

***Андреева/Борхардт/Ребигер/Володин***  
***Andreeva/Borchardt/Räbiger/Volodin***

***Словарь по здравоохранению***

***Glossar Gesundheitswesen***

***Glossary Health Care System***

Russian German English

German Russian English

***Словарь по здравоохранению***

***Glossar Gesundheitswesen***

***Glossary Health Care System***

Russian

German

German

Russian

English

English

Autoren:

Elena Andreeva  
Gudrun Borchardt  
Jutta Rübiger  
Yuri Volodin

Авторы:

Елена Андреева  
Гудрун Борхардт  
Ютта Ребигер  
Юрий Володин

Herausgeber:

Berliner Zentrum Public Health

Band 2001-07

ISSN 0949-0752  
Druck: Papyrus Druck GmbH  
Berlin, September 2001

Издательство:

Берлинский центр здравоохранения и социальной медицины  
Сборник 2001-07

ISSN 0949-0752  
Типография: Papyrus Druck GmbH  
Берлин, сентябрь 2001

Die Herstellung des Glossars wurde unterstützt von:

Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft, Bonn  
Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, Freiburg

Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

Bezug:

Berliner Zentrum Public Health  
Technische Universität Berlin  
TEL-11-4  
Ernst-Reuter-Platz 7  
10587 Berlin  
GERMANY

Tel. ++49 (0)30 314 21 970  
Fax ++49 (0)30 314 21 578  
E-Mail: [bzph@tu-berlin.de](mailto:bzph@tu-berlin.de)  
<http://www.tu-berlin.de/bzph>

По вопросам приобретения издания  
обращаться по адресу:

Офис Специального Представителя  
Генерального Директора ВОЗ  
в России:  
Москва, 119034  
ул. Остоженка, 28

Тел. (+7-095) 787 21 17  
Факс (+7-095) 787 21 19  
эл.почта: [d.sunyakova@who.org.ru](mailto:d.sunyakova@who.org.ru)

## Предисловие

Системы здравоохранения в Германии и в России находятся в процессе реформирования. Наиболее серьёзные преобразования произошли в начале 90-х годов. С момента вступления в силу закона "О медицинском страховании граждан в РФ"<sup>1</sup> в 1993 году в России была предпринята попытка создания системы здравоохранения на основе социального страхования.

Немецкая модель законодательно установленного страхования на случай болезни, финансируемая из страховых взносов, была введена Бисмарком в 1883 году. За последние 100 лет она трансформировалась в систему все-народного страхования, служащую образцом во всём мире - благодаря высокому качеству и большому объёму страховых услуг, предоставляемых практически всему населению.

Министерство Здравоохранения Германии не только приветствовало, но и активно поддерживало решение российского правительства об учреждении системы медицинского страхования на основе Бисмарковской модели. С 1991/1992 Министерство Здравоохранения Германии оказывает консультативную помощь в этой области. Германско-российское сотрудничество включает в себя также проведение многочисленных проектов по совершенствованию медицинского страхования в экспериментальных регионах.<sup>2</sup>

Особенности систем здравоохранения и медицинского страхования нашли своё отражение и в их терминологии. Некоторые немецкие понятия, включённые в данный глоссарий, ещё не имеют аналога в русском языке и не встречаются ни в одном немецко-русском словаре. Поэтому при переводе было зачастую непросто найти однозначный и точный языковой эквивалент.

Настоящее издание является первым шагом к созданию всеобъемлющего толкового словаря терминов политики и менеджмента здравоохранения, а также науки об охране здоровья населения. Многие из этих терминов можно понять только зная устройство системы здравоохранения в целом и её отдельных компонентов. Поэтому во вводной части дан краткий обзор систем медицинского страхования России и Германии, изложены основополагающие признаки и принципиальные различия обеих систем.

Большая часть терминов, вошедших в настоящее издание, относится к сфере законодательно установленного страхования на случай болезни и амбулаторного врачебного обслуживания. Кроме того, в данном словаре встречаются понятия из области стационарного медицинского обслуживания и частного страхования на случай болезни.

Предлагаемый Вашему вниманию словарь рассчитан на российских и немецких специалистов министерств и ведомств, отвечающих за организацию медицинского страхования, менеджеров и сотрудников компаний и фондов, зани-

---

<sup>1</sup> Закон Российской Федерации № 1499-1 от 28.06.91 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1, Указа Президента РФ от 24.12.93 № 2288, Федерального закона от 01.07.94 № 9-ФЗ.

<sup>2</sup> N.B. ORDINA u.a. „Ergebnisse der russisch-deutschen Zusammenarbeit an einem gemeinsamen Projekt im Gebiet Vladimir“, in: F. BESKE u.a. (Hrsg.) *Stand und Zukunft der Krankenversicherung in der Russischen Föderation*, Kiel 1999, S. 3 ff.

мающихся медицинским страхованием, руководителей и сотрудников больничных касс и медицинских учреждений. Словарь предназначен также для преподавателей и студентов медицинских вузов и для всех, кто намерен активно совершенствовать систему медицинского страхования в России с учётом западноевропейского и российского опыта.

Авторы выражают благодарность Объединённому Фонду поддержки немецкой науки и Фонду им. Роберта Боша за финансовую помощь в подготовке словаря, а также издательствам, предоставившим необходимый материал и надеются, что настоящее издание внесёт свой скромный вклад в развитие взаимопонимания в области медицинского страхования.

С октября 2001 словарь появится в интернете: <http://www.tu-berlin.de/bzph>.

Елена Андреева, магистр здравоохранения и социальной медицины  
научный сотрудник отдела эпидемиологии Института  
здравоохранения и социальной медицины при Техни-  
ческом Университете, Берлин

Гудрун Борхардт, доктор философских наук  
референт по здравоохранению представительства  
больничной кассы ТКК в федеральных землях Берлин  
и Бранденбург

Юрий Володин, кандидат медицинских наук  
директор отдела медицинского страхования  
акционерного общества авиационного и космического  
страхования «АВИКОС», Москва

Ютта Ребигер, доктор экономических наук,  
профессор экономики здравоохранения в  
Высшей школе им. Алисы Саломон, Берлин;  
член Берлинского центра здравоохранения  
и социальной медицины

Берлин / Москва, август 2001

## Vorwort

Die Gesundheitssysteme in Deutschland und in Russland sind in einem gewaltigen Wandel begriffen, der besonders stark seit Anfang der 90er Jahre ausgeprägt ist. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes "Über die medizinische Versicherung der Bürger in der Russischen Föderation"<sup>3</sup> 1993 hat Russland versucht, ein auf dem Sozialversicherungsmodell basierendes Gesundheitssystem aufzubauen. Das deutsche Modell der gesetzlichen, beitragsfinanzierten Krankenversicherung (GKV), 1883 von Bismarck eingeführt und in den letzten 100 Jahren zu einer Volksversicherung ausgebaut, ist international anerkannt - dank dem hohen Niveau und dem großen Umfang der Versorgungsleistungen, die nahezu der gesamten Bevölkerung gewährt werden.

Die Entscheidung der russischen Regierung, ein Krankenversicherungssystem Bismarck'scher Prägung zu etablieren, wurde vom deutschen Bundesministerium für Gesundheit nicht nur begrüßt, sondern auch seit 1991/1992 mit Beratungsleistungen aktiv unterstützt. Die deutsch-russische Zusammenarbeit umfasst auch die Durchführung zahlreicher Projekte zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung in Modellregionen.<sup>4</sup>

Die Besonderheiten beider Gesundheitssysteme haben ihren Ausdruck in der Terminologie gefunden. Einige deutsche Begriffe, die in das Glossar aufgenommen wurden, haben noch keine Entsprechung in der russischen Sprache und kommen in keinem russischen Wörterbuch vor. Daher war es bei der Übersetzung manchmal nicht einfach, ein eindeutiges und präzises sprachliches Äquivalent zu finden.

Das Glossar "Gesundheitswesen" (russisch-deutsch-englisch, deutsch-russisch-englisch) ist ein erster Schritt in Richtung eines umfassenderen Lexikons, das alle für die Gesundheitswissenschaften, die Gesundheitspolitik und -verwaltung relevanten Begriffe enthält und erklärt. Viele Begriffe werden erst verständlich, wenn man die Strukturen des Gesundheitssystems insgesamt kennt. Einleitend wird daher ein kurzer Überblick über den Aufbau der jeweiligen Krankenversicherungssysteme gegeben sowie eine tabellarische Darstellung ihrer grundlegenden Merkmale und Unterschiede.

Die Begriffe stammen überwiegend aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und dem System der ambulant-ärztlichen Versorgung; darüber hinaus sind auch Begriffe aus der Krankenhausversorgung und dem Bereich der privaten Krankenversicherung enthalten.

---

<sup>3</sup> Gesetz der Russischen Föderation Nr. 1499-1 vom 28.6.91 (i.d.F. vom 2.4.93 Nr.4741-1; Erlaß des Präsidenten der Russischen Föderation Nr. 2288 vom 24.12.93; i.d.F. vom 1.7.94 Nr. 9-FZ).

<sup>4</sup> N.B. ORDINA u.a. "Ergebnisse der russisch-deutschen Zusammenarbeit an einem gemeinsamen Projekt im Gebiet Vladimir", in: F. BESKE u.a. (Hrsg.) *Stand und Zukunft der Krankenversicherung in der Russischen Föderation*, Kiel 1999, S. 3 ff.

