

## **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ В ГЕРМАНИИ. ПРИНЦИПЫ И ОСНОВЫ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ**

**ДАВИД-АНАТОЛЬ РЕЗНИКОВ**, доктор медицины, пульмонолог, аллерголог, менеджер здравоохранения, Германия  
(e-mail: anamol.resnikov@arcor.de)

**Реферат.** Немецкое социальное обеспечение, созданное немецким канцлером Бисмарком в 1881 г., — старейшее в Европе. Во всех странах Европейского сообщества система здравоохранения основана на принципе социальной, страховой медицины. Государство передало управление здравоохранением корпоративным, самоуправляющимся организациям: врачебным палатам, больничным кассам, Ассоциации врачей частной практики и Фонду обязательного медицинского страхования. Врачебная ассоциация несет полную ответственность за результаты лечения и эффективное использование выделенных средств. Двойное финансирование медицинской помощи в Германии осуществляется как за счет обязательного медицинского страхования (ОМС), так и за счет дотации из бюджета государства. В странах с развитой системой страховой медицины все активнее применяются методы индустриального менеджмента организации в здравоохранении [Diagnose Related Group (DRG)]. Последипломная подготовка врача-пульмонолога начинается после получения диплома о высшем медицинском образовании и проходит в ординатуре на рабочем месте. Последипломная подготовка врача в Германии находится в ведении Земельных врачебных палат. Время последипломного образования (внутренние болезни со специализацией) в пульмонологии составляет 72 мес. Существует балльная система кредитов стажировки врача-пульмонолога.

**Ключевые слова:** страховая медицина, корпоративная система управления, непрерывное последипломное обучение врачей.

## **ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN GERMANY. THE PRINCIPLES AND FUNDAMENTALS OF INSURANCE MEDICINE**

**D.-A. REZNIKOV**

**Abstract.** German social security, established by German Chancellor Bismark in 1881, the oldest in Europe. In all countries of the European Community health system is based on the principle of social, insurance medicine. State has transmitted health management to corporative, self-government organizations: the medical organizations-the medical Chambers, hospitals, physician's private practices and compulsory health insurance fund. Medical Association is fully responsible for the results of treatment and effective use of allocated funds. Double financing of medical care in Germany is carried out both by the compulsory health insurance (FOMS), and by grants from the State budget in countries with developed system of insurance reinforced methods of industrial management organization in health (DRG)-Diagnose Related group. Post-graduate training — physician's- pulmonologist begins upon graduation from higher medical education and passes in ordinate in the workplace. Post-graduate training doctors in Germany is in establishing land physician Chambers. Time of postgraduate education (internal medicine with specialization) in the pneumology for a period of 72 months. It exists mark system of credits for raising the level of pulmonologist's skills.

**Key words:** insurance medicine, corporative management system, continuous postgraduate training of physicians.

### **ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ В ГЕРМАНИИ**

Немецкое социальное обеспечение, созданное немецким канцлером Бисмарком в 1881 г., — старейшее в Европе. Плохие социальные и экономические условия, безработица, рост промышленного пролетариата заставили немецкого канцлера принять меры для улучшения социальной защиты рабочих. За последние 125 лет социальное страхование постоянно развивалось и улучшалось. Была создана социальная страховая сеть, обеспечивающая безопасную экономическую жизнь населения в случае болезни, неработоспособности, потери кормильца, старости и инвалидности (рис. 1).

### **СИСТЕМА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ В ГЕРМАНИИ**

Во всех странах Европейского сообщества система здравоохранения основана на принципе социальной страховой медицины. В отличие от обычного рынка потребительских товаров и услуг врачи одновременно выступают в трех отношениях: как определяющие потребности больного, как производящие и как получающие доходы от медицинских услуг. К тому же потребителями медицинской помощи являются в основном больные члены общества, неимущие и старые, а не здоровые и богатые, у которых концентрируются основные финансовые средства. Здравоохранение в Германии, как почти во всех странах Европы, — общественная задача и не

