**Страхование в Германии**

**(по материалам семинара, проведенного в г. Киле с 7 по 12 декабря 1992 г. Институтом систем здравоохранения для работников здравоохранения Кемеровской области)**

**Введение**

Германская система здравоохранения с 1993 г. вступает с период серьезных реформ, направленных в первую очередь на снижение затрат на медицинскую помощь. Число врачей в Германии слишком велико и непрерывно растет:

1960 г. 79390 врачей - 703 чел. на врача

1980 г. 177001 врачей - 348 чел. на врача

2000 г. 216215 врачей - 270 чел. на врача

Среди врачей 40% составляют врачи общей практики, а 60% - узкие специалисты. Оптимальным считается обратное соотношение. Количество коек на 10 тыс. жителей колеблется от 106,9 до 58,7 (среднее - 72,2). В городах функционирует слишком много коек. Затраты на здравоохранение возросли с 9,5 млрд. DM в 1980 году до 141,7 млрд. DM в 1990 г.

Германская система - плюрастическая. Государство берет на себя только законодательные и контролирующие функции, а исполнителями являются самостоятельные организации - больничные кассы, ассоциации врачей. 90% населения охвачено обязательным страхованием, 8% - частным и за 2% неимущих платит государство.

Уровни управления здравоохранением:

федеральный,

земельный,

местный

**Система социального страхования**

История социального страхования в Германии берет отсчет с 1881 года. Действует 4 вида социального страхования: 1) пенсионное; 2) медицинское; 3) от безработицы; 4) от несчастных случаев на производстве.

Взносы на социальное страхование устанавливаются в процентах к фонду оплаты труда и составляют в среднем для пенсионного страхования - 18%, медицинского - 13%, от безработицы - 6%. Страхование от несчастных случаев на производстве осуществляет работодатель, и взнос зависит от степени риска.

Взносы по пенсионному, медицинскому страхованию и страхованию от безработицы выплачиваются на 50% работодателем, на 50% - работающим. Взносы платятся при доходе больше 500 DM в месяц. Предельная сумма, с которой берутся взносы - 6000 DM в месяц.

**Система обязательного медицинского страхования**

Система обязательного медицинского страхования введена в 1883 году. Социальное (обязательное) медицинское страхование предусматривает:

* диагностику и профилактику заболеваний;
* лечение в амбулаторных и стационарных условиях;
* снабжение лекарствами и вспомогательными средствами при амбулаторном и стационарном лечении;
* выплату пособий в связи с временной утратой трудоспособности (до 6 недель оплачивают работодатели);
* выплата пособий на прерывание беременности, по материнству, по смерти и т.д.

Взнос работающего обеспечивает страхование самого работающего и неработающих членов его семьи. При этом неработающие члены семьи обязаны застраховаться в той же больничной кассе, в которой застраховался работающий. В обязательном страховании взнос не зависит от количества детей в семье.

В структуре застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (92% населения) 44% составляют работающие, 27% - члены семьи, 21% - пенсионеры. Пенсионеры выплачивают 1/3 страхового взноса, а 2/3 выплачивает пенсионный фонд, который формируется из текущих поступлений на основании договора поколений (в отличие от США, где работающие формируют пенсионные фонды для себя).

**Структура и деятельность больничных касс**

Обязательное медицинское страхование (ОМС) осуществляют некоммерческие страховые организации - больничные кассы (БК). Это - самоуправляемые независимые организации, структура которых определена законодательно. БК управляется собранием представителей, включающим 50% работодателей и 50% работников. Собрание представителей избирает Правление и Президента, который назначает управляющего. Собрание представителей избирается на местном уровне для местных больничных касс из представителей владельцев иии работников застрахованных предприятий. Оно избирается на федеральном уровне для больничных касс, имеющих федеральное подчинение (эрзац-кассы).

В Кильской местной больничной кассе собрание представителей состоит из 18 работодателей, 18 работников и 10 запасных членов.