Wir hoffen, dass das Glossar einen Beitrag zur gegenseitigen Verständigung speziell auf dem Gebiet der Krankenversicherung leistet. Das Glossar richtet sich sowohl an russische als auch an deutsche Fachleute aus verschiedenen Disziplinen und Institutionen - insb. Manager und Mitarbeiter von Krankenversicherungen, Krankenhäusern sowie Dozenten und Studenten der Medizin, die sich um die Verbesserung der medizinischen Versorgung und die Weiterentwicklung der Krankenversicherung in Russland bemühen und dabei die westeuropäische Erfahrung und die russischen Initiativen berücksichtigen.

Wir danken dem Stiftverband für die Deutsche Wissenschaft und der Robert Bosch Stiftung für die finanzielle Unterstützung des Projekts sowie allen Verlagen, die uns Materialien zur Erstellung des Glossars zur Verfügung gestellt haben.

Das Glossar ist ab Oktober 2001 auch im Internet verfügbar:  
<http://www.tu-berlin.de/bzph>.

Dipl. Ärztin Elena Andreeva, MPH	Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Universität Berlin, Institut für Gesundheitswissenschaften, Fachbereich Epidemiologie
Dr. phil. Gudrun Borchardt	Referentin für Gesundheitswesen bei der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse für Berlin und Brandenburg
Prof. Dr.rer.oec. Jutta Rübiger	Professorin an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, Fachgebiet Gesundheitsökonomie; Mitglied im Berliner Zentrum Public Health
Dr. med. Yuri Volodin	Leiter der Abteilung für Krankenversicherung in der Versicherungsgesellschaft „AVICOS“ AG, Moskau

Berlin/Moskau, im August 2001

## Содержание / Inhaltsverzeichnis

Предисловие.....	1
Vorwort.....	3
1 Система здравоохранения в Германии.....	6
1.1 Становление, структура .....	6
1.2 Современные тенденции в области здравоохранения .....	8
2 Российская система здравоохранения .....	10
2.1 Становление, структура .....	10
2.2 Обязательное медицинское страхование (ОМС) .....	11
2.3 Добровольное медицинское страхование .....	15
3 Сравнение систем страхования на случай болезни в России и Германии .....	16
1 Das Gesundheitssystem in Deutschland .....	19
1.1 Entwicklung und Strukturmerkmale .....	19
1.2 Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen .....	19
2 Das Gesundheitssystem in Russland .....	19
2.1 Historische Entwicklung und Strukturmerkmale .....	19
2.2 Medizinische Pflichtversicherung .....	19
2.3 Freiwillige medizinische Versicherung .....	19
3 Gegenüberstellung der Krankenversicherungssysteme in Russland und in Deutschland .....	19
русско-немецко-английский словарь по здравоохранению (термины с комментариями) .....	19
Glossar Gesundheitswesen, deutsch – russisch – englisch (mit Begriffserklärungen).....	19
Список литературы / Literaturverzeichnis .....	19

## Рисунки / Abbildungsverzeichnis

Рисунок 1. Схема договорных и финансовых отношений в системе GKV .....	7
Рисунок 2. Финансовые потоки в системе обязательного медицинского страхования.....	13
Abbildung 1. Vertragliche und finanzielle Beziehungen in der GKV.....	19
Abbildung 2. Finanzströme im System der medizinischen Pflichtversicherung .....	19

## Таблицы / Tabellenverzeichnis

Таблица 1. Структурные признаки в системе GKV .....	6
Таблица 2. Структура общественных расходов на здравоохранение в Российской Федерации (1997) .....	14
Таблица 3. Распределение расходов на здравоохранение в Российской Федерации (1997).....	14
Таблица 4. Страхование в силу закона (Германия, Россия).....	16
Таблица 5. Страхование в силу договора (Германия, Россия) .....	18
Tabelle 1. Strukturmerkmale der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) .....	19
Tabelle 2. Struktur der öffentlichen Gesundheitsausgaben in der Russischen Föderation in % (1997).....	19
Tabelle 3. Verteilung der gesamten Gesundheitsausgaben in der Russischen Föderation (1997) .....	19
Tabelle 4. Krankenversicherung kraft Gesetzes in der Bundesrepublik Deutschland und in der Russischen Föderation .....	19
Tabelle 5. Krankenversicherung kraft Vertrages in der Bundesrepublik Deutschland und in der Russischen Föderation .....	19

# 1 Система здравоохранения в Германии

## 1.1 Становление, структура

Основы законодательно установленного страхования на случай болезни были заложены в 1883 году в рамках социального законодательства, введённого Бисмарком. Первоначально в круг застрахованных входили только рабочие. Плательщиками страховых взносов являлись работники и работодатели: работники выплачивали две трети суммы страхового взноса, работодатели – одну треть. В случае болезни застрахованные получали денежное пособие. Медицинских услуг это страхование долгое время не гарантировало.

В XX веке, особенно после второй мировой войны, объём услуг существенно расширился. Вырос и круг застрахованных: сегодня он охватывает почти 90% населения Германии – рабочих и служащих, безработных, пенсионеров и студентов. основополагающими принципами в системе законодательно установленного страхования на случай болезни (GKV) являются принцип неденежных услуг и принцип солидарности. Первый из них даёт застрахованным право на получение медицинских услуг в случае болезни. В соответствии с принципом солидарности необходимые медицинские услуги оказываются всем застрахованным в равном объёме, независимо от величины индивидуальных страховых взносов. Тариф взносов составляет в среднем 13,5% заработной платы (без вычетов). Половину этой суммы выплачивает застрахованный, половину – его работодатель. Для безработных долю работодателя берут на себя учреждения страхования на случай безработицы, для пенсионеров – учреждения пенсионного страхования.

**Таблица 1. Структурные признаки в системе GKV**

страховщики	больничные кассы (около 450) – корпорации публичного права с собственным бюджетом, независимым от государственного
круг застрахованных: в основном рабочие и служащие, чей доход не превышает т.н. «границу страховой обязанности»	определён в 5 части кодекса социальных законов Германии (включает около 90% населения – 72 млн.). «граница страховой обязанности» в настоящее время – это ежемесячный доход в 6500 немецких марок
финансирование	из страховых взносов, тариф – в среднем 13,5% от брутто-суммы заработной платы, работник и работодатель платят по 50% суммы взноса
члены больничных касс (в т.ч. пенсионеры), выплачивающие страховые взносы	около 60% населения
«совместно застрахованные» - неработающие члены семьи, освобождённые от уплаты страховых взносов	около 30% населения
страховые услуги	всеобъемлющая страховая защита, неденежные и денежные услуги (пособие по болезни), виды услуг регламентированы в 5 части кодекса социальных законов Германии

**Рисунок 1. Схема договорных и финансовых отношений в системе GKV**

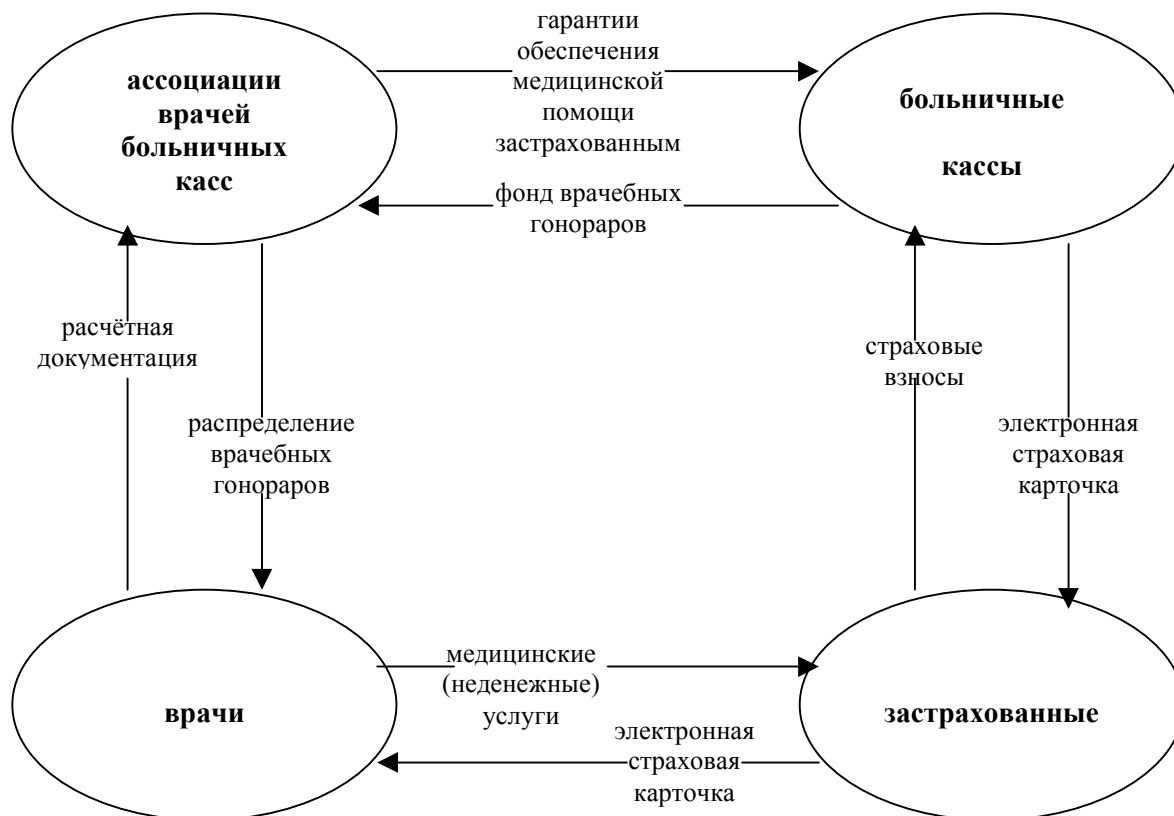


Схема разработана авторами на основе Beske / Hallauer; Kern<sup>5</sup>

По последним данным в Германии насчитывается 450 больничных касс. Их количество за последние 10 лет резко сократилось вследствие интенсивной конкуренции. Расходы GKV составляют 270 млрд. немецких марок в год – это почти 50% общих расходов на здравоохранение. Средства на здравоохранение поступают также из государственного бюджета, бюджетов домохозяйств, работодателей, учреждений пенсионного страхования и частного страхования на случай болезни. Бюджет GKV не является частью госбюджета.