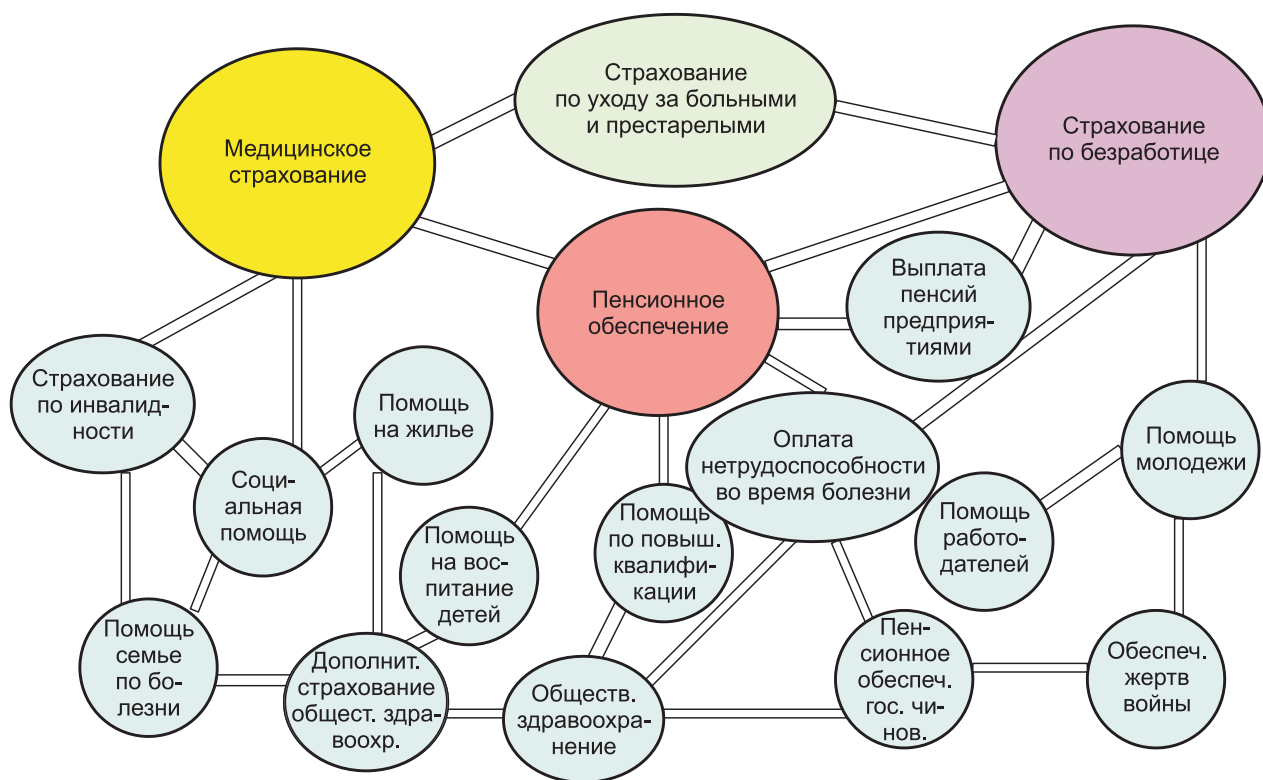


Рис. 1. Сеть социального страхования в Германии

подлежит законам свободного рынка. Государство передало управление здравоохранением корпоративным, самоуправляющимся организациям: врачебным палатам, больничным кассам, Ассоциации врачей частной практики и Фонду обязательного медицинского страхования.

Около 90% населения Германии подлежат обязательному медицинскому страхованию. Это рабочие и служащие, у которых годовой доход не превышает 49 000 евро в Западной Германии и 45 000 евро в Восточной Германии. Освобождаются от обязательного медицинского страхования лица, у которых годовой доход превышает 49 000 евро в Западной Германии и 45 000 евро в Восточной Германии. Остальные граждане Германии могут застраховать себя добровольно или в больничной кассе, или в страховом агентстве. Это около 10% населения. Подоходные налоги на социальное страхование в Германии составляют в среднем около 15% и основаны на принципе солидарности: здоровые за больных, богатые за бедных, молодые за старых.

