

## Вступ

(<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=5426108&fileId=5426110>)

Since the 2000s, several healthcare reforms have been conducted within the healthcare system in Germany. These reforms aimed at decreasing healthcare costs by introducing market processes into public services, among other means. This paper examines the policy preferences and the discourse concerning the reforms of the two dominant parties in German politics, the Social Democratic Party (SPD) and the Christian Democratic Union (CDU/CSU). It aims at revealing why the parties favoured and supported the particular reform policies. The partisan preferences are determined by applying the theoretical concepts of partisanship, power resources theory and a market-oriented power resources approach. This paper utilises the qualitative method of a discourse analysis. The expected preferences of the parties are compared with the political discourse and the policy outcomes regarding market-orientation and strategies of cost containment and recalibration. It can be demonstrated that the SPD repeatedly acted in a way that contradicted the assumed partisan preferences.

## Контекст

У час всіх виборів 90-их років реформа медичної сфери була у більшості політичних програмах.

За час правління **Гельмута Коля** були проведені перші серйозні зміни.

**1989 рік** - Акт про реформу охорони здоров'я. **Суть:** вводив право для лікарняних кас (державні страхові компанії) вибірково підписувати контракти з лікарнями, які не входили до лікарняних планів.

**1993** - Закон про структуру охорони здоров'я. **Суть:** реструктуризація амбулаторної медичної допомоги і лікарняних служб, реорганізація страхових фондів і перехід від ретроспективних платежів до проспективної системи оплати.

До влади приходить **Гергард Шредер** із іншими соціал-демократами та зеленими в одній коаліції.

**1998, вересень** - Закон про посилення солідарності медичного страхування

**1999, грудень** - змінений Закон про реформу системи медичного страхування (передбачав основу для створення системи оцінювання медичних технологій (НТА) Медичні закони соціал-демократів передбачали заходи із стримування витрат (головна ціль всіх медичних реформ в Німеччині), реструктуризація фінансування медичних служб, стаціонарної сфери і системи медичного страхування.

вступ Німеччини до Міжнародної асоціації охорони здоров'я та ратифікація відповідних норм

## **Револьюційний стрибок:**

Повний перегляд фінансування лікарень: перехід від ретроспективної системи до системи діагноз-асоційованих груп (ДАГ). Для національної асоціації медичних страхових фондів та організації стаціонарів залишено право вибору виду ДАГ. **Перехід на австралійську модель ДАГ:** єдина компенсація за пацієнта незалежно від виду і об'єму наданих медичних послуг. До переходу на австралійську модель німцям доводилося відраховувати кошти за випадок госпіталізації, процедуру і час перебування на лікуванні (для кожного стаціонару - інша ціна), хоча система єдиних платежів (виплат) діяла частково з 1995 року в рамках бюджету.

**2000 рік**

**2002 рік**

### **Складений “План заходів 2010”**

<https://www.dw.com/en/a-look-inside-germanys-healthcare-reforms/a-979982>, головною ціллю якого було збалансування солідарності та індивідуальної відповідальності, надання ефективнішої медичної допомоги.

Створені програми з лікування хронічних захворювань (Disease Management Programmes: діабет 1-го та 2-го типу, рак молочної залози, ішемічна хвороба серця, астма, хронічна обструктивна хвороба легень. (до 2007 налічувалося близько 14000 таких регіональних програм із 3.8 млн пацієнтів, які враховуються окремо, зважаючи на ризик)

Ріст витрат на охорону здоров'я на душу населення збільшується в середньому на 1,3% на рік у період з 2000 по 2005 роки.

Розмір відрахування від трудового доходу(з якого в більшій мірі фінансується охорона здоров'я) - 13,9% у 2007 році.

Згідно із соціологічним опитуванням 1999 року 49,9 % респондентів були задоволені системою охорони здоров'я Німеччини. 47,7 % були по різній мірі нею не задоволені.

**2003 рік**

### **The Act on the Modernisation of the SHI - 22 сторінка**

<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=5426108&fileId=5426110>

On the 26th September 2003 the German Bundestag passed the legislative draft of the Act on the Modernisation of the SHI with 517 votes out of 574.

**березень, 2006 рік**

Ангела Меркель заявила, що реформа охорони здоров'я є пріоритетним завданням внутрішньої політики.(8)

#### **The Act for Strengthening Competition in the SHI (2007) - 23 сторінка**

<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=5426108&fileId=5426110>

У сфері охорони здоров'я був прийнятий ряд нових законів:

Закон про посилення конкуренції в системі медичного страхування(Statutory Health Insurance Competition Strengthening Act — SHI–WSG) вступив в силу **в квітні, 2007 року**. Цей закон передбачав гарантію права медичного страхування, заохочення координування між різними медичними сферами(областями), питання фінансування і приватного медичного страхування.

Закон про обов'язкове соціальне (державне) страхування для всіх громадян був прийнятий як політичний компроміс між можливими моделями медичного страхування різних політичних партій. **Цікаво:** з 1995 року обов'язковою для всіх громадян є окрема схема медичного страхування лікування хронічних захворювань.

**З 1 січня 2009 року** в Німеччині діє єдиний централізований медичний фонд. Сума відрахувань до нього (до прикладу, відсоток від зарплати) визначається спеціальним наказом уряду. Також медичне страхування (соціальне чи приватне) з 2009 року обов'язкове для всіх громадян ФРН. Для громадян, річні доходи на рік яких перевищують суму 48 тисяч євро, можна залишитися в системі соціального страхування або перейти на приватне. Відсутність медичного страхування розглядається як адміністративне правопорушення.

Найбільш впливовою організацією в регулюванні системи медичного страхування є Федеральний об'єднаний комітет медичного страхування, створений у 2004 році, хоча загалом регулювання займаються асоціації страхових фондів і медичні асоціації.

#### **Як працює фонд?**

Кошти до фонду надходять з трьох джерел: від застрахованих і їх роботодавців(приблизно порівну), а також з держбюджету. З фонду гроші перераховуються в лікарняні каси з урахуванням не тільки числа застрахованих, але і їх віку, статі, стану здоров'я, і наявності, до прикладу, хронічно хворих. Якщо грошей не вистачає у касах, вони можуть стягувати зі своїх членів додаткові внески, проте, не більше ніж один відсоток від зарплати. Є можливість повернення в разі ощадливості.

#### **2010 рік**

#### **The Financing Act of the SHI - 23 сторінка**

<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=5426108&fileId=5426110>

#### **2014 рік**

## The Act for the further Development of the Financial Structure and the Quality of the SHI - 24 сторінка

<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=5426108&fileId=5426110>

## The Act for the further Development of the Financial Structure and the Quality of the SHI

Table 1. Reform Policies and Strategies of Cost Containment and Recalibration

Reform	Recalibration	Cost Containment		
		Cut of Benefits	Competition	Financing structure
<i>Act on the Modernisation of the SHI (2003)</i>	- Charge of a practice fee - Physicians as gatekeepers	- Cancellation of childbirth and death grant - Exclusion of non-prescribed pharmaceuticals from SHI-catalogue - Increase of additional charges for pharmaceuticals	- SHI are forced to cap administrative costs per member at max. 10 % - Management's salary records & administrative costs have to be published	- Introduction of a practice fee
<i>Act for Strengthening Competition in the SHI (2007)</i>	Catalogue of benefits extended by several treatments (vaccinations)	-	- Health insurances can charge an additional contribution - Distribution ratio of revenues from Healthcare Fund rewards more efficient working health insurances	- General Healthcare Fund effective in 2009; - Contribution rate is set at 15.5 % (from 2009) - Health insurances can charge an additional contribution considering certain limitations
<i>Financing Act of the SHI (2010)</i>	-	-	- Income threshold (SHI) only requires to be exceeded 1 year (previously 3 years) for being legitimated to switch to PHI - Health insurances are bound to keep administrative expenditures for 2011/2012 on same level as in 2010	- Health insurances can set amount of additional contribution without limitations - Social compensation is introduced in case additional contribution exceeds 2 % of gross income - Contribution rate is increased to 15.5 %; - Share of employees (7.3% + 0.9 % special contribution) is alterable while employers' share is fixed (7.3 %)
<i>Act for the further Development of the Financial Structure and the Quality of the SHI (2014)</i>	-	-	Insured persons get special right of cancellation in case of SHI charges or increases additional contribution SHI must notify their members about special right of cancellation and the opportunity to switch to a health insurance with lower charges	- Contribution rate is set to 14.6 %; both employees and employers contribute the same rate of 7.3 % - Charge of additional contribution must be income-related - Cancellation of social compensation

Notes: This table depicts the reform policies and identified strategies of cost containment and recalibration. The table is adapted from Häusermann (2010): 102-103.  
Sources: Bundesgesetzblatt 2003; Bundesgesetzblatt 2007; Bundesgesetzblatt 2010; Bundesgesetzblatt 2014.

### 7 листопада, 2019 рік

Німецький Бундестаг підтримав проект про цифрові поставки Федерального міністерства охорони здоров'я. Він вступив у дію в січні, 2020 року.

Що означає це рішення:

До кінця вересня 2020 р. всі аптеки в Німеччині повинні бути підключені до телематичної інфраструктури, а лікувальні інституції. Дана система буде використовуватися використана для передачі електронних рецептів та ведення різних медичних записів пацієнтів.

### Загальна структура

(<https://trigger.in.ua/analitika/o-mezhdunarodnom-opyite-reformirovani.html>):

#### Первый этап (1998 – 2000 г.):

- внесение изменений в законодательную базу путем внедрения жестких мер по сдерживанию затрат во всех секторах здравоохранения;

- усовершенствование системы подготовки медицинских работников.

#### **Второй этап (2000 – 2003 гг.):**

- отмена сокращения расходов на лекарства, право принятия решений по этим вопросам переходило к самоуправляемым фондам системы ГМС (государственное медицинское страхование) с последующей передачей предписаний врачам;
- внедрение метода финансирования больниц по клинико-затратным группам, а также системы выравнивания рисков, а именно перераспределение средств между больничными кассами.

#### **Третий этап (2004 год):**

- привлечение частного финансирования в здравоохранение;
- узаконены передовые модели медицинского обслуживания, что расширило возможности выбора для потребителей.

Следует отметить, что процесс медицинских реформ в Германии продолжается. Несмотря на хорошие показатели качества, страдает доступность медицинских услуг.

#### *Другие цели реформы здравоохранения в Германии:*

1. Снижение муниципальных расходов и расходов частных лиц.

В 1995 году было введено обязательное страхование на случай необходимости длительного медицинского ухода.

2. Увеличение эффективности здравоохранения.

Старт конкуренции между больничными кассами, 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.).

3. Снижение процента некачественной медицинской помощи.

Введены жесткие требования к контролю качества и укреплению системы повышения квалификации медицинских работников.

4. Усовершенствование управления больничными кассами (1993 г.) и ассоциациями врачей (2005 г.).

## **2.2. ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ГЕРМАНИИ**

- В Германии сложилась смешанная система финансирования здравоохранения. Главным источником финансирования является государственное медицинское страхование (ГМС). К 2003 г. таким страхованием было охвачено 88% населения, еще 10% населения застрахованы в частном секторе, 2% населения охвачено другими специальными государственными программами (для военнослужащих, лиц, проходящих альтернативную службу, полицейских, получателей социальных пособий и иммигрантов, добывающихся политического убежища), у 0,2% жителей не было никакой медицинской страховки.
- Фактический вклад системы ГМС в общие расходы здравоохранения составляет более 60 %. 10,5% поступает 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 длительного медицинского ухода; 7,8% поступает из государственной казны.

Всего из общественно государственных источников было покрыто три четверти всех расходов на здравоохранение, остальное — из частных источников.

- Взносы в систему ГМС собираются больничными кассами. Членство в больничной кассе является обязательным для работников, чей совокупный личный доход не превышает определенный уровень.

## **2.3. ДОГОВОРНАЯ СИСТЕМА**

- В Германии обеспечивается двойное финансирование системы здравоохранения. Для обеспечения финансирования, немецкие больницы заключают контракты со страховыми компаниями, а

также получают государственные инвестиционные субсидии из налоговых поступлений.

- С 2004 г. соло- и объединённые врачебные практики получили право самостоятельно заключать индивидуальные договоры с больничными кассами. Ранее заключались только коллективные договоры между ассоциациями врачей больничных касс и объединениями больничных касс. Такие договора, как правило, дополняют систему медицинского обеспечения на основании коллективных договоров и модернизируют ее.

## **2.4. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

- В Кодексе социального обеспечения Германии изложены основные требования к качеству, которым должны соответствовать больницы для того чтобы попасть в больничный план и получить право на возмещение своих затрат.
- С 2000 г. больницы обязаны иметь внутренние программы управления качеством и заключать с больничными кассами контракты относительно внешних мер по контролю качества.
- Поставщики услуг обязаны участвовать в деятельности по контролю качества с акцентом на документальное оформление показателей в 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 сравнительном виде.
- 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.
- С 2000 г. поощряется участие больниц в системах сертификации. 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.

## **2.5. ОПЛАТА ТРУДА ВРАЧЕЙ**

- В системе ГМС оплата труда врачей разбита на две стадии:
  - Первая стадия – больничные кассы полностью переводят ассоциациям врачей всю сумму заработной платы для всех врачей, работающих в системе ГМС, вместо непосредственной платы каждому врачу.
  - Вторая стадия – ассоциации врачей распределяют общую сумму между своими членами согласно единой шкале стоимости услуг и дополнительным инструкциям. Сначала, 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, а отдельная совместная федеральная оценочная комиссия отвечает за разработку шкалы стоимости.
- 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.
- Таким образом, оплата услуг может меняться от региона к региону, от квартала к кварталу, а часто даже между специальностями в пределах одной федеральной земли.