Собрание представителей устанавливает размер страховых взносов. В зависимости от состава и дохода застрахованных разброс взносов составляет от 9 до 15% к фонду оплаты труда. При этом в наиболее невыгодном положении оказывается местная (территориальная) больничная касса, которая обязана застраховать всех. Остальные больничные кассы - моряков, сельскохозяйственных работников, горняков, эрзац-кассы, отбирают застрахованных по профессиональному принципу. В Германии действует около 1200 больничных касс.

Работающий всегда страхуется лично. Так, служащий может застраховаться либо в местной больничной кассе, либо в отделении эрзац-кассы (одновременно там же страхуются неработающие члены его семьи), и его предприятие будет переводить взносы по социальному страхованию в его больничную кассу (БК). БК осуществляют сбор всех взносов по социальному страхованию, перечисляя их потом в соответствующие фонды (пенсионный и т.д.). Однако реально выбрать больничную кассу могут только 50% застрахованных - те, которые могут застраховаться по производственному принципу. Одно из направлений реформы - увеличение возможности выбора. Поскольку тарифы на медицинскую помощь одинаковы для всех касс, и объем помощи они сократить не имеют права (могут только оплачивать дополнительные услуги - по решению собрания представителей), то привлечение необходимых средств достигается за счет установления соответствующего размера страховых взносов. При этом, если создается больничная касса на предприятии с высоким доходом (оно должно иметь не менее 1000 работающих), может увеличиться размер взноса в местную больничную кассу (за счет ухода из местной кассы застрахованных с высоким доходом). Государство запрещает создание производственных касс, ухудшающих финансовое положение местных касс. Предусмотрены дотации кассам в зависимости от числа застрахованных пенсионеров. Однако удовлетворительного выравнивания размера страховых взносов не происходит. В настоящее время разрабатывается механизм выравнивания, который вступает в действие с 1994 года.

Кассы, действующие на федеральном уровне, могут устанавливать единый размер взноса по всей Германии за счет общих страховых фондов. Пример такой кассы является эрзац-касса Бармер, страхующая служащих. Как правило, размер взноса в эрзац-кассе ниже, чем в местных больничных кассах. Таким образом, служащие имеют возможность выбирать и могут застраховать себя и неработающих членов семьи на более выгодных условиях. Происхождение названиям - это касса замещения, т.е. членство в эрзац-кассе замещает членство в других кассах.

Это самая большая касса в Германии, имеет 12,7% от всего страхового оборота, более 9 млн. застрахованных 2400 предприятий, 19 тыс. сотрудников.

В г. Килль на 55 тыс. застрахованных приходится 170 сотрудников БК Бармер. Управление осуществляет директор, его заместитель и советник по связи с предприятиями. Основные отделы - отдел проверки своевременности и полноты платежей предприятия, отдел обслуживания застрахованных, который выдает полисы и прикрепительные талоны и фиксирует все случаи получения медицинской помощи, случаи утраты трудоспособности, выплачивая пособия, финансовый отдел. 13 филиалов Кильской эрзац-кассы Бармер имеют небольшой состав - 4-5 человек (директор, заместитель, 2-3 сотрудника). Агентской сети нет. Затраты на ведения дела составляют 6% собранных страховых взносов (В среднем по Германии на ведение дела тратится 7%). Размер резерва равен месячной сумме расходов БК. В 1991 г. Бармер собрал больше, чем истратил, поэтому в 1992 г. размер взносов был понижен. Но расходы возрасли, и к сентябрю дефицит составил 1,8 млрд. ДМ, поэтому с октября 1992 г. размер взносов повышен с 12,3% до 13,5%. Бармер управляется федеральным собранием представителей, переизбираемым каждые 6 лет.

Все эрзац-кассы перечисляют взносы в центральный фонд и финансируются по фактическим затратам на медицинскую помощь. Все финансовые операции осуществляются в компьютерной сети с помощью спутниковой связи. В кассах ведутся компьютерные банки, содержащие детальные сведения о каждом застрахованном. Сотрудники БК получают фиксированные должностные оклады.

Среди всех застрахованных по обязательному страхованию 35-40% застраховано местными БК, 20% - производственными, остальные - эрзац-кассами.

БК каждого вида образуют свои ассоциации на уровне земли. Эти ассоциации гарантируют застрахованным предоставление медицинской помощи, заключают договора с ассоциациями кассовы врачей, ведут переговоры с больницами, организуют подготовку кадров.