### **СТРАХОВАЯ МОДЕЛЬ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ГЕРМАНИИ**

Современные общественные экономические отношения, связанные с рыночной экономикой, обусловили иные подходы к социальным сторонам жизни. Такие социальные блага, как медицинская помощь, имеют большое демографическое и социальное значение и должны регулироваться этическими гражданскими нормами. Рынок и рыночные отношения в медицине несовместимы.

**Финансирование медицинской помощи в Германии** осуществляется как за счет обязательного медицинского страхования (ОМС), так и за счет дотации из государственного бюджета (рис. 2).

В процессе реформирования финансирования медицинских услуг, проведенных в Германии в 2006 г., все финансовые средства были переданы в ФОМС. Налоги на медицинское страхование взимаются предприятием с заработной платы и отчисляются больничным кассам как с рабочих (служащих), так и с работодателей в равном размере; в настоящее время это около 7,5% от дохода рабочего (служащего).

**Все услуги ОМС имеют принцип нематериального обеспечения застрахованных.** Это означает, что перерасчет за оказанную помощь ведется безналично между Ассоциацией врачей и больничными кассами. В 2008 г. большая часть средств медицинского страхования была использована на стационарное лечение (31,3%), на амбулаторную помощь (15,7%), на обеспечение лекарствами (13,4%). На средства за уходом за больными, аппаратуру — около 7,4% (рис. 3).

**Корпоративные методы управления здравоохранением в Германии.** Одним из важных элементов отношений между обществом и государством является система врачебного самоуправления и развитие системы корпоративной ответственности. Врачи, а не государство, в лице Министерства здравоохранения и страховые больничные кассы несут основную ответственность за медицинское обеспечение граждан. Врачебная ассоциация несет полную ответственность за результаты лечения и эффективное использование выделенных средств, обязывает врачей искать новые формы эффективности работы ЛПУ, контроля качества медицинской деятельности, повышения квалификации, доступности медицинской помощи.

**Какую роль играет Министерство здравоохранения и социального развития Германии?** Федеральное Министерство социального развития Германии



Рис. 2. **ФОМС**: 1. Страховые взносы в больничную кассу около 7,5% от рабочего и служащего предприятия и 7,5% от работодателя, в зависимости от месячного дохода рабочего и служащего. 2. В Фонд обязательного медицинского страхования поступают средства как со стороны больничных касс, так и дотация государства в размере 4 млрд евро. 3. ФОМС страхования распределяет финансовые средства больничным кассам в зависимости от контингента застрахованных больных (так называемый коэффициент заболеваемости застрахованных). 4. В свою очередь больничные кассы перечисляют финансовые средства корпоративной организации — Ассоциации врачей больничных касс по принципу пролеченных больных