Наибольшая доля расходов GKV приходится на стационарное медицинское обслуживание: почти 97 млрд. немецких марок ежегодно, что составляет одну

<sup>5</sup>F. BESKE, J.F. HALLAUER: *Das Gesundheitswesen in Deutschland, Strukturen – Leistungen – Weiterentwicklung*, издание 3-е, переработанное, Deutscher Arzteverlag, Köln 1999, ?тр.118; А.О.КЕРН “Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland”, опубликовано в: F.BESKE и др. (ред.) *Stand und Zukunft der Krankenversicherung in der Russischen Föderation*, Kiel 1999, стр. 74.

треть всех расходов GKV. Эта сумма превосходит совокупные затраты на амбулаторное медицинское обслуживание и лекарства.

В больницах Германии работают около 110.000 врачей, что примерно соответствует числу врачей в амбулаторной сети (117.000). Врачи-сотрудники больниц заняты в основном стационарным медицинским обслуживанием пациентов.

Число больничных коек (70 на 10.000 жителей) в международном сравнении велико. В 1999 г. в 2.263 стационарах ФРГ было обслужено примерно 16 млн. пациентов. Средняя продолжительность госпитализации составила 10,7 дней. Расходы на один случай лечения составляли в среднем 6.085 DM, на один койко-день – 570 DM.

Помимо GKV существует частное страхование на случай болезни (PKV). Система GKV охватывает население, чья заработная плата не превышает «границу страховой обязанности». PKV адресуется к группе лиц, для которых страховая обязанность в GKV отпадает: работники с более высоким доходом, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, чиновники государственной службы. В настоящее время насчитывается около 50 частных страховщиков, предлагающих всеобъемлющее или дополнительное страхование на случай болезни. В отличие от больничных касс в системе GKV частные страховщики действуют на коммерческой основе. Крупные частные страховые компании являются преимущественно акционерными обществами. Спектр страховых услуг в PKV примерно соответствует таковому в GKV.

Иначе чем в GKV происходит и выплата премий по страховому полису. Премии в PKV исчисляются не по уровню дохода, а в соответствии с риском заболеваемости (принцип эквивалентности). Страховая премия взимается за каждого застрахованного, тогда как в GKV «совместно застрахованные» неработающие члены семьи освобождены от уплаты страховых взносов. В настоящее время примерно 9% населения Германии имеет всеобъемлющее страхование в PKV, ещё 9% - дополнительное страхование.

После объединения обоих немецких государств в 1989 г. система здравоохранения ГДР была трансформирована в страховую систему ФРГ. Последняя действует сегодня по всей стране.

## **1.2 Современные тенденции в области здравоохранения**

С середины 70-х годов политика сдерживания роста расходов в здравоохранении играет доминирующую роль почти во всех западных странах с развитой экономикой. В ФРГ принцип стабильности тарифов страховых взносов был законодательно возведён в ранг важнейших принципов политики здравоохранения. Он означает, что рост расходов больничных касс не должен опережать темпов прироста доходов населения, занятого наёмным трудом.

К началу 90-х годов в системе GKV произошла правовая либерализация. Усилились элементы конкуренции, появилась большая свобода контрактных отношений. Предполагалось, что конкуренция больничных касс и производителей медицинских услуг создаст условия для улучшения качества медицинской помощи и более эффективного использования ресурсов.

С 1996 года застрахованные могут свободно выбирать больничную кассу. Так реализуется конкуренция между различными видами больничных касс, которые стремятся удержать число застрахованных на постоянном уровне и привлечь новых клиентов возможно более низкими тарифами страховых взносов.

Вместе с тем больничным кассам была предоставлена большая свобода при заключении договоров с врачами и прочими производителями медицинских услуг. Это должно способствовать мобилизации резервов экономичности и качества. После вступления в силу «Закона о реформе здравоохранения–2000» для больничных касс отпало обязательство по заключению единых коллективных договоров с ассоциацией врачей больничных касс как с монопольным представителем всех частнопрактикующих врачей. Этот Закон внёс в SGB V<sup>6</sup> положение об «интегрированных формах медицинского обслуживания». Оно даёт больничным кассам право заключать договоры непосредственно с отдельными врачами или группами врачей, больницами и прочими производителями медицинских услуг. По договору в распоряжение партнёров больничной кассы поступает бюджет и налагаются обязательства по оказанию первичной или специализированной медицинской помощи застрахованным, избравшим такую форму обслуживания. Таким образом, больничные кассы впервые получают возможность привлекать клиентов и успешно конкурировать друг с другом не только за счёт низких тарифов, но и за счёт особых, скоординированных форм обслуживания, сочетающих помощь специалистов разных направлений медицины. В свою очередь, застрахованные впервые могут выбирать форму обслуживания - интегрированную или неинтегрированную.

Модель «интегрированного обслуживания» строится по принципу Managed Care («скоординированного обслуживания»). Типичными представителями Managed Care являются Health Maintenance Organizations (HMOs – «организации поддержания здоровья») в США и Швейцарии. Для Managed Care характерны 3 признака:

- избирательное заключение договоров о медицинском страховании с отдельными группами производителей услуг («покупательская модель»),
- интеграция медицинских услуг на протяжении всех звеньев цепочки обслуживания пациента - от профилактики до реабилитации (вертикальная интеграция),
- интеграция функций страховщика и производителя медицинских услуг за счёт передачи части финансовой ответственности партнёрам больничных касс (функциональная интеграция, Managed Care в узком смысле).

Сети врачебных практик послужили, в известной степени, предшественниками модели интегрированного обслуживания. Они были основаны в Германии для опробования новых форм обслуживания и оплаты труда (напр., совместно разрабатываемой стратегии лечения, метода «второго мнения», позитивного списка лекарственных препаратов, внутрисетевой организации дежурств по

---

<sup>6</sup> SGB V - 5 часть кодекса социальных законов Германии

неотложной помощи, совокупной оплаты вместо оплаты за отдельно взятые услуги). Сети практик - это добровольные объединения врачей, каждый из которых остаётся юридически и хозяйственно независимым. По последним данным существует около 400 таких объединений. Они строят свою работу по принципу «амбулаторное лечение предшествует стационарному» и стремятся обслуживать пациентов более качественно и экономично.

Всё чаще сети врачебных практик вовлекают в интегрированное обслуживание больницы и прочих производителей медицинских услуг (напр., амбулаторные службы сестринского ухода). «Закон о реформе здравоохранения – 2000» предоставляет ныне и больницам право проявлять инициативу в создании интегрированных форм медицинского обслуживания. Можно ожидать, что они начнут реализовывать это право после введения системы оплаты по диагностически связанным группам (DRGs), т.е. с 2003 года. Как показывает опыт США и других стран, внедрение подобной системы оплаты существенно сокращает сроки госпитализации. В этой связи значительно возрастёт потребность в до- и постстационарных врачебных и сестринских услугах.

## **2 Российская система здравоохранения**

### **2.1 Становление, структура**

Исторический опыт медицинского страхования в России восходит ко второй половине XIX века. С этого времени в городах развивается общественная система страхования рабочих на основе больничных касс.

В сельских районах здравоохранение было представлено т.н. земской медицинской, финансируемой преимущественно за счёт муниципальных средств.

В ходе реформ советского времени на смену медицинскому страхованию постепенно приходит единая государственная система медицинского обеспечения. Тем не менее, обе системы сосуществовали до конца 20-х годов, и медицинское страхование обеспечивало дополнительный источник финансирования для государственной системы здравоохранения.<sup>7</sup>

Для советской эпохи характерен резкий рост экстенсивных показателей деятельности здравоохранения: числа врачебных кадров, количества стационарных медицинских учреждений и больничных коек и т.д. Возможности экстенсивного развития здравоохранения были исчерпаны к концу 60-х годов, когда расходы на охрану здоровья населения составили 10% ВВП.