Так, ассоциация местных БК земли Шлезвиг-Гольштайн организовала подготовку кадров для 16 местных больничных касс земли Шлезвинг-Гольштайн в обучающем центре АОК. В 16 местных БК работает 2200 сотрудников, которые обслуживают 650 тыс. застрахованных (примерно 1 сотрудник на 300 застрахованных). Ежегодно требуется обучить около 200 человек и усовершенствовать 100 человек. Начальное обучение (после общеобразовательных школ) проводится в течение 3-х лет, при этом 50% времени занимают лекции, а 50% - стажировка на рабочих местах в БК. Окончившему обучение гарантируется трудоустройство в БК. Набор производится по объявлению, требуется пройти конкурсный отбор. Конкурс составляет порядка 100 человек на место. Работа в БК считается престижной и относится к высокооплачиваемым профессиям.

Общих ассоциаций всех видов больничных касс (местных, производственных, эрзац-касс) на уровне земель нет. Такая ассоциация существует только на федеральном уровне.

**Частное медицинское страхование**

Частным медицинским страхованием занимаются 52 коммерческие страховые компании, в которых застраховано 7 млн. жителей, имеющих доход более 6000 DM в месяц (из 18% населения, имеющих доход более 6000 DM в месяц, в системе частного медицинского страхования застраховано 8%).

Частное страхование построено на индивидуальном принципе - для каждого застрахованного рассчитывается степень риска, от которой зависит страховой взнос. В дальнейшем размер взноса не меняется.

Застрахованный по частному страхованию имеет право:

выбрать время для плановой госпитализации;

выбрать врача в стационаре;

находиться в одно-двухместной палате (если средняя стоимость койко-дня 83,5 DM, то за двухместную палату надо доплачивать 75 DM в день, а за одноместную - 150 DM в день).

Гонорар врачей по частному страхованию выше, чем по обязательному, но больницы могут иметь не более 40% частно застрахованных (реальный процент - 15-20). При нарушении прав застрахованного по обязательному страхованию, он может обратиться с жалобой, и больница рискует потерять право на лечение частных пациентов.

При частном страховании, в отличие от социального, где медицинские услуги оплачивает БК, пациент сам оплачивает медицинскую помощь, а затем предъявляет счет страховой компании. Она, как правило, возмещает 70-90% расходов (при этом взнос значительно меньше, чем при 100% возмещении). Возвратность средств обычно реализуется путем снижения взноса при возобновлении договора.

Частное страхование существует в двух видах: · полное, при котором застрахованный не имеет права на обязательное страхование; · частичное, когда застрахованный имеет право на обязательное страхование и дополнительные услуги (например, чиновники).

В Германии твердо убеждены в необходимости разделения обязательного и частного страхования и недопустимости совмещения этой деятельности одним юридическим лицом.

**Больничный сектор**

В Германии существуют больницы 4 видов:

1) государственные;

2) частные (порядка 1000 небольших больниц, как правило, специализированных);

3) Красного креста;

4) церковные и др. благотворительных фондов.

В больничном секторе работает 92 600 врачей.

Больницы дифференцированы - для острых больных (пребывание до 3-4 недели), хроников (пребывание 9-12 недель) и сестринского ухода. Как правило, они управляются менеджерами. В Германии больницы финанисируются из двух источников бюджета (8,2% общего бюджета) - на приобретение оборудования, строительство, ремонт. Бюджет выделяется по нормативам в зависимости от количества койко-мест и по целевым заявкам.

Текущее содержание больниц (30% общих затрат) оплачивают больничные кассы. Больница представляет страховщикам годовой бюджет на текущее содержание (зарплата, питание, медикаменты и пр.), исходя из 90% занятости койки в год. Переговоры ведутся с представителями всех БК, пока не будет достигнуто единое соглашение по ставке дневных издержек (стоимости койко-дня).

Государство устанавливает максимальный процент роста стоимости больничной помощи.

Если фактические затраты больницы превышают установленную тарифную ставку, то 75% недостающих средств компенсируется, а 25% больница должна компенсировать сама.