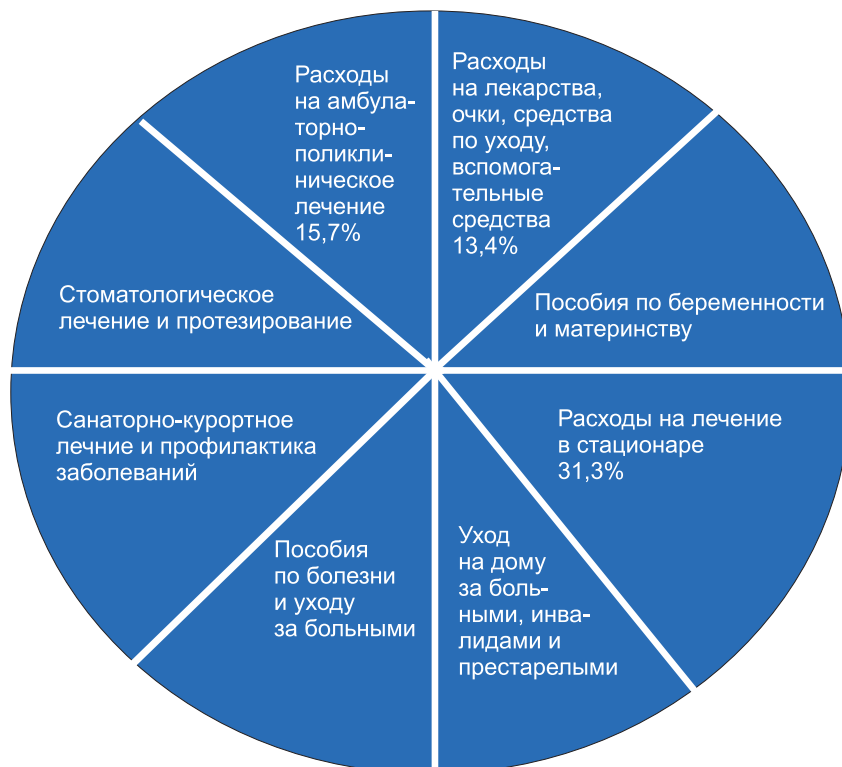


Рис 3. Объем «бесплатных» медицинских услуг, предлагаемых системой ОМС

выполняет в системе здравоохранения законодательную роль и контролирует выполнение законов, определяет стратегию развития здравоохранения, взаимодействует с земельными и муниципальными органами управления здравоохранением по вопросам потребности и финансирования больниц за счет земельных и муниципальных бюджетов, руководит общественным здравоохранением (Gesundheitsamt), проводит профилактическую работу среди населения и делает прививки против социально значимых заболеваний. Оно не вмешивается и не контролирует работу отдельных лечебных учреждений. Эту обязанность на основе V закона о лечебных профессиях передано в руки врачебного самоуправления — врачебным палатам, Ассоциации врачей больничных касс и больничным кассам.

Задачи Земельной врачебной палаты:

- Обеспечение квалифицированной, доступной медицинской помощи.
  - Регулирование врачебной профессиональной деятельности во всех отраслях здравоохранения.
  - Регулирование этических и профессиональных обязанностей врачей между собой и между врачами и пациентами.
  - Комиссия врачебной палаты по врачебным ошибкам регулирует спорные вопросы между больным и лечащим врачом.
  - Регулирует последипломное обучение врачей: определяет содержание, срок и время обучения врача и среднего медицинского персонала. Выдает сертификат врачам-специалистам.
  - Проводит контроль и сертификацию непрерывного обучения врача-специалиста по балльной системе стажировки.
  - Управляет качеством медицинской помощи.
- Каждый врач в Германии является обязательным членом Земельной врачебной палаты.

**Федеральная врачебная палата (ФВП)** является рабочим объединением всех 17 Земельных врачебных палат. ФВП активно участвует в процессе образования общественного мнения и разработке законов о здравоохранении и социальной политике государства.

Основными задачами ФВП являются:

- Обеспечение квалифицированной медицинской помощью населения посредством постоянного обмена опытом работы и согласованности деятельности между отдельными земельными врачебными палатами.
- Представительство профессиональных интересов врачей в Бундестаге и правительстве Германии, а также в политических партиях.
- Регулирует этические и профессиональные обязанности врачей между собой и между врачами и больными.
- Последипломное образование врачей: определяет содержание, сроки и время обучения врачей и среднего медицинского персонала.
- Установление контактов между медицинской наукой и практикой в Германии и врачебными зарубежными организациями.

**Сфера деятельности Ассоциации врачей больничных касс (Kassenärztliche Vereinigung):**

- Ассоциация врачей больничных касс является корпорацией врачей, допущенных к медицинскому обеспечению амбулаторно-поликлинической помощи больных как с ОМС, так и добровольно застрахованных.

- Гарантирует обеспечение медицинской помощи членам ОМС в любое время дня и суток.

- Определяет потребность врачей для амбулаторно-поликлинической помощи и число амбулаторий в отдельных районах (Praxis).

- Совместно с Земельными врачебными палатами осуществляет управление делами врачебного самоуправления. Создает совместные комиссии, например, по качеству медицинской помощи, врачебным ошибкам и др.

- Организует ургентную и неотложную службу врачей и больниц.

- Контролирует законность, расходы выделенных финансовых средств путем проверки документации врачей частной практики.

- Определяет порядок оплаты и оплачивает медицинскую деятельность врачей Ассоциации.

### **НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ АККРЕДИТАЦИИ И ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ БОЛЬНИЧНЫХ КАСС**

*Кто может быть допущен к работе врача частной практики?*

- Получившие диплом о высшем медицинском образовании.

