

В.А. АЛЕКСЕЕВ, О.Л. ЗАДВОРНАЯ. Кафедра международного здравоохранения Российской медицинской академии последипломного образования, г. Москва. *Здравоохранение Германии.* // «Здравоохранение» - 2010. - №7. – С. 89 – 99.

**В.А. АЛЕКСЕЕВ, д-р мед. наук, профессор кафедры,
О.Л. ЗАДВОРНАЯ, д-р мед. наук, профессор кафедры.**

Здравоохранение Германии

Федеративная Республика Германия расположена в Центральной Европе и занимает площадь 357 тыс. кв. км. Германия -парламентская республика, в состав которой входят 16 равноправных субъектов - земель, включая города Берлин, Бремен и Гамбург. Каждый из субъектов имеет свою конституцию, отвечающую принципам республиканского, демократического и социального устройства, заложенным в Федеральной конституции - основном законе страны. Высшие законодательные органы - Федеральное собрание (Бундестаг) и Федеральный совет (Бундесрат).

Германия - одна из густонаселенных стран Европы. Численность населения составляет 82,5 млн чел., из них 42,2 млн женщин и 40,3 млн мужчин. Как во многих странах мира, рождаемость в Германии ниже уровня воспроизводства населения, годовой прирост которого за последние годы в среднем составлял 0,12%.

Почти 90% - жители городов и прилегающих к ним урбанизированных районов. Средняя плотность населения - 230 человек на 1 кв. км.

Доля Германии в мировом ВВП составляет 8%, в ВВП стран Евросоюза - 30%. В этой европейской стране - один из наиболее высоких в мире уровней расходов на систему здравоохранения - около 11 % от ВВП.

Широкую известность получили такие немецкие медицинские учреждения, как Гамбургский институт Бернгарда Нохта, специализирующийся на изучении и лечении тропических заболеваний; Немецкий кардиологический центр в Берлине; Кардиологический центр земли Северный Рейн-Вестфалия. Высококвалифицированная медицинская помощь оказывается диагностиче-

ской клиникой в Висбадене, дерматологической клиникой при Мюнхенском университете, нейрохирургической клиникой Кельнского университета.

Крупнейшие прекрасно оснащенные медицинские центры Европы - клиники скорой помощи Берлин - Марцан и Гамбург - Боберг, где оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь пациентам из Германии и других стран.

Страна - один из мировых лидеров по предоставлению санаторно-курортной помощи. Климатические условия, водо- и грязелечение в сочетании со специальными оздоровительными процедурами широко используются в неврологии, ревматологии, дерматологии и др.

Хорошо продуманная эффективная социальная политика была и остается преимущественной прерогативой государства. Система социального страхования в Германии имеет богатейший опыт. В 1883 г. в Германии был принят закон об обязательном медицинском страховании некоторых категорий работников по всей стране. Главным принципом медицинского страхования провозглашен принцип солидарности. Все работающие должны были вносить деньги в общую кассу на покрытие расходов по оказанию медицинской помощи нуждающимся гражданам. Система включала обязательное и добровольное медицинское страхование. Руководили работой больничных касс органы местного самоуправления. Минимальный набор услуг был определен государством.

После окончания Второй мировой войны развитие социального страхования стало одним из главных факторов социальной политики государства. В основу системы здравоохранения Германии заложена структурированная система медицинского страхования, включающая обязательное медицинское страхование (ОМС) и медицинское страхование частных страховых фондов.

Около 90% населения охвачено обязательным медицинским страхованием, 8% - частным; 2% населения составляют представители профессий, подлежащих особому виду страхования. Правительство берет на себя обязательства покрывать стоимость медицинского страхования безработных,

пожилых граждан, детей, государственных служащих, неработающих супругов.

В настоящее время в Германии действуют четыре вида социального страхования: пенсионное, медицинское, от безработицы, от несчастных случаев на производстве.

Взносы на социальное страхование устанавливаются в процентах от фонда оплаты труда и составляют в среднем для пенсионного страхования - 18%, медицинского - 13, от безработицы - 6%. Объемы страхования от несчастных случаев на производстве определяются работодателем в зависимости от возможной степени риска.

Страховые случаи включают профилактику, диагностику и лечение заболеваний в амбулаторных и стационарных условиях, снабжение пациентов лекарственными средствами при амбулаторном и стационарном лечении, выплату социальных пособий в связи с заболеванием, беременностью и др.