Пациент участвует в издержках, доплачивая 15 DM за каждый день пребывания.

Больничные нормативы: · 17 больных на врача лечебного отделения; · 2,7 больного на медсестру

В Германии недовольны ростом стоимости больничной помощи. В связи с неэффективностью существующей системы оплаты, реформа системы здравоохранения предусматривает переход на оплату по методу, близкому к методу КСГ - оплату по заранее рассчитанным тарифам не законченные случаи лечения в разрезе нозологических группировок с учетом сопутствующих факторов.

Врачебно-амбулаторный сектор

Врачебно-амбулаторный сектор Германии представлен независимыми частными врачами, владельцами собственных приемных - врачами общей практики (ВОП) и узкими специалистами. Это - 75300 врачей, из них 14700 (19,5%) работают в групповых практиках.

Из каждых 100 случаев обращения за медицинской помощью 50,5% - обращения к ВОП, 40% - обращения к узким специалистам, 9,5% - госпитализация.

На 20 тыс. населения приходится 25 врачей, из них 8 - ВОП.

В Германии произошел неоправданный перекос в сторону развития специализированный помощи, реформа здравоохранения призвана увеличить роль ВОП.

Врачи общей практики:

проводят 68% всех консультаций;

выдают 75% листков нетрудоспособности;

выполняют 90% посещений на дому;

дают 65% направлений в больницу;

дают 90% направлений к узким специалистам;

выписывают 75% лекарств.

Они несут ответственность за больного 24 часа в сутки, без выходных дней. Пациент 1 раз в квартал получает в своей БК прикрепительный талон, который приносит выбранному врачу. Врач регистрирует пациента, и в течение квартала фиксирует всю оказанную помощь в этом талоне, сдавая его по концу квартала для оплаты. Все проблемы пациента решает его ВОП. Он оказывает ему помощь в течение дня, сам выбирая границы своего рабочего времени. Как правило, это время с 8 утра до 8 вечера, но иногда - с 6 утра до 10 вечера. Врач сам решает, будут ли у него выходные и сколько. На то время, когда он отдыхает (ночь, выходные) врач обязан организовать и оплатить оказание неотложной помощи своим пациентам. Обычно несколько врачей совместно оплачивают врача неотложной помощи. Так же совместно они предпочитают содержать лаборатории (это экономичнее), делая самостоятельно только самые экстренные исследования. ВОП может направить пациента к любому узкому специалисту, выдав ему листок-направление. Но все исследования, которые назначит специалист, оплатит ВОП.

В Германии действует оригинальная система оплаты врачей амбулаторного сектора - эту оплату проводит ассоциация этих же врачей. Врач, желающий работать в системе обязательного медицинского страхования, обязан вступить в ассоциацию кассовых врачей. Это - самоуправляемая независимая организация, действующая на основании соответствующего Закона. Она при участии органов управления здравоохранением заключает соглашение с больничными кассами об общем размере средств, выделяемых на врачебно-амбулаторный сектор.

В дальнейшем ассоциация сама ведет расчеты с врачами.

Органы медицинского страхования совместно с врачебными ассоциациями и органами управления здравоохранением разрабатывают шкалу гонораров за каждую услугу. В соответствии с утвержденным списком услуг, оплачиваемых страховыми организациями, каждой из них придается определенный балл. Шкала представляет собой набор относительных величин, отражающих соотношение стоимости разных услуг. Каждой услуге соответствует код и число баллов. Раз в квартал врач сдает в страховую организацию прикрепительные талоны пациентов, где указаны по всем датам посещений коды оказанных услуг. Эти данные вводятся в компьютерную систему. Подсчитывается общее число баллов, заработанных всеми врачами, и определяется денежное выражение одного балла. Квартальный доход каждого врача определяется путем умножения "цены" балла на их общее число.

Компьютерная система позволяет выбрать тех врачей, которые набрали слишком много баллов и слишком часто направляли больных к консультантам. Ассоциация имеет право предупредить врача и не заплатить ему полный гонорар. Если врач не согласен с решением ассоциации, он может опротестовать его в арбитражном суде, состоящем на 50% из представителей ассоциации врачей и на 50% из представителей больничных касс. В эти же суды могут обращаться и пациенты.