- Получившие разрешение на врачебную деятельность в Германии (аккредитация выдается Земельной врачебной палатой).

- Получившие сертификат врача-специалиста, выданный врачебной палатой.

- Допущенные Ассоциацией врачей больничных касс к врачебной деятельности в частной практике (лицензия).

**Сфера деятельности врача Ассоциации больничных касс (Kassenärztliche Vereinigung):**

- Обследование и лечение больных в амбулатории.
- Консультация больных по направлению других врачей.

- Врачебно-трудовая и социальная экспертиза.
- Взаимодействие между амбулаторной и стационарной помощью.

- Участие в работе скорой помощи.

- Профилактика болезней.

- Обучение больных хроническими заболеваниями, например ХОБЛ, сахарным диабетом.

- Частичное последипломное образование врачей.

- Подготовка среднего медицинского персонала на рабочем месте.

- Постоянное повышение квалификации по системе балльных зачетов.

По своей правовой форме врачебные практики являются обществами гражданского права (*корпорацией*). Правовые основы на ведение частной практики заложены в основе V закона в Книге земельных законов о лечебных специальностях. В этом законе государство передает функции управления здравоохранения более компетентным органам в этой сфере — самоуправлению врачей, оставляя за собой право контроля за деятельностью общества, регулируя посредством федеральных законов финансирование здравоохранения.

Наряду с большим числом одноврачебных практик (офисов), особенно семейных, существуют коопе-



рации врачей специализированных амбулаторий с дорогостоящим оборудованием. Это или кооперация врачей (Praxisgemeinschaft), или ассоциация врачей (Gemeinschaftspraxis), или общая врачебная лаборатория (Laborgemeinschaft).

**Кооперация врачей** — рыночная система финансирования предприятия с полной ответственностью всех членов кооперации, совместные больные, аппараты, помещения, совместная оплата медицинского персонала.

**Ассоциация врачей** — индивидуальная ответственность каждого врача ассоциации за финансовую деятельность, собственная аппаратура и отдельные больные в совместном помещении ассоциации.

**Общая врачебная лаборатория** обслуживает большое количество врачебных практик разной специализации. Для руководства врачебной лабораторией общим собранием выбирается ответственное лицо лаборатории. Все доходы лаборатории распределяются на годичном общем собрании членов или пропорционально затратам на лабораторию или по вложенным средствам на лабораторию.

**Клиника-праксис** — некоторые врачи, особенно специалисты, наряду с приемом больных в амбулатории, имеют самостоятельные койки в стационаре.

## ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM)

Необходимость регулирования финансовых отношений и предотвращение необоснованных расходов привело к тому, что начиная с 2004 г. в стране стали создаваться центры медицинского обеспечения. Функция ЦМО — объединить под одной крышей и под одним руководством врачей многих специальностей, не потеряв профессиональной и финансовой автономии.

**Главные методы оплаты труда** врача частной практики состоят в системе фиксированных бюджетов и оплаты по клинко-диагностическим группам.

**Роль больничных касс в ОМС:**

- Собирают подоходные налоги на социальное страхование.
- Контролируют исполнение гарантий медицинской помощи со стороны Ассоциаций врачей, больничных касс и больниц.
- Проводят экспертную комиссию по нетрудоспособности.
- Оплачивают пособия по больничному листу.
- Проверяют показания на санаторно-курортное лечение.