С середины 80-х годов происходит непрерывное реформирование системы здравоохранения. 28.6.1991 был принят Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», вступивший в силу 1.1.1993. Закон положил начало трансформации предшествующей жёстко-иерархической модели «бесплатного» (т.е. финансируемого только из государственного бюджета) медицинского обеспечения с административно-командными методами управления в модель, основанную на социальном страховании. Важную роль в становлении

---

<sup>7</sup> ЛИСИЦИН. Ю.П. и др. *Медицинское страхование*, М. 1994, Стр. 21-26;  
ЛЬВОВА, И.Н.: „Медицинское страхование: исторический опыт“, опубл.: *Медицинское страхование*, 16/1997, Стр. 60.

новой системы должно было сыграть введение рыночных механизмов: конкуренции производителей медицинских услуг и страховых организаций, создание экономической заинтересованности производителей услуг за счёт внедрения новых форм оплаты труда - по принципу «деньги следуют за пациентом». Главная концепция реформы предусматривает комбинированное финансирование системы здравоохранения: как из государственных бюджетных средств, так и из дополнительных внебюджетных источников – в первую очередь из взносов работодателей (предприятий и организаций) на обязательное медицинское страхование работающих граждан.

В России существуют два вида медицинского страхования: добровольное и обязательное.

## **2.2 Обязательное медицинское страхование (ОМС)**

Важнейшей задачей государственного обязательного медицинского страхования является обеспечение свободного доступа населения к медицинской помощи и реализация конституционного права граждан на медицинскую помощь. По последним данным 94% населения застраховано по ОМС.

Система ОМС базируется на принципе общественной солидарности, когда величина страховых взносов определяется в соответствии с трудовым доходом, а необходимые медицинские услуги оказываются всем застрахованным, независимо от величины страховых взносов.

ОМС должно обеспечивать страховую защиту для всех граждан Российской Федерации, что означает всеобщую страховую обязанность для всех граждан, независимо от их дохода. Тем самым ОМС отличается от немецкой системы законодательно установленного страхования на случай болезни, где страховая обязанность существует для лиц, чей доход не превышает определённого уровня.

Характер финансирования ОМС смешанный - из налогов и страховых взносов:

- Из бюджетов субъектов Федерации отчисляются средства на ОМС неработающего населения (детей, студентов, пенсионеров, безработных и т.д.). Органы государственного управления в регионах отвечают за определение размеров и внесение платежей;
- Плательщиками страховых взносов на ОМС работающих граждан являются работодатели. Участие работников в выплате страховых взносов в настоящее время не предусмотрено. Тарифы страховых взносов устанавливаются на федеральном уровне. До 2001 они составляли 3,6% заработной платы застрахованных. С 1.1.2001 страховые взносы на ОМС работающих граждан включены в единый социальный налог, объединяющий также отчисления работодателей в Пенсионный фонд и Фонд социального страхования. Для исчисления налоговой ставки (тарифа взноса на ОМС) пользуются т.н. обратно пропорциональной (или регрессивной) шкалой, в соответствии с которой изменяется порядок определения налоговой базы на каждого работника. При этом учитывается размер организации (предприятия), налогооблагаемый доход работника и т.д. Однако для большин-

ства работников со средним доходом до 100.000 рублей в месяц отчисления на ОМС остались неизменными: 3,6% заработной платы - 3,4% в территориальный фонд и 0,2% в Федеральный фонд ОМС.<sup>8</sup>

Финансовые средства из обоих источников аккумулируются в Федеральном и территориальных фондах ОМС – самостоятельных государственных некоммерческих финансово-кредитных учреждениях. Эти фонды предназначены для обеспечения финансовой стабильности системы ОМС. Они отвечают за целевое использование аккумулированных денежных средств и служат инструментом государственного регулирования в системе ОМС. Федеральный фонд обеспечивает выравнивание финансовых ресурсов на осуществление ОМС в регионах. В связи с формированием системы обязательного медико-социального страхования планируется реорганизация Федерального и территориальных фондов ОМС и Фонда социального страхования в единый Федеральный фонд обязательного медико-социального страхования.

В качестве страховщиков в системе ОМС выступают страховые медицинские организации (СМО) – учреждения с любыми предусмотренными законодательством формами собственности (в основном – акционерные общества). Они отличаются от немецких больничных касс правовой формой, а также тем, что имеют право заниматься как медицинским страхованием в силу договора (добровольным), так и в силу закона – при наличии соответствующих лицензий. Деятельность по ОМС они должны осуществлять на некоммерческой основе: страхование населения, выдачу страховых полисов, обеспечение предоставления и оплаты медицинских услуг застрахованным. К кругу обязанностей СМО относится контроль качества медицинской помощи и защита прав застрахованных. Страховые организации, участвующие в ОМС, получают финансовые средства от территориальных фондов ОМС.

В сельской местности и районах с малой плотностью населения, где страховые медицинские организации отсутствуют, функции страховщиков выполняют филиалы территориальных фондов ОМС. В настоящее время в РФ насчитывается 90 территориальных фондов ОМС с 1129 филиалами и 360 СМО, участвующих в ОМС.

В отличие от немецкой системы законодательно установленного страхования на случай болезни в ОМС пока не существует единого порядка оплаты и классификатора медицинских услуг. Тарифы на услуги, допустимые способы и формы оплаты устанавливаются в каждом субъекте Федерации. Для этой цели создаются согласительные комиссии из представителей территориальных фондов и их филиалов, местной администрации, страховых медицинских организаций, медицинских учреждений, профессиональных медицинских ассоциаций (или профсоюзов медицинских работников).

На рисунке 2 представлена схема финансовых взаимоотношений в системе ОМС. Схема разработана авторами на основании законодательных актов, принятых до 2001 г.

---

<sup>8</sup> Налоговый кодекс Российской Федерации, часть вторая. *Собрание законодательства Российской Федерации* 2000, № 32, ст. 3340.

**Рисунок 2. Финансовые потоки в системе обязательного медицинского страхования**

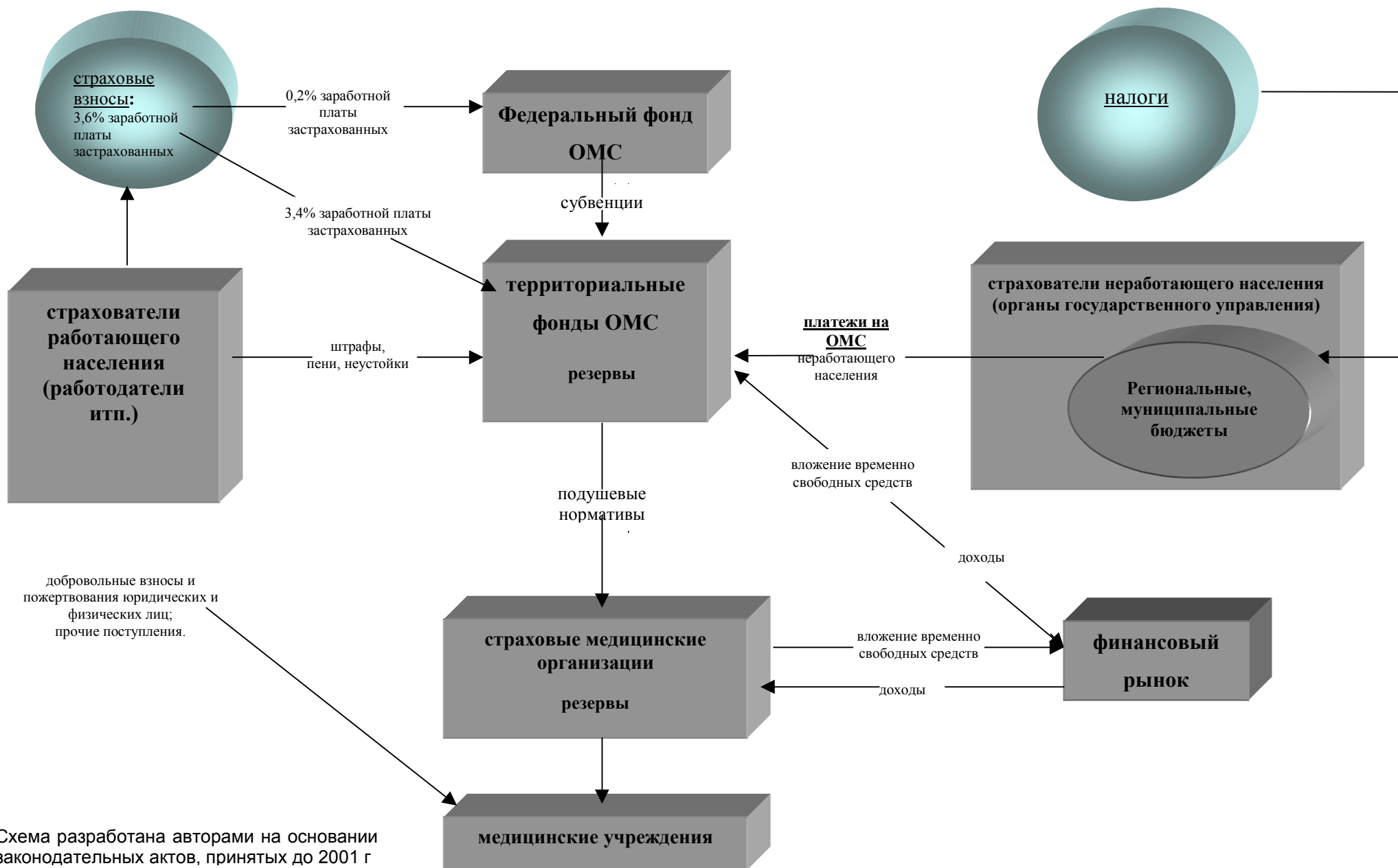


Схема разработана авторами на основании законодательных актов, принятых до 2001 г

Виды профилактической и лечебной медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, определены в "Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью".<sup>9</sup> Финансирование Программы осуществляется в основном за счет средств бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования. В перечне Программы упомянуты амбулаторно-поликлиническая и стационарная медицинская помощь при большинстве острых и хронических заболеваний, а также при отравлениях и травмах, патологии беременности и родах. Формы доплаты в рамках Программы не регламентированы. Государство гарантирует льготы отдельным категориям граждан (инвалиды войны и т.д.) - например, бесплатное обеспечение лекарственными средствами. Уровень дохода граждан при этом не оговаривается.

