казахстан (1999 <sup>ж</sup>)  
Кипр (2004)  
Кыргызстан (1996, 2000 <sup>ж</sup>)  
Латвия (1996, 2001)  
Литва (1996, 2000)  
Люксембург (1999)  
Мальта (1999)  
Нидерланды (2004)  
Новая Зеландия (2002)  
Норвегия (2000)  
Польша (1999)  
Португалия (1999, 2004)  
Республика Молдова (1996, 2002 <sup>ж</sup>)  
Румыния (1996, 2000 <sup>е</sup>)  
Российская Федерация (1998, 2003 <sup>ж</sup>)  
Словакия (1996, 2000, 2004)  
Словения (1996, 2002)  
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (1999 <sup>ж</sup>)  
Таджикистан (1996, 2000)  
Туркменистан (1996, 2000)  
Турция (1996, 2002 <sup>ж, и</sup>)  
Узбекистан (2001 <sup>ж</sup>)  
Украина (2004 <sup>ж</sup>)  
Финляндия (1996, 2002)  
Франция (2004 <sup>в</sup>)  
Хорватия (1999)  
Чешская Республика (1996, 2000)  
Швеция (1996, 2001)  
Швейцария (2000)  
Эстония (1996, 2000, 2004)

### Примечание

Все обзоры изложены на английском языке. Переводы на другие языки помечены:

- <sup>а</sup> албанский
- <sup>б</sup> болгарский
- <sup>в</sup> французский
- <sup>г</sup> грузинский
- <sup>д</sup> немецкий
- <sup>е</sup> румынский
- <sup>ж</sup> русский
- <sup>з</sup> испанский
- <sup>и</sup> турецкий