Ассоциация кассовых врачей занимается контролем качества - 5-10% случаев подлежит проверке.

Стоматологическая помощь оплачивается аналогично ассоциацией врачей - стоматологов, которая согласовывает с больничными кассами стоимость 1 балла.

В последнее время в Германии начали появляться дома врачей, где независимые врачи совместно используют оборудование и приемные. Не следует путать с нашими поликлиниками, где врачи являются наемными работниками.

**Медикаментозное обеспечение**

Обеспечение лекарствами организована на уровне частной промышленности. В Германии 1,5 тыс. фармацевтических фирм с оборотом 13,6 млрд. DM. Оборот оптовой торговли - 2,2 млрд. DM (оптовая наценка 13-17%). Оборот аптек составляет 5,6 млрд. DM. Половина лекарств реализуется через государственные аптеки, половина - через частные. В Германии 20 тыс. аптек, 1 аптека на 4 тыс. жителей. Каждый фармацевт может, получив государственное разрешение, открыть аптеку, но только одну. Аптекари добровольно вступают в ассоциацию аптекарей, представляющую их интересы в переговорах с больничными кассами. Одновременно все врачи-фармацевты обязаны вступить в ассоциацию фармацевтов. В Германии в системе обязательного страхования лекарства по рецептам врачей, работающих с БК, как правило, продаются пациентам за символическую плату - 3 DM (кроме детских рецептов - здесь доплата не требуется). Больничные кассы возмещают аптекам стоимость лекарств по ценам, не превышающим предельной, установленной для каждого лекарства. БК получают 5% оборота аптеки. Если стоимость какого-либо аналога превышает предельную, то пациент доплачивает разницу. С 1.01.93г. доплата пациентов за лекарства дифференцируется:

до 30 DM - 3 DM

до 50 DM - 5 DM

больше 50 DM - 7 DM

Это сделано с целью снизить перепотребление дорогих лекарств.

Кроме того, аптеки заинтересованы в продаже дешевых лекарств - торговая наценка на них значительно выше: · до 2 DM - 68% · до 10 DM - 60% · больше 70 DM - 30%

Стоимость лекарств установлена единой по всей Германии. Осуществляется компьютерная обработка всех рецептов.

В год житель потребляет лекарств в среднем на 274 марки.

Застрахованные по частному медицинскому страхованию лично оплачивают лекарства, а затем предъявляют оплаченные рецепты в страховые компании. Рецепты в частном и обязательном страховании выдаются разного цвета.

Больничные отделы аптек обслуживают ежедневные заявки больниц. Эти отделы имеют 4-х недельный запас медикаментов. Аптека два раза в год проводит проверку больниц - первый раз визуально, проверяя сроки годности и условия хранения лекарств, второй раз - производя полную инвентаризацию.

В аптеках существуют небольшие коммерческие отделы. Аптеки не имеют право заниматься рекламой.

**Ассоциация врачей**

В Германии действует 2 формы врачебных ассоциаций:

с обязательным членством;

с добровольным членством.

К ассоциациям с обязательным членством, деятельность которых регулируется законодательно, относятся: 1) ассоциация врачей, в которую входят все работающие и неработающие врачи Германии. Она обычно оформлена на уровне земли; 2) ассоциация кассовых врачей; 3) ассоциация врачей-стоматологов; 4) ассоциация врачей-фармацевтов.

Эти ассоциации, являясь независимыми, самоуправляемыми организациями, выполняют функции, которые в других странах выполняют органы государственного управления.

Так, ассоциация врачей земли Шлезвиг-Гольштайн имеет 200 освобожденных работников. Взносы врачей составляют от 100 до 3000 DM в год в зависимости от дохода.

В парламент ассоциации выбирается 1 представитель от 150 врачей.

Представитель Минздрава входит в правление ассоциации, имеет право затребовать любые документы и выдать ассоциации предписание, обязательное для выполнения. Однако, государственные органы редко вмешиваются в дела ассоциации.

Добровольных ассоциаций сотни.

Среди наиболее известных - Гартман-Союз, объединяющий 35 тыс. врачей, который борется за их права.