Медицинские услуги, «дополнительные к гарантированному объёму бесплатной медицинской помощи», предоставляются населению за плату:<sup>10</sup> зубопротезная, протезно-ортопедическая, реабилитационная, профилактическая помощь, лечебно-диагностические услуги, а также услуги по желанию пациентов. Перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости разрабатывается медицинскими учреждениями.

**Таблица 2. Структура общественных расходов на здравоохранение в Российской Федерации (1997)**

из федерального бюджета	10%
из бюджетов субъектов Федерации	71%
взносы работодателей на ОМС работающих граждан	19%
всего	100%

Источник: Федеральное казначейство 1998, 1999; Госкомстат РФ 1998, 1999.<sup>11</sup>

**Таблица 3. Распределение расходов на здравоохранение в Российской Федерации (1997)**

№		%ВВП
1	Государственный бюджет	2,81
2	Взносы работодателей на ОМС	0,68
3	Общие расходы государства (1+2)	3,49
4	Расходы населения на медицинские услуги	1,27
5	Расходы населения на приобретение лекарств в аптеках	1,46
6	Расходы населения на добровольное медицинское страхование	0,03
7	Общие расходы населения на медицинские нужды (4+5+6)	2,76
8	Всего (3+7)	6,25

Источник: Бойков и др., 1998.<sup>12</sup>

<sup>9</sup> Постановление Правительства Российской Федерации № 1096 от 11.09.98 «Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.» *Российская газета* № 186, 30.09.98.

<sup>10</sup> Постановление Правительства Российской Федерации № 27 от 13.01.96 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.»

<sup>11</sup> S. SHISHKIN „The Priorities of Russian Health Care Reform“, *Croatian Medical Journal*, Vol. 39, 3/1998; S. SHISHKIN „Problems of Transition from Tax-Based System of Health Care Finance to Mandatory Health Insurance Model in Russia“, *Croatian Medical Journal*, Vol. 40, 2/1999, S. 195-201

<sup>12</sup> В.БОЙКОВ и др. "Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства", *Вопросы экономики* 10/1998.

Расходы на стационарное медицинское обслуживание составляют 65% общих расходов на здравоохранение, тогда как на амбулаторно-поликлиническую помощь приходится не более 27%.<sup>13</sup>

Медицинские услуги в рамках ОМС включены в базовую программу обязательного медицинского страхования. На её основе органы исполнительной власти в регионах разрабатывают и утверждают территориальные программы ОМС, по которым объём предоставляемой медицинской помощи не может быть меньше чем в базовой программе.

Число больничных коек (123,9 на 10.000 населения) и средняя продолжительность госпитализации (18 дней) превышают аналогичные показатели в ФРГ.

### **2.3 Добровольное медицинское страхование**

Добровольное медицинское страхование обнаруживает некоторое сходство с немецким частным страхованием на случай болезни. Страховая защита обеспечивается на условиях договора, определяющего перечень услуг. Этот вид страхования адресуется к более высокодоходным группам населения.

Добровольное медицинское страхование является разновидностью личного страхования, оно подлежит государственному надзору. Формально оно носит характер добровольного дополнительного страхования, поскольку страховая обязанность по ОМС всеобщая. Но и в рамках добровольного медицинского страхования может быть предоставлена всеобъемлющая страховая защита - как правило, на лучших условиях: получение медицинских и иных услуг, которые по объёму, виду и качеству превосходят услуги по ОМС (размещение в палате на одного или двух человек в случае госпитализации, лечение у высококвалифицированного врача, и т.д.).

Страховщики заключают с медицинскими учреждениями договоры о предоставлении и оплате медицинских услуг. Свой ассортимент для застрахованных страховщики составляют исходя из спектра услуг медицинских учреждений-партнёров по договору. При заключении страхового договора застрахованный оказывается «прикреплённым» к определённым амбулаторно-поликлиническим учреждениям (диагностическим центрам, поликлиникам) или больницам. Таким образом для добровольно застрахованного пациента свобода выбора медицинского учреждения оказывается ограниченной.

Деятельность страховщиков по добровольному медицинскому страхованию является коммерческой. При расчёте размеров премии по страховому полису действует принцип эквивалентности, как и в немецком частном страховании на случай болезни.

---

<sup>13</sup> S. SHISHKIN „The Priorities of Russian Health Care Reform“, *Croatian Medical Journal*, Vol. 39, 3/1998.

### 3 Сравнение систем страхования на случай болезни в России и Германии

В Федеративной Республике Германии, как и в Российской Федерации, существуют два различных типа страхования на случай болезни.

- **Страхование в силу закона.** Эта разновидность социального страхования обеспечивает в обеих странах страховую защиту в случае болезни для подавляющего большинства населения. В Германии это законодательно установленное страхование на случай болезни (GKV), в России – обязательное медицинское страхование (ОМС).
- **Добровольное страхование в силу договора.** Сюда относятся частное страхование на случай болезни (PKV) в Германии и добровольное медицинское страхование (ДМС) в России. В обеих странах они являются разновидностью страхования личности и подлежат государственному надзору.

Основные признаки и принципиальные различия этих систем представлены в таблицах 4 и 5, разработанных авторами на основании законодательных актов, принятых до 2001 г.

**Таблица 4. Страхование в силу закона (Германия, Россия)**

Признак	Законодательно установленное страхование на случай болезни (GKV) в Германии	Обязательное медицинское страхование (ОМС) в России
Принцип неденежных услуг	Врач предоставляет пациенту медицинские услуги, оплачиваемые больничной кассой, а не пациентом	Услуги, предоставляемые медицинскими учреждениями в рамках территориальных программ ОМС, должны оплачиваться не пациентами, а страховыми медицинскими организациями или филиалами территориальных фондов ОМС
Страховщики и др. учреждения, отвечающие за организацию и финансовую стабильность системы страхования	<u>Больничные кассы</u> Корпорации публичного права, действующие на основе самоуправления. К их компетенции относится только GKV.	1. <u>Федеральный и территориальные фонды ОМС</u> – самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения 2. <u>Страховые медицинские организации</u> (чаще – акционерные общества) – могут осуществлять деятельность как по страхованию в силу закона (ОМС), так и в силу договора (ДМС)
Финансирование	<u>Страховые взносы</u> в соответствии с уровнем дохода застрахованных (из заработной платы или пенсии).	1. <u>Налоги</u> , из которых формируются средства на ОМС неработающих граждан 2. <u>Страховые взносы на ОМС работающих граждан</u> <sup>14</sup>

<sup>14</sup> С 1.1.2001 включены в единый социальный налог, наряду с отчислениями в Пенсионный фонд и Фонд социального страхования

Таблица 4. Страхование в силу закона (продолжение)

→ <b>Плательщики страховых взносов (платежей)</b>	<u>Работники и работодатели</u> выплачивают больничным кассам по 50% суммы страховых взносов. Это правило распространяется в равной степени на пенсионеров и учреждения пенсионного страхования.	→ <u>Органы власти</u> в регионах отвечают за определение размеров и внесение платежей на ОМС неработающих граждан → Плательщиками страховых взносов на ОМС работающих граждан являются <u>работодатели</u>
→ <b>Тарифы страховых взносов</b>	Устанавливаются больничными кассами. В настоящее время составляют в среднем 13,5% от суммы заработной платы или пенсии.	Тарифы страховых взносов на ОМС работающих граждан устанавливаются на федеральном уровне (для большинства работников со средним доходом до 100.000 руб. в месяц - 3,6% от суммы заработной платы)
<b>Страховая обязанность</b>	Страховая обязанность для рабочих и служащих, пенсионеров и прочих лиц, чей доход не превышает уровня, установленного законом. Для лиц с более высоким доходом страховая обязанность в GKV отпадает; членство в GKV становится добровольным.	Всеобщая страховая обязанность в ОМС
<b>Страховые услуги</b>	Амбулаторное и стационарное медицинское обслуживание, стоматологическая помощь; обеспечение медикаментами, лечебными и вспомогательными средствами; санаторно-курортное лечение и реабилитация, а также пособие по болезни в случае длительной нетрудоспособности	Амбулаторные и стационарные медицинские услуги, включенные в территориальные программы ОМС, оплачиваются из средств ОМС. Некоторые медицинские услуги – например, лечение «социально значимых» заболеваний – оплачивается из государственного бюджета.
<b>Семейное страхование</b>	«Совместно застрахованные» неработающие члены семьи освобождены от уплаты страховых взносов	Отсутствует
<b>Доплата</b>	Участие застрахованных в расходах законодательно регламентировано	Формы доплаты в рамках ОМС законодательно не регламентированы. Перечень платных медицинских услуг <sup>15</sup> , дополнительных к гарантированному объёму бесплатной медицинской помощи, с указанием их стоимости разрабатывается медицинскими учреждениями.
<b>Защита застрахованных от непосильных расходов</b>	Определяется «Предписанием о лицах, находящихся в затруднительном материальном положении». Льготы предоставляются в зависимости от уровня дохода застрахованных.	Государство гарантирует льготы отдельным категориям граждан (пенсионерам, инвалидам, и т.д.). Уровень дохода граждан при этом не оговаривается. Предписания о лицах, находящихся в затруднительном материальном положении, не существует.

<sup>15</sup> Постановление Правительства Российской Федерации № 27 от 13.01.96 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»

**Таблица 4. Страхование в силу закона (продолжение)**

<b>Нормативы оплаты медицинских услуг</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Объём фонда врачебных гонораров определяется на региональном уровне в результате переговоров между объединениями больничных касс и ассоциацией врачей больничных касс.</li> <li>→ Единые нормативы исчисления врачебных гонораров служат для врачей обязательной основой расчёта.</li> <li>→ Каждый стационар согласовывает свой бюджет с больничными кассами.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Тарифы амбулаторных и стационарных медицинских услуг устанавливаются на региональном уровне.</li> <li>→ Единых детально разработанных нормативов оплаты медицинских услуг, действующих по всей стране, не существует.</li> </ul>
<b>Аудит</b>	Расчётная документация каждого врача контролируется комиссией из представителей больничных касс и ассоциации врачей больничных касс	Входит в обязанность Федерального и территориальных фондов ОМС, осуществляющих контроль за рациональностью использования фин. средств страховыми организациями и мед. учреждениями.
<b>Свобода выбора для застрахованных</b>	<p>Свободный выбор</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ больничной кассы,</li> <li>→ врача, работающего в системе законодательно установленного страхования на случай болезни</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Свободный выбор медицинского учреждения практически возможен только в городской местности (в ограниченных пределах). В сельской местности и районах с малой плотностью населения – не реализуем.</li> <li>→ Свободный выбор страховой медицинской организации до сих пор проблематичен по всей стране.<sup>16</sup></li> </ul>

**Таблица 5. Страхование в силу договора (Германия, Россия)**

<b>Признак</b>	<b>Частное страхование на случай болезни (PKV) в Германии</b>	<b>Добровольное медицинское страхование в России</b>
<b>Страховщики</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ по большей части акционерные общества, страховые общества на основе взаимности, учреждения публичного права</li> <li>→ не могут осуществлять страховую деятельность в рамках GKV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ в основном акционерные общества</li> <li>→ могут осуществлять страховую деятельность в рамках ОМС</li> </ul>
<b>Финансирование</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ премии по страховому полису в соответствии с индивидуальным риском застрахованных;</li> <li>→ «совместное страхование» членов семьи без уплаты страховых взносов не производится</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ премии по страховому полису в соответствии с индивидуальным риском застрахованных;</li> <li>→ «совместное страхование» членов семьи без уплаты страховых взносов не производится</li> </ul>

<sup>16</sup> С.В. ШИШКИН и др. «Ключевые экономические проблемы российского здравоохранения» в публикации: Институт экономических проблем переходного периода (ред.) *Реформирование некоторых отраслей социальной сферы России. Становление системы обязательного медицинского страхования в России*, Москва, 1999, стр. 227-329.

Таблица 5. Страхование в силу договора (продолжение)

Принцип возмещения расходов	действует	не действует
<b>Страховая защита</b>	<p>→ всеобъемлющая страховая защита (для лиц, на которых страховая обязанность в GKV не распространяется),</p> <p>→ дополнительное страхование (для лиц, на которых распространяется страховая обязанность в GKV)</p>	Носит характер добровольного дополнительного страхования, т.к. страховая обязанность по ОМС всеобщая, но по желанию может быть предоставлена и всеобъемлющая страховая защита.
<b>Страховые услуги</b>	<p>Объем страховых услуг определяется договором (полное или частичное страхование). При полном страховании предоставляются в общем те же услуги, что и в GKV.</p> <p>Лица, застрахованные в GKV, могут дополнительно застраховаться в PKV (напр., на предоставление особых услуг в стационаре: размещение в палате на одного человека, лечение у главного врача или зав. отделением).</p>	Объем услуг определяется страховым договором (на условиях предоставления медицинских услуг при амбулаторном или стационарном лечении, полной страховой ответственности, и т. п.)
<b>Оформление договоров на предоставление медицинских услуг</b>	Письменные договора о лечении между врачами и застрахованными пациентами не заключаются, они реализуются в процессе лечения.	<p>→ Непосредственных договорных отношений между медицинскими учреждениями и застрахованными не существует.</p> <p>→ Договора о предоставлении и оплате медицинских услуг заключаются между страховыми медицинскими организациями и мед. Учреждениями</p>
<b>Свобода выбора для застрахованных / страхователей</b>	Свободный выбор страховой компании, стационара, домашнего врача и врачей-специалистов	Свободный выбор страховой организации; при заключении страхового договора - выбор мед. учреждения из перечня, предлагаемого страховой организацией

# 1 Das Gesundheitssystem in Deutschland

## 1.1 Entwicklung und Strukturmerkmale

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wurde 1883 im Rahmen der Bismarckschen Sozialgesetzgebung begründet. Anfänglich war der versicherte Personenkreis auf lohnabhängige Handwerker und Industriearbeiter begrenzt. Die Beiträge wurden zu einem Drittel von den Arbeitgebern und zu zwei Dritteln von den Arbeitnehmern aufgebracht. Auf der Leistungsseite stand lange Zeit das Krankengeld, also Geldleistungen, nicht medizinische Behandlungsleistungen als Sachleistungen im Vordergrund.

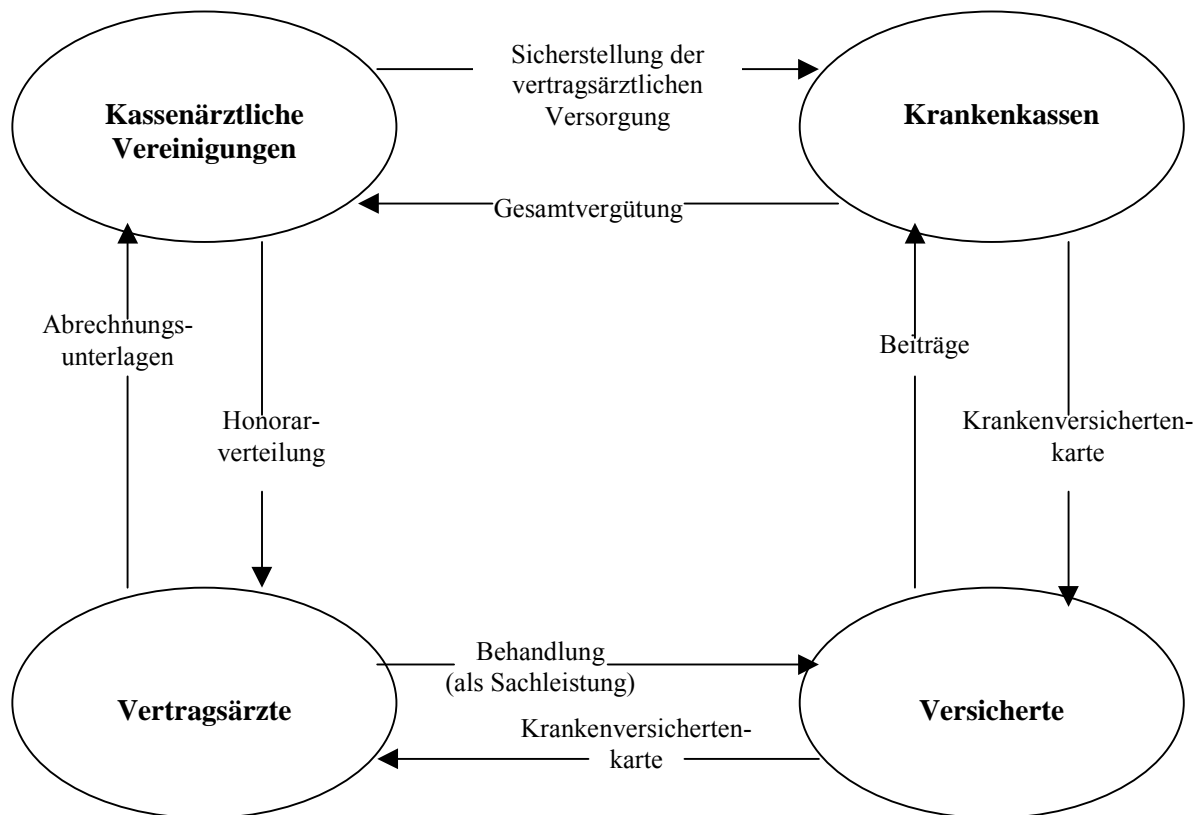
Im 20. Jahrhundert, insb. in der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg, wurden der versicherte Personenkreis und der Leistungsumfang erheblich ausgeweitet. Heute sind fast 90 % der deutschen Bevölkerung in der GKV versichert; neben den abhängig Beschäftigten auch Arbeitslose, Rentner und Studenten. Die tragenden Prinzipien der GKV sind das Sachleistungsprinzip, das jedem Versicherten einen Anspruch auf gesundheitliche Versorgung im Krankheitsfall gibt und das Solidarprinzip, demgemäß Versorgungsleistungen allen Versicherten, unabhängig von der Höhe ihrer individuellen Beiträge, in gleichem Umfang gewährt werden. Die Versicherungsbeiträge werden vom Bruttolohn erhoben (z.Z. durchschnittlich 13,5%) und je zur Hälfte von den Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen. Für Arbeitslose übernimmt die Arbeitslosenversicherung, für Rentner die Rentenversicherung den Arbeitgeberanteil.

**Tabelle 1. Strukturmerkmale der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)**

Krankenversicherungsträger	Gesetzliche Krankenkassen (ca. 450): Körperschaften des öffentlichen Rechts, Parafiski mit eigenem, vom Staat unabhängigen Haushalt
Versicherter Personenkreis: grundsätzlich nur die abhängig beschäftigte Bevölkerung bis zu einer Einkommensobergrenze	ca. 90% der Bevölkerung (72 Mio.) geregelt im Sozialgesetzbuch V Die Beitragsbemessungsgrenze liegt z.Z. bei 6500 DM Monatseinkommen
Finanzierung	Lohnbezogene Beiträge in % des Bruttoeinkommens, z.Z. durchschnittlich ca. 13,5%; Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen die Beiträge je zur Hälfte
Beitragszahlende Mitglieder, einschließlich Rentner	ca. 60% der Bevölkerung
Beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige	ca. 30% der Bevölkerung
Leistungen	Vollversicherung, Sachleistungen und Geldleistungen (Krankengeld), geregelt im Sozialgesetzbuch V

Die finanziellen und vertraglichen Beziehungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung können für den ambulant-ärztlichen Bereich folgendermaßen schematisch zusammengefasst werden:

**Abbildung 1. Vertragliche und finanzielle Beziehungen in der GKV**



Eigene Darstellung nach Beske / Hallauer und Kern<sup>17</sup>

Derzeit gibt es rd. 450 gesetzliche Krankenkassen in Deutschland, ihre Zahl hat wettbewerbsbedingt in den letzten 10 Jahren stark abgenommen. Die Ausgaben der GKV betragen ca. 270 Mrd. DM pro Jahr, das sind knapp 50% der Ausgaben für Gesundheitsleistungen insgesamt. Die weiteren Ausgabenträger sind der Staat, die privaten Haushalte, die Arbeitgeber, die Rentenversicherungsträger und die privaten Krankenversicherungen (PKV). Der Haushalt der GKV ist vom Staatshaushalt getrennt.

Der größte Ausgabenanteil entfällt auf die Krankenhausversorgung. Für die Krankenhausversorgung werden heute von der GKV rd. 97 Mrd. DM p.a. ausgegeben. Damit machen die Ausgaben für stationäre Behandlung gut ein Drittel aller GKV-Ausgaben aus, mehr als die Ausgaben für die ambulant-ärztliche Versorgung und Arzneimittel zusammen. Die Zahl der im Krankenhaus beschäftigten (Fach-)Ärzte ist mit rd. 110.000 etwa gleich groß wie die Zahl der niedergelassenen Ärzte in der ambulanten Versorgung (117.000). Die Tätigkeit der Ärzte in den Krankenhäusern ist im Regelfall auf die stationäre Versorgung beschränkt.

<sup>17</sup>F. BESKE, J.F. HALLAUER: *Das Gesundheitswesen in Deutschland, Strukturen – Leistungen – Weiterentwicklung*, 3. überarbeitete Auflage, Deutscher Ärzteverlag, Köln 1999, S.118; A.O.KERN "Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland", in: F.BESKE u.a. (Hrsg.) *Stand und Zukunft der Krankenversicherung in der Russischen Föderation*, Kiel 1999, S. 74.

Die Zahl der Krankenhausbetten ist mit fast 70 pro 10.000 Einwohner im internationalen Vergleich relativ hoch. Im Jahre 1999 wurden rd. 16 Mio. Patienten (Behandlungsfälle) in den bundesweit 2.263 Krankenhäusern versorgt; die durchschnittliche Verweildauer betrug 10,7 Tage. Die Kosten pro Fall beliefen sich im Durchschnitt auf 6.085 DM, die Kosten pro Krankenhaustag auf 570 DM.

Komplementär zur gesetzlichen Krankenversicherung, in der die lohnabhängige Bevölkerung bis zur Versicherungspflichtgrenze (Beitragsbemessungsgrenze) versichert ist, sind private Krankenversicherungen entstanden, in denen nichtversicherungspflichtige Erwerbstätige mit höherem Einkommen, Selbständige und Beamte versichert sind. Die derzeit rd. 50 privaten Krankenversicherungen (PKV) bieten Voll- oder Teilversicherungen an. Sie arbeiten im Unterschied zu den gesetzlichen Krankenkassen, die nicht staatlich aber Körperschaften des öffentlichen Rechts sind, auf privatwirtschaftlicher Grundlage mit Gewinnabsicht. Die großen privaten Versicherungsgesellschaften werden heute überwiegend als Aktiengesellschaften geführt. Die Versicherungsleistungen der PKV entsprechen in etwa denen der GKV.

Anders als die Beiträge zur GKV, die - gemäß dem Leistungsfähigkeitsprinzip - in Prozent des Erwerbseinkommens erhoben werden, zahlen die Versicherten der PKV Prämien nach dem Äquivalenzprinzip. Die Prämienhöhe bemisst sich nicht nach dem Einkommen sondern nach dem Morbiditätsrisiko. Im Unterschied zu der GKV, in der die Familienangehörigen der Mitglieder beitragsfrei mitversichert sind, ist in der PKV für jeden Versicherten eine Prämie zu zahlen. Derzeit sind ca. 9% der Deutschen in einer PKV voll versichert, weitere 9% teilversichert.

Mit der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten im Jahre 1989 ist das Krankenversicherungssystem der ehemaligen DDR in das der Bundesrepublik überführt worden, so dass heute landesweit das oben beschriebene System gilt.

## **1.2 Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen**

Wie in fast allen westlichen Industrienationen steht seit Mitte der 70er Jahre die Kostendämpfung im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik. Der Gesetzgeber erhob die Beitragssatzstabilität zum wichtigen gesundheitspolitischen Grundsatz, was bedeutet, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nicht stärker steigen dürfen als die Einkommen der abhängig Beschäftigten.

Zu Beginn der 90er Jahre wurde das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung liberalisiert und mehr Vertragsfreiheit und Wettbewerb in das GKV-System eingeführt. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass der Wettbewerb unter den Krankenkassen und unter den Leistungsanbietern zu einer Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung führen wird.

Seit 1996 können alle GKV-Versicherten ihre Krankenkasse frei wählen, so dass unter den verschiedenen Kassenarten der GKV Wettbewerb besteht. Seither sind die Krankenkassen bemüht, mit möglichst niedrigen Beitragssätzen ihren Mitgliederbestand zu halten bzw. neue Mitglieder dazuzugewinnen.

Gleichzeitig haben die Krankenkassen mehr Vertragsfreiheiten gegenüber den Ärzten und anderen Leistungsanbietern erhalten, um Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenziale zu realisieren. Mit Einführung des Gesundheitsreformgesetzes 2000 sind die Krankenkassen nicht mehr verpflichtet, ausschließlich gemeinsam und einheitlich Kollektivverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen als (Monopol-) Vertretung aller niedergelassenen Ärzte abzuschließen. Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 wurden Vorschriften zur "Integrierten Versorgung" in das SGB V eingeführt, die den Krankenkassen das Recht geben, unmittelbar mit einzelnen Ärzten oder Ärzteguppen (Praxisnetze), Krankenhäusern oder anderen Leistungsanbietern einen (individuellen) Direktvertrag abzuschließen. Dieser Direktvertrag überträgt den jeweiligen Vertragspartnern der Krankenkasse ein Budget und einen (allgemeinen oder indikationsbezogenen) Versorgungsauftrag für diejenigen Versicherten, die sich für dieses Versorgungssystem entscheiden. Die Kassen haben damit erstmalig die Möglichkeit, nicht nur mit niedrigen Beitragssätzen sondern auch mit besonderen, sektorübergreifend abgestimmten Versorgungssystemen um Mitglieder zu werben, d.h. einen leistungsorientierten Wettbewerb zu betreiben. Umgekehrt haben erstmalig die Versicherten die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Versorgungsformen (integriert – nicht integriert) zu wählen.

Der Gesetzgeber hat sich bei dem Modell der "Integrierten Versorgung" an den Prinzipien von Managed Care (geführte Versorgung) orientiert. Typische Versorgungsformen mit Managed Care Charakter sind die Health Maintenance Organizations (HMOs) in den USA und der Schweiz. Für Managed Care sind drei Merkmale kennzeichnend:

- selektiver Vertragsschluss der Krankenversicherung mit einzelnen Gruppen von Leistungsanbietern ("Einkaufsmodell");
- medizinische Integration der Patientenbehandlung über die gesamte Versorgungskette (Prävention bis Rehabilitation) hinweg (vertikale Integration) und
- Integration der Leistungserbringer- und der Versicherungsfunktion durch zumindest teilweise Übertragung der finanziellen Verantwortung auf die Ärzte bzw. Krankenhäuser als Vertragspartner der Krankenkassen (funktionale Integration; Managed Care im engeren Sinne).

Quasi als Vorläufer der integrierten Versorgung hatten niedergelassene Ärzte in Deutschland sog. Praxisnetze gegründet, um neue Versorgungs- und Vergütungsformen zu erproben (z.B. gemeinsame Behandlungsleitlinien, Zweitmeinungsverfahren, Positivlisten für Arzneimittel, netzinterne Organisation eines Notdienstes, pauschalierte statt einzelleistungsbezogene Vergütung). Die Praxisnetze – heute wird ihre Zahl mit etwa 400 angegeben – sind freiwillige Zusammenschlüsse von rechtlich und wirtschaftlich unabhängigen Ärzten zu Versorgungsgemeinschaften. Die Praxisnetze orientieren sich an dem Grundsatz "ambulant vor stationär" und versuchen, die medizinische Versorgung der Patienten besser und ökonomischer zu gestalten.

Zunehmend schließen sich nun diese Ärztenetze mit Krankenhäusern und/oder anderen Leistungsanbietern (z.B. ambulanten Pflegediensten) zu integrierten

Versorgungsverbänden zusammen. Auch die Krankenhäuser haben durch das Gesundheitsreformgesetz 2000 ein Initiativrecht zur Gründung sektorenübergreifender Versorgungsformen erhalten. Es ist zu erwarten, dass sie spätestens mit Einführung der DRG-Fallpauschalen als neuem Entgeltsystem für Krankenhäuser, also ab dem Jahr 2003, von diesem Recht umfassend Gebrauch machen werden. Denn wie die Erfahrungen in den USA und anderen Ländern zeigen, werden die Verweildauern der Patienten in den Krankenhäusern mit Einführung der DRG-Fallpauschalen deutlich reduziert, so dass prä- und poststationär vermehrt ambulante ärztliche und pflegerische Leistungen notwendig werden.

## 2 Das Gesundheitssystem in Russland

### 2.1 Historische Entwicklung und Strukturmerkmale

Die historische Erfahrung der russischen Krankenversicherung reicht bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts zurück. In dieser Zeit entwickelte sich das öffentliche System zur Versicherung der Handwerker und Arbeitnehmer, dessen Grundlage Krankenkassen bildeten.

In ländlichen Gegenden wurde die medizinische Versorgung auf einem anderen Wege gewährt: durch die sogenannte Landmedizin (*zemsckaja medicina*), die überwiegend aus dem kommunalen Haushalt finanziert wurde.

Im Laufe der sowjetischen Gesundheitsreformen wurde die Krankenversicherung allmählich durch das staatliche medizinische Versorgungssystem ersetzt, obwohl die beiden Systeme bis zum Ende der 20er Jahre nebeneinander existierten und die Krankenversicherung eine zusätzliche Finanzierung für das staatliche Gesundheitssystem lieferte.<sup>18</sup>

Die sowjetische Ära war durch eine fortschreitende Entwicklung der extensiven Versorgungsindikatoren gekennzeichnet: Steigerung der Ärztedichte, Zunahme der Anzahl von Krankenhäusern und Krankenhausbetten usw. Die Kapazitäten der extensiven Entwicklung waren am Ende der 60er Jahre erschöpft, als die Gesundheitsausgaben 10% des BIP betrugten.

Seit der Mitte der 80er Jahre erfolgt eine kontinuierliche Reform des Gesundheitswesens. Am 28.6.1991 wurde das Gesetz "Über die medizinische Versicherung der Bürger in der Russischen Föderation" verabschiedet. Dieses Gesetz, das am 1.1.1993 in Kraft trat, transformierte die "kostenlose" (d.h. ausschließlich aus staatlichen Mitteln finanzierte) Versorgung im Rahmen des streng hierarchisch aufgebauten Kommando- und Steuerungssystems in ein auf dem Sozialversicherungsmodell basierendes System. Dabei wird die Anwendung von Marktmechanismen besonders betont: Konkurrenz der Leistungsanbieter und der Versicherungsorganisationen sowie Schaffung wirtschaftlicher Anreize für Leistungserbringer durch die Einführung neuer Vergütungsformen nach dem Prinzip "das Geld folgt dem Patienten". Die Grundkonzeption der Gesundheitsreform sieht eine

---

<sup>18</sup> Vgl. J.P. LISICIN u.a. *Medicinskoe strachovanie*, Moskau 1994, S. 21-26;

I.N. L'VOVA: "Medicinskoe strachovanie: istoričeskij opyt", in: *Medicinskoe strachovanie*, 16/1997, S. 60.

kombinierte Finanzierung des Gesundheitssystems vor: aus staatlichen Finanzmitteln und zusätzlichen "außerbudgetären" Quellen (in erster Linie Beiträge der Arbeitgeber für die medizinische Pflichtversicherung ihrer Beschäftigten).

In Russland gibt es zwei Formen der Krankenversicherung: die medizinische Pflichtversicherung und die freiwillige medizinische Versicherung.

## 2.2 Medizinische Pflichtversicherung

Die wichtigste Aufgabe der staatlichen medizinischen Pflichtversicherung besteht darin, den freien Zugang zur medizinischen Versorgung im Rahmen des verfassungsmäßigen Rechts der Bürger auf medizinische Versorgung zu gewährleisten. Nach letzten Angaben sind 94% der Bevölkerung Russlands in diesem System versichert.

Das tragende Prinzip der medizinischen Pflichtversicherung ist das Solidarprinzip: Die Beitragshöhe richtet sich nach dem Arbeitseinkommen der Versicherten, die notwendigen Versorgungsleistungen sind für alle Versicherten unabhängig von ihrer tatsächlichen Beitragshöhe zu gewähren.

Alle Bürger der Russischen Föderation unterliegen der medizinischen Pflichtversicherung. Dies bedeutet, dass die Versicherungspflicht – im Unterschied zur deutschen GKV - für alle Bürger ohne Rücksicht auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit (und tatsächliche Schutzbedürftigkeit) besteht.

Die Finanzierung der medizinischen Pflichtversicherung hat einen gemischten Charakter: sie erfolgt grundsätzlich aus Steuern und Versicherungsbeiträgen:

- Aus den Haushalten der Föderationssubjekte (Regionen) werden die Finanzmittel für die Pflichtversicherung der nicht erwerbstätigen Bevölkerung - Kinder, Studenten, Rentner, Arbeitslose usw. - aufgebracht. Die regionalen Verwaltungsbehörden (Exekutivorgane) sind für die Kalkulation und für die Entrichtung dieser Beiträge zuständig.
- Die Beiträge für die medizinische Pflichtversicherung der erwerbstätigen Bevölkerung werden von Arbeitgebern entrichtet. Ein Arbeitnehmeranteil ist z.Z. nicht vorgesehen. Die Beitragssätze werden auf der föderalen Ebene festgelegt. Bis zum Jahre 2001 betragen sie 3,6% vom Bruttoeinkommen des Versicherten. Seit dem 1.1.2001 sind die Beiträge für die medizinische Pflichtversicherung, die Rentenversicherung und die soziale Versicherung in einer sog. einheitlichen sozialen Steuer zusammengefasst. Damit treten an die Stelle der einheitlichen Beitragssätze (Steuer)abgaben, die gemäß einer „regressiven Skala“ nach Einkommen, Betriebsgröße u.s.w. gestaffelt sind.<sup>19</sup> Jedoch ist der Abgabensatz für die medizinische Pflichtversicherung für die meisten Arbeitnehmer (Monatseinkommen unter 100.000 rub.) gleichgeblieben (3,6%, von denen 3,4%

---

<sup>19</sup> Steuergesetz der Russischen Föderation, Band 2. *Sammelband der Gesetzgebung der Russischen Föderation* 2000, Nr. 32, Pos. 3340.

an die territorialen Pflichtversicherungsfonds und 0,2% an den Föderalen Fonds gehen).

Die aus beiden Quellen aufgebrauchten Finanzmittel werden im föderalen und in den territorialen Pflichtversicherungsfonds akkumuliert. Diese selbständigen, staatlichen, nicht gewinnorientierten Finanz- und Kreditinstitutionen sollen Finanzierungsstabilität im System der medizinischen Pflichtversicherung gewährleisten. Sie sind für die zielgerichtete Verwendung der finanziellen Mittel verantwortlich und dienen als Instrument der staatlichen Regulierung im Pflichtversicherungssystem. Durch den föderalen Pflichtversicherungsfonds erfolgt ein Ausgleich der unterschiedlichen Finanzkraft der Regionen. Als nächster Reformschritt werden der föderale und die territorialen Fonds für medizinische Pflichtversicherung mit dem Fonds