Социальным кодексом Германии определен набор медицинских услуг обязательного медицинского страхования. Он включает в себя:

- профилактику заболеваний, охрану здоровья на рабочем месте;
- медицинские обследования с целью выявления заболеваний;
- лечение (амбулаторная, стационарная, стоматологическая помощь, лекарственные средства, услуги специалистов смежных с медициной профессий, медицинские приспособления, сестринский уход на дому, некоторые виды восстановительного лечения, социальная терапия);
- неотложную помощь, перевозку больных при определенных состояниях;
- некоторые другие услуги (например, информирование пациентов).

Взносы по социальному страхованию оплачиваются работодателем и работающим в равных долях. Взнос работающего обеспечивает страхование самого работающего и неработающих членов его семьи. При этом неработающие члены семьи должны застраховаться в той же больничной кассе, что и сам работающий. Взнос не зависит от числа детей в семье.

В структуре застрахованных по обязательному медицинскому страхованию 52% составляют работающие граждане, 27% - члены их семей, 21% - пенсионеры.

Как правило, обязательное медицинское страхование осуществляют некоммерческие страховые независимые организации - больничные кассы, которыми управляет собрание представителей.

Кассы, действующие на федеральном уровне ("эрзац-кассы"), устанавливают единый размер взноса по всей Германии. Размер взноса в эрзац-кассе ниже, чем в местных больничных кассах. Работающим предоставлено право выбора застраховать себя и неработающих членов семьи на наиболее выгодных условиях. Само название "эрзац-касса" подразумевает возможность замещения членства в одной кассе на членство в другой.

Самая крупная больничная касса Германии - эрзац-касса Бармер - имеет 12,7% всего страхового оборота, более 2400 предприятий - страхователей. В ней застраховано более 9 млн граждан. В штате больничной кассы около 19 тыс. сотрудников.

В структуре страхования примерно 40% приходится на долю эрзац-касс, столько же - на долю территориальных касс, 20% - на долю производственных касс.

52 коммерческие страховые компании занимаются частным медицинским страхованием. В этой системе застраховано более 7 млн граждан. Частное страхование построено на индивидуальном подходе. Предусматривается оценка степени возможного риска для каждого застрахованного, с учетом которой определяется сумма страхового взноса.

Гражданин, застрахованный в системе частного медицинского страхования, приобретает права выбора времени плановой госпитализации, выбора врача в стационаре, получения дополнительных сервисных услуг при лечении в условиях стационарного медицинского учреждения. Частная страховая компания может отказаться от предоставления услуг или изменить условия их предоставления для лиц определенного возраста, с определенными забо-

леваниями и т. п.

Как правило, пациенты, перешедшие в систему частного медицинского страхования, до конца жизни не могут вернуться в ОМС. Исключения касаются случаев потери работы или снижения доходов до уровня, не позволяющего оплачивать медицинское страхование в негосударственных организациях. Обладатели частных страховых полисов должны делать взносы за супругов и детей. Пациент оплачивает медицинские услуги и только после этого может получить компенсацию от страхового агента.

Наряду с системой полного частного страхования, предполагающего невозможность обязательного медицинского страхования, в Германии существует система неполного частного страхования, когда застрахованный имеет право на обязательное медицинское страхование и на дополнительные услуги. Ею охвачено примерно 20% населения.

В Германии создана электронная интегрированная система оплаты, регистрации и контроля медицинских осмотров, манипуляций и приема препаратов, требующая минимальных усилий пациента и врача.

Важно отметить ряд заслуживающих особого внимания характеристик немецкой модели социального страхования. Это, в частности:

- социальная справедливость при получении медицинской помощи, когда ее объем и качество не зависят от величины взноса;
- страхование не только работающих, но и неработающих членов семьи;
- четкое разделение систем обязательного и частного страхования, прав пациентов в системах страхования;
- защита интересов пациентов, застрахованных по системе ОМС; установление квот на обслуживание застрахованных по системе частного страхования;
- участие пациента в затратах на лечение (50% взноса из личного заработка, доплата за лечение в стационаре, доплата за лекарственные средства);
- преобладание государственных и общественных больниц в боль-

ничном секторе.