### Финансирование деятельности стационаров.

В странах с развитой системой страховой медицины

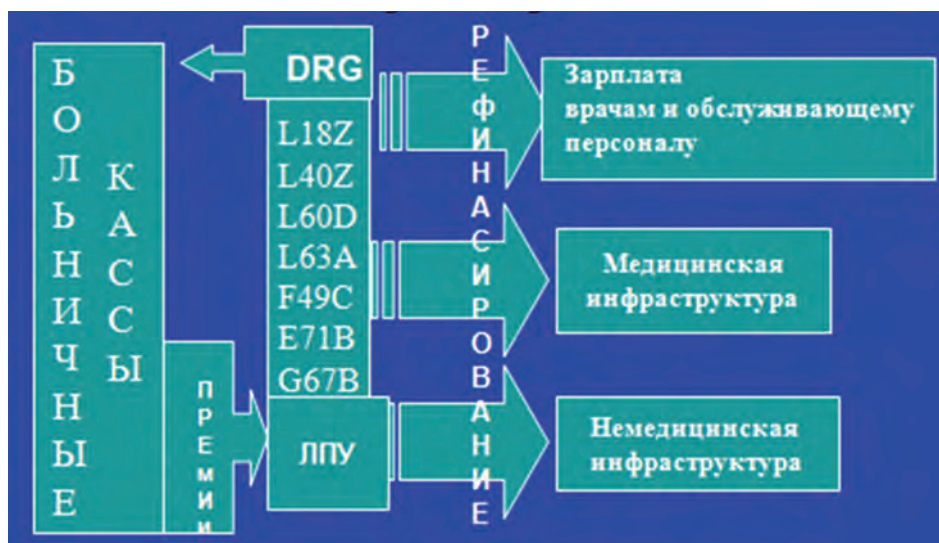


Рис. 4. Финансирование текущей деятельности больниц посредством DRG

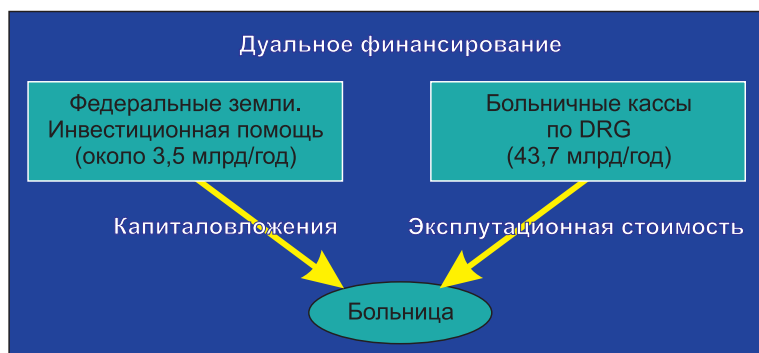


Рис. 5. Двойное (дуальное) финансирование больниц на строительство, капитальный ремонт помещений, приобретение дорогостоящего оборудования

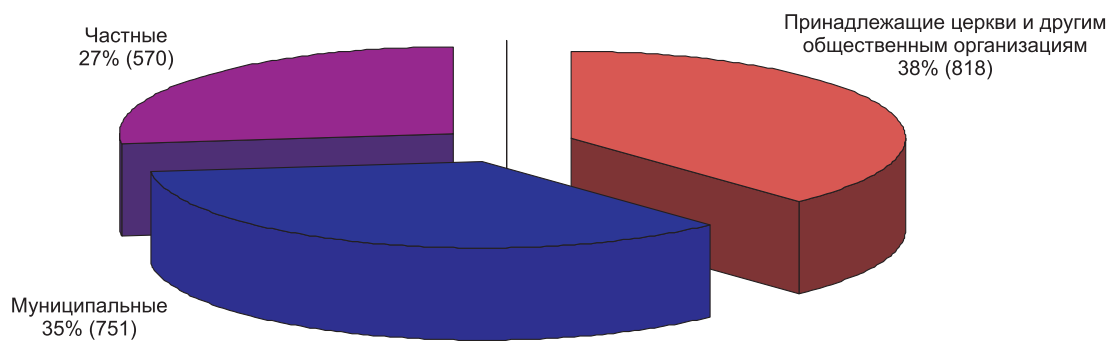


Рис. 6. Структура принадлежности больниц в Германии

все активнее применяются методы индустриального менеджмента организации в здравоохранении — Diagnose Related Group (DRG). В этих условиях лечение в стационаре оплачивается не по числу пролеченных больных и не за койкодень, что повышает заболеваемость, а за сумму нозологических заболеваний, включенных в МКБ-10, и за степень тяжести лечения, что стимулирует профилактику заболеваний (рис. 4, 5, 6).

**История Diagnose Related Group (DRG)** была разработана в США в 1967 г. в университете Yale. Впервые была введена в США в 1983 г. для расчета Medical care-programm, а позже в Австралии в 1992 г. В Германии впервые предложена факультативно в 2002 г. для расчета эффективности и стоимости лечения в больницах. С 2004 г. обязательна для расчета между больницами и больничными кассами.

**DRG** — это система для определения показателей качества и эффективности работы ЛПУ по принципу лечебного случая, это совместные или связанные диагностические группы. При медико-экономической системе лечебные случаи в определенных группах с возможно одинаковой стоимостью лечения объединяются в одну группу заболеваний. Цель — выделить больных с одинаковыми эпизодами лечения.

### **ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА-ПУЛЬМОНОЛОГА В ГЕРМАНИИ**

Цель последипломной подготовки — получить знания и опыт для дальнейшей практической работы в качестве врача-специалиста в стационаре и поликлинике. Последипломная подготовка врача-пульмонолога начинается после получения диплома о высшем медицинском образовании и проходит в ординатуре на рабочем месте. Последипломная подготовка врача в Германии находится в введении Земельных врачебных палат.

**Последипломное обучение проводится под руководством врача-специалиста**, проработавшего по специальности не менее 5 лет и получившего лицензию Земельной врачебной палаты на обучение врачей.

**Время последипломного образования:** внутренние болезни со специализацией в пульмонологии — 72 мес в одной из больниц, из них 36 мес в стационаре внутренних болезней и 36 мес дальнейшего обучения в больнице основного профиля по пульмонологии, при этом 6 мес в отделении интенсивной терапии.

**Требования и цели к последипломному образованию врача-пульмонолога:**

- Необходимо приобрести знания во всех разделах пульмонологии, включая диагностику и лечение заболеваний всей дыхательной системы, средостеня и плевро-пульмональных манифестаций.

- Социальная и врачебно-трудовая экспертиза дыхательных путей.

- Основы диагностики и лечения расстройств дыхания во время сна.

- Воспалительные заболевания дыхательных путей, включая туберкулез.

- Проведение, контроль, хемо- и иммуномодулирующей терапии рака легких.

- Интердисциплинарные показания для хирургического лечения рака легких.

- Функциональная диагностика внешнего дыхания и бодиплетизмография.

- Спироэргометрия.

- Исследование легочного кровообращения, включая катетеризацию правого желудочка.

- Показание и проведение гибкой и жесткой бронхоскопии и БАЛ.

- Кислородотерапия и ИВЛ.

- Обучение больного.

**После успешного завершения последипломного образования.** Земельная врачебная палата назначает для проведения экзамена экзаменационную комиссию в составе 3 человек, из которых два должны иметь стаж работы врача-пульмонолога не менее 5 лет. После успешной сдачи экзамена врачу выдается сертификат врача-специалиста-пульмонолога.

### **ФОРМЫ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО И НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (СМЕ /СРD) — СТАЖИРОВКА (ERS)**

- Система накопительных кредитов (баллов).

- Дистанционное обучение.

- Мультимедийные интерактивные средства.

#### **Пример начисления кредитов при самостоятельной работе**

Защита реферата — 5 баллов.

Выступление на конференции:

местный уровень — 10 баллов;

региональный уровень — 15 баллов;

национальный уровень — 20 баллов;

интернациональный уровень — 30 баллов.

Публикация статьи в журнале — 10 баллов.

Проведение занятий со стажером — 10 баллов.

Клинический обзор — 7 баллов.

Тестируемое задание для проверки знаний —  
5 баллов.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer. — 2008.
2. Berufsordnung für nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte.
3. Heilberufsgesetz NRW.
4. Bundesärztekammer Fort und Weiterbildungsordnung.
5. Kassenärztliche Vereinigung-Gesetze, Satzungen, Verträge.
6. Dr. Morar, Mutter, Keller-Krankenhausmanagement im DRG-Zeitalter. — 2002.
7. Dr. jur. T. Quiel Rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen der Krankenhäuser (Vortragsreihe 2007).
8. Statistisches Bundesamt Wiesbaden (HRG) Gesundheitswesens. — 2007.
9. Bundesärztekammer — Curriculum Krankenhausmanagement Weiterbildung des MIBEG-Instituts, Köln. — 2007.