Марбургский союз объединяет около 45 тыс. врачей, работающих по найму. Практически он превратился в профсоюз, который заключает тарифные соглашения с работодателями.

Существует по два профессиональных союза по каждой специальности - один занимается научными проблемами, другой - защищает экономические интересы.

На земельном и федеральном уровне действует союз главных врачей. Правительство активно консультируется с профессиональными союзами.

**Заключение**

Германская система здравоохранения, имеющая наибольший опыт в системе социального медицинского страхования, представляет большой интерес для нашей страны.

Это не значит, что мы должны копировать Германскую модель. Дороговизна системы, отсутствие социальной справедливости при уплате страховых взносов в различные БК, неэффективная система оплаты медицинской помощи - все это повторять не стоит. Реформа Германской системы здравоохранения предусматривает устранение этих недостатков.

В то же время, многие характеристики Германской модели важно не упустить при создании и развитии системы медицинского страхования у нас:

I. Социальная справедливость при получении медицинской помощи - объем и качество помощи никак не зависят от размера уплаченных взносов (однородность обслуживания при многообразии финансирования);

II. Четкое разделение обязательного и частного страхования. Частное страхование дает преимущества только сервисного характера. Оно проводится отдельными юридическими лицами, которые не занимаются обязательным страхованием.

III. Защита интересов пациентов, застрахованных по обязательному страхованию: установлены квоты на право обслуживать частных пациентов.

IV. Участие пациентов в издержках на здравоохранение: A. уплата 50% взноса из своего заработка; B. доплата при лечении в стационаре; C. доплата за лекарства.

V. Страхование работающими не только себя, но и неработающих членов семьи.

VI. Погружение частного врачебно-амбулаторного сектора в общественное здравоохранение через договора с больничными кассами.

VII. Преобладание государственных и общественных больниц в больничном секторе.

VIII. Поручение государством своих функций самоуправляемым независимым организациям - больничным кассам и ассоциациям врачей с обязательным членством.

Действительно, государство ответственно перед обществом за предоставление каждому члену социальных гарантий, но реализацию этих гарантий оно передает самоуправляемым, независимым организациям, которые управляются выборными собраниями представителей, а не государственными чиновниками. Это позволяет работникам, работодателям, врачам реально влиять на функционирование системы социального медицинского страхования. При этом государство контролирует соблюдение этими независимыми организациями законодательно установленных рамок и имеют право пресекать неправильные действия.

Таким образом, в Германии реализован механизм оптимального взаимодействия сторон в медицинском страховании.

Услуги медицинской страховки в Германии оказывают специальные организации, называемые больничными кассами(Krankenkasse).

Первая страховая фирма Германии, предложившая клиентам медицинский страховой полис, появилась ещё в 1848-ом году. Называлась она "Больничная касса служащих Берлинского полицай-президиума". Но ещё раньше, в 1843-ем году, прототип медицинского страхования был введён для служащих табачной промышленности. Всё это были частные организации.

На государственный уровень проблему медицинского страхования вывел великий собиратель немецких земель Отто фон Бисмарк в ходе своих социальных реформ. В 1881-ом году он выдвинул идею обязательного социального страхования всех служащих, куда медицинская страховка вошла в первую очередь. С тех пор все работники, а также члены их семей, на территории Германии с доходом, не превышающим определённую законом сумму, обязаны иметь медицинскую страховку. Сумма годового дохода, выше которой обязательную государственную медицинскую страховку иметь уже не обязательно, меняется в последнее время каждый год. Законодатели стараются постоянно увеличивать эту сумму, чтобы больше людей попадали под обязательное страхование. В этом году те, кто получает в год более чем 44.100 €, могут решать самостоятельно, нужна ли им медицинская страховка, и если нужна, то какая именно: частная или государственная.

Все остальные обязаны отдавать в больничные кассы от 12 до 16% годового дохода. Точная цифра зависит от конкретной кассы. На данный момент в Германии около 250 государственных страховых компаний предоставляющих медицинское страхование. По закону качество медицинских услуг не может зависеть от того, в какую кассу платит бюргер страховые взносы. На деле же ситуация может немного отличаться.