В Германии хорошо отработан механизм оптимального взаимодействия сторон в медицинском страховании. Государство ответственно перед обществом за предоставление гражданам социальных гарантий, но реализация этих гарантий передана независимым организациям, управляемым выборными представителями. Это позволяет работникам, работодателям, врачам реально влиять на функционирование системы социального страхования, а государство контролирует соблюдение законодательно установленных рамок и норм.

Система здравоохранения Германии построена на принципах солидарности, доступности медицинской помощи и самоуправления. Правительство не принимает непосредственного участия в организации медицинской помощи, но контролирует выполнение действующего законодательства.

Один из главных принципов государственной системы здравоохранения Германии - разделение управленческих полномочий между федеральным правительством, правительствами земель и узаконенными организациями гражданского общества. На федеральном уровне ключевыми структурами являются Бундестаг, Бундесрат и федеральное Министерство здравоохранения и социального обеспечения.

С 2002 г. за Министерством закреплены следующие основные функции:

- охрана здоровья и социальное развитие государства;
- управление, включая перспективное планирование, инновационное развитие;
- государственное медицинское страхование, медицинское обслуживание, обеспечение долговременного лечения и ухода;
- лекарственное обеспечение;
- профилактика и борьба с болезнями;
- биомедицина;
- социальное страхование, социальный кодекс, помощь инвалидам, социальные компенсации и пособия;

- международная политика в области здравоохранения и социального обеспечения.

В большинстве земель вопросы здравоохранения курируют специальные департаменты, входящие в структуру министерств. Одновременно с решением проблем здравоохранения министерства курируют вопросы труда и социальной политики, семьи и молодежи, охраны окружающей среды.

К компетенции департаментов здравоохранения министерств относятся следующие функции: организация деятельности санитарно-эпидемиологических служб, государственных больниц; планирование развития больничного сектора; надзор за деятельностью медицинских работников и их профессиональных организаций; контроль за оборотом лекарственных и наркотических средств; надзор за деятельностью фармацевтов и их профессиональными организациями; организация психиатрической помощи; укрепление здоровья, профилактика и лечение больных СПИДом.

Большое внимание уделяется проблемам общественного здоровья и здравоохранения. Земли Баден, Гамбург, Гессен, Нижняя Саксония, Северный Рейн - Вестфалия открыли в Дюссельдорфе Академию общественного здравоохранения, где готовят врачей общественного здравоохранения для этих земель. Аналогичные школы есть и в других землях.

На протяжении последних десятилетий отмечаются выраженные тенденции улучшения здоровья населения Германии: сокращается материнская смертность, смертность детей в возрасте до одного года, сократилась смертность от ряда заболеваний. В то же время выросла перинатальная и неонатальная смертность, смертность от инфекционных болезней (в основном от сепсиса и вирусного гепатита) (таблица).

Динамика заболеваемости, смертности и факторов риска здоровья в
Германии

(по данным Европейского регионального бюро ВОЗ, 2004 г.)

Показатель	1991 г.	2004 г.
1	2	3
Среднее потребление фруктов и овощей на душу населения в год, кг	197	212
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, шт.	1752	1553
Смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя*	101,6	62
Смертность от причин, связанных с курением*	320,8	243,2
Смертность во всех ДТП*	13,8	8,5
Профзаболеваемость на 100 тыс. населения	20,9	33,4
Перинатальная смертность на 1 тыс. родов	5	5,9
Материнская смертность на 100 тыс. новорожденных	8,7	3,7
Смертность детей в возрасте до одного года на 1 тыс. новорожденных	8,7	3,7
Смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний*	5,2	8,7
Заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. населения	16,9	8,5
Смертность от туберкулеза*	1,1	0,5
Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний*	388,3	286,1
Общая смертность на 100 тыс. населения	1139	1006
* Коэффициент смертности на 100 тыс. населения.		

За последнее десятилетие сохраняется тенденция к сокращению численности населения моложе 15 лет (25% в 1970 г. и 15% в 2008 г.) на фоне увеличения доли лиц старше 64 лет (15% в 1993 г. и 18% в 2008 г.). Средняя продолжительность жизни в Германии составляет 77 лет. Индекс долголетия мужчин - 75,6, женщин - 81,6 года. Старение популяции приводит к повышению экономической нагрузки на население трудоспособного возраста, снижению доходов системы социального страхования, увеличению численности страдающих хроническими заболеваниями, требующих более сложного, длительного и дорогостоящего лечения.

Несмотря на высокий уровень экономического развития в Германии отмечается значительный уровень безработицы. Это негативно отражается на страховых фондах и бюджете работающего населения.

Начиная с 2000 г. на федеральном уровне предпринимается ряд мер, направленных на усиление объема профилактических мероприятий. Введена обязательная диспансеризация детей и подростков. В перечень страховых услуг ГМС введены обязательные групповые стоматологические осмотры для детей в возрасте до 12 лет и индивидуальные осмотры для детей и молодежи в возрасте от 12 до 20 лет. Введены регулярные профилактические обследования застрахованных граждан в возрасте старше 35 лет для выявления сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний почек и диабета. С 2003 г. программа ГМС по выявлению онкологических заболеваний дополнена рядом обязательных онкологических обследований в возрастных группах от 50 до 69 лет.

В 2002 г. в Германии был основан Форум по профилактике и охране здоровья. В его состав входят более 40 организаций, деятельность которых направлена на активное укрепление здоровья, первичную профилактику, пропаганду здорового образа жизни, внедрение широкого спектра оздоровительных программ, гигиеническое воспитание населения, включая детей и людей пожилого возраста.

В Германии действует традиционная для медицинского образования система государственной стандартизации учебных и экзаменационных программ. Стандартизация подготовки кадров впервые введена для врачей в 1871 г., фармацевтов - в 1875 г., для медицинских сестер - в 1907 г. На медицинские факультеты университетов имеют право поступать абитуриенты, имеющие документ об окончании полного курса гимназии.

В 2003 г. были законодательно закреплены новые технологии обучения, в числе которых увеличение практической направленности подготовки, ориентация на анализ и самостоятельное решение трудных проблем, возможность объединения научных и клинических дисциплин и др. Особенность немецкой системы высшего образования - отсутствие жестко установленной структуры учебного процесса. Студент может самостоятельно формировать учебный план, определять перечень изучаемых дисциплин в соответствии со

специальностью и учебной программой, самостоятельно организовывать свое рабочее время так, чтобы максимально выполнить требования, предъявляемые к стандарту освоения специальности.

Система подготовки в обязательном порядке включает проведение научных исследований. Большое внимание уделяется практической подготовке студентов. Прикладной характер подготовки достигается за счет введения семестров производственной практики. Обучение в университете длится от четырех (фармация) до шести лет (лечебное дело).

После окончания медицинского факультета университета выпускник получает статус AIP - *Arzt im Praktikum*, что примерно соответствует статусу врача-интерна в России. Полученный уровень образования позволяет продолжить общую подготовку в течение полутора лет, получить статус врача *Approbation* и допуск к определенным видам медицинской деятельности. Большинство врачей не останавливаются на этом и продолжают подготовку, чтобы получить возможность работать в качестве врача-специалиста *Facharzt*. Для этого врач должен иметь не менее трех лет стажа практической работы по интересующему его направлению, получить положительные рекомендации, выполнить определенное количество манипуляций, предоставить отчет о проделанной работе и сдать экзамен.

В дальнейшем наиболее опытные врачи могут занимать должности старших врачей (*Oberarzt*), ведущих старших врачей (*Leitender Oberarzt*), стать руководителем отделения или больницы (*Chefarzt*).

Система приема на работу предусматривает заключение контракта на определенный временной период, по истечении которого контракт пролонгируется или расторгается. Мотивация к повышению профессионального уровня и качества работы сопровождает врача на протяжении всей профессиональной деятельности. Для работы в системе ГМС выпускники медицинских факультетов должны пройти специализацию. Число медицинских специальностей постепенно растет: в 1924 г. их было 14, в 2003 г. - 37.

В настоящее время основные медицинские специальности дополняются

52 узкими специальностями с добавочными квалификационными требованиями. Руководствуясь решением собрания представителей региональных сообществ врачей, Федеральная врачебная палата разрабатывает углубленный курс профессиональной подготовки. Врачебные палаты отдельных земель вносят свои поправки в содержание подготовки и организуют курсы подготовки.

Для каждого курса установлены определенные требования. Они касаются минимального срока подготовки, включают перечень умений и навыков, манипуляций и процедур, подлежащих обязательному усвоению. После окончания обучения врачи должны сдать теоретический и практический экзамены по выбранной специальности. Практическая специализация длится от четырех до шести лет.

С 2004 г. повышение квалификации стало обязательным для всех медицинских работников: каждые пять лет врачи должны предоставлять сведения о соответствующем профессиональном росте. Для врачей, работающих в системе ГМС, отсутствие этих данных влечет снижение оплаты труда.

На протяжении многих лет в Германии не утихают споры в отношении качественных и количественных аспектов медицинского образования. Нынешние дискуссии отражают внутренние противоречия в образовании, здравоохранении, профессиональном саморегулировании. Ежегодно в связи с прогрессом в медицине и ростом ее специализации объем формальных знаний увеличивается. В то же время уделяется мало внимания развитию коммуникабельности и способностей к синтезу и анализу данных. За недостаточно широкую образовательно-педагогическую поддержку студентов, за отсутствие связи теоретических курсов подготовки в университетах с исследовательской и практической работой практическая подготовка подвергается критике. Требуется совершенствования подготовка врачей в области первичной медицинской помощи, охраны здоровья, восстановительного лечения, междисциплинарного сотрудничества.

В сфере здравоохранения Германии трудятся более 4 млн чел. Здесь за-

нят каждый десятый экономически активный гражданин. Примерно 1,2 млн чел. работают в стационарах. Около 1,7 млн человек заняты в учреждениях амбулаторного типа. В их числе врачи общей практики, врачи-специалисты, психотерапевты, зубные врачи, социальные педагоги, медицинский персонал по уходу и др. В настоящее время общая численность врачей составляет более 295 тыс. чел. На протяжении последних десятилетий абсолютная численность врачей в Германии имеет четко выраженную тенденцию к увеличению. В то же время отмечается выраженное снижение темпов роста численности врачей (с 3% в 1980-х гг. до 2% - в 1990-х гг. и только 1 % - начиная с 2000 г.). Сегодня Германия занимает одно из первых мест в мире по обеспеченности населения врачебными кадрами.

С 1980-х гг. большое внимание уделяется кадровой политике, направленной на ограничение переизбытка врачей. С 1993 г. Социальный кодекс четко определяет возможности и условия открытия новых врачебных практик. Новые практики нельзя открывать там, где численность врачей превышает 110% от средней численности по данной специальности. Положения, определяющие пределы численности врачей, контролируются Общей Федеральной комиссией врачей и больничных касс.

Во врачебно-амбулаторном секторе занято более 75 тыс. частных врачей, имеющих собственные приемные. Более 14,5 тыс. врачей (19,5%) работают в групповых практиках. На каждые 100 случаев обращений за медицинской помощью регистрируется около 60% обращений к врачам общей врачебной практики и около 40% - к узким специалистам.

Врачи общей практики выполняют большую роль в оказании медицинской помощи. На их долю приходится 68% всех консультаций, 90% всех посещений на дому, выдается 75% всех листков нетрудоспособности, 90% направлений к узким специалистам, 65% направлений в больницу, выписывается 75% рецептов на лекарственные средства.

Несмотря на стремление федерального правительства повысить статус общей врачебной практики (семейной медицины) в амбулаторной помощи,

число врачей-специалистов в последнее десятилетие росло быстрее, чем число врачей общей практики. Так, доля врачей общей практики составляет менее 35% от общей численности всех частнопрактикующих врачей. Поскольку дипломированные терапевты и педиатры имеют право выбора, в последние годы наметилась тенденция к увеличению числа врачей-специалистов.

Около 5% частнопрактикующих амбулаторных врачей имеют право лечить больных в стационарах. Остальные врачи направляют больных в стационары, а после выписки принимают обратно. В свою очередь около 8% врачей, работающих в стационарах, имеют право на оказание амбулаторной помощи пациентам в системе ГМС.

Амбулаторная помощь в основном является частной и коммерческой. Пациенты вправе выбирать врача. С 2004 г. больничные кассы обязаны предлагать каждому вступающему возможность выбора "модели обслуживания семейным врачом", предусматривающей скидку в случае обращения к узкому врачу-специалисту не самостоятельно, а через врача первичной помощи.

Амбулаторные врачи оказывают большую часть неотложной медицинской помощи в своих приемных в рабочие и нерабочие часы. Подавляющая часть семейных врачей посещают больных на дому. Круглосуточную помощь все чаще оказывают также амбулаторные отделения больниц, поскольку это рентабельно и укрепляет отношения больницы и местного населения, повышает удовлетворенность населения доступностью медицинской помощи.

В настоящее время в Германии насчитывается 2240 медицинских учреждений, в которых за год проходят стационарное лечение около 17 млн пациентов. Оказание лечебно-профилактической помощи осуществляется по принципу полного или частичного стационара, а также в виде догоспитального или постгоспитального лечения.

В больничном секторе трудятся более 92,5 тыс. врачей. Больничные штатные нормативы - 17 пациентов на врача и 2,7 - на медицинскую сестру.

Объемы коечного фонда регулируются потребностями населения исходя

из показателей здоровья. Отмечается сокращение коечного фонда в больницах всех типов на фоне увеличения более чем в два раза количества мест в домах для престарелых и инвалидов. Снижение числа коек в больницах компенсируется местами во вновь открываемых профилактических и реабилитационных центрах. В настоящее 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).

В Социальном кодексе Германии изложены основные требования к качеству оказания медицинской помощи. Чтобы попасть в больничный план и получить право на возмещение затрат, больницы должны соблюдать эти требования при осуществлении своей деятельности. Требования к безопасности и качеству медицинской помощи ежегодно возрастают. Социальный кодекс провозгласил, что покупатели и поставщики медицинских услуг должны заключать контракты, в которых определяется обязательный уровень качества обслуживания. Поставщики медицинских услуг должны контролировать качество, проводить сравнительный анализ его стандартных показателей.

С 2000 г. все больницы обязаны иметь внутренние программы управления качеством и заключать с больничными кассами контракты, гарантирующие определенный уровень качества медицинской помощи. С 2004 г. минимальные объемы услуг оплачиваются больничными кассами только при условии обеспечения качества медицинской помощи в предыдущем году. На регулярной основе практикуется проведение социологических исследований по изучению общественного мнения относительно доступности и качества медицинской помощи.

В 2005 г. специалисты по изучению качества и научной обоснованности здравоохранения провели опрос около 1,5 тыс. человек. Вопросы касались оценки качества индивидуального медицинского обслуживания, лечения у домашнего врача, лечения в стационаре, сроков ожидания экстренной и плановой медицинской помощи, оценки качества наблюдения хронических

больных и ряда других показателей.

Граждане Германии положительно оценили начавшиеся реформы в здравоохранении. Недостаточно высокой оказалась оценка контакта между врачом и пациентом. Так, 62% респондентов заявили о том, что врачи не объясняют целей лечения, не дают информации об альтернативных методах лечения, о побочном действии назначенных лекарственных препаратов. 20% респондентов отметили избыточное количество обследований. Ежегодно утверждаются новые клинические рекомендации по ведению пациентов, регламентирующие применение более современных препаратов, оборудования и медицинских технологий.

Система здравоохранения Германии считается одной из лучших в мире, но она не лишена недостатков, которые связаны в первую очередь с ростом стоимости медицинских услуг и фармацевтических препаратов. Для решения этих проблем с начала 1990-х гг. проводится ряд реформ. основополагающие принципы реформ - контроль за расходами и более эффективное использование ресурсов. Задачи – сохранение социальной справедливости при оказании медицинской помощи и улучшение ее качества. В результате принятых экономических мер в Германии было отмечено снижение роста расходов на душу населения в этой сфере.

В 2004 г. в Германии был принят Акт о реформировании здравоохранения. Документ предписывает проведение ряда мероприятий, включая создание Института качества и экономической эффективности здравоохранения. Функции Института - не определение цены и качества лекарственных препаратов, а анализ их терапевтического воздействия и разработка клинических рекомендаций по лечению конкретных заболеваний.

С 1 января 2005 г. введен новый тип электронной карты пациента. Она содержит медицинские данные пациента, что помогает избежать повторных обследований и повысить экономическую эффективность деятельности больниц. Запланировано введение электронной формы рецептов, учитываемых на карте пациента.

Новые технологии позволили объединить 350 тыс. врачей, 22 тыс. провизоров, 2 тыс. больниц, 300 больничных касс и 700 млн рецептов в единую интегральную структуру.

Система оказания медицинской помощи в Германии продолжает развиваться. Жесткое законодательство в равной степени защищает интересы граждан страны и иностранцев. Высококвалифицированные врачи, отлаженная система их подготовки, хорошо оснащенные университетские клиники, значительные инвестиции в медицину и науку - все это не оставляет сомнений в том, что здравоохранение Германии может считаться одним из лидеров мирового здравоохранения.