В принципе, все основные медицинские услуги предоставляются бесплатно. Но есть исключения в виде "неосновных" услуг. Например, поход к зубному врачу может вылиться в кругленькую сумму, в зависимости от того, какую часть расходов покрывает страховка. Если страховые взносы в больничную кассу находятся на уровне минимума(12%), то скорее всего значительную часть "неосновных" расходов придётся выплатить из своего кармана. Но и дорогая страховка также не гарантирует стопроцентной оплаты услуг дантиста. Проще всего использовать специальный сервис, где есть информация по всем немецким государственным медицинским страховкам. Там можно конкретно узнать, сколько и за что нужно платить в той или иной страховой компании, а также сравнить страховки между собой.

Однако, все необходимые для здоровья медицинские потребности оплачиваются кассами на 100%. Для детей в возрасте до 18-ти лет вообще не существует никаких "неосновных" расходов. Любые прописанные врачом процедуры и медикаменты оплачиваются страховкой. Для взрослых существуют доплаты. Например, 10 € в квартал стоит посещение врача. А за любые прописанные медикаменты необходимо уплатить 5 €. Но и эти копейки могут быть оплачены государством, если бюргер имеет малый доход.

Выбор больничной кассы - дело сугубо личное. Чаще всего выбирают кассу, которая регионально ближе. Также можно ориентироваться на уровень страховых взносов, на отзывы знакомых, а также на премии, которые имеет касса. Премии - это возврат некоторой суммы денег застрахованному или любой другой бонус при выполнении им некоторых условий кассы. Например, если человек ходит к дантисту каждые полгода, то ему оплатят любой вид пломбы, а не только самый дешёвый. Или если застрахованный не курит и ни разу за год не обратился к врачу, то ему могут вернуть какую-то сумму денег.

После того, как страховка выбрана, следует заключить контракт с кассой. Можно вызвать на дом страхового агента или попросить прислать договор по почте. Если страховка по какой-то причине не подошла, то её можно сменить, правда, это занимает некоторое время.

После заключения контракта касса присылает по почте страховой полис на каждого члена семьи, если тот не работает. Таким образом один работающий платит за всю семью и все пользуются его страховкой. Работодатель переводит деньги в указанную служащим кассу ежемесячно. Более того, работодатель платит кассе ещё ровно столько же, сколько платит сам служащий. Страховой полис бюргера представляет из себя пластиковую карту стандартного размера, содержащую микрочип. В ней хранятся имя владельца, его контактные данные, дата рождения и прочая административная информация, необходимая врачам. Врач или аптекарь, обслуживая клиента, сначала проводит картой по специальному считывающему устройству.

Все в Германии вольны самостоятельно выбирать лечащих врачей. Никто не привязан к районным поликлиникам или региональным медицинским учреждениям. Конечно, страховка может не покрыть, например, расходы на дорогу в отдалённую клинику, если в таком выборе не было особых оснований, но лечение - другое дело.

Помимо государственных больничных касс, как уже писалось выше, существуют частные кассы. В них система оплаты устроена несколько иначе. Сначала больной самостоятельно платит за лечение, затем посылает счета в страховую компанию, которая возвращает ему деньги. На каждого члена семьи надо заключать отдельную частную страховку и платить тоже приходится отдельно. Но если доходы велики, то это всё равно может быть дешевле, чем 12% от зарплаты. Таким образом, частные страховки наиболее выгодны тем богатым жителям Германии, которые не имеют проблем со здоровьем и детей.

К старости выплаты в государственную страховку снижаются, в зависимости от заработанной пенсии. Для малоимущих и безработных страховку обеспечивает государство.

Благодаря такой системе страхования в Германии нет проблем с получением необходимого медицинского обеспечения. Но недостатки у этой системы всё же есть. Например, производители медицинского оборудования или поставщики услуг непомерно задирают цены, в расчёте на то, что платят то за услуги не люди, а страховые компании. Бывали случаи, когда в конце года больничные кассы оказывались в минусе - то есть выплачивали больше, чем получали. Поэтому вот уже который год в Германии ходят слухи о реформе медицинского страхования. Но что именно она принесёт - пока никому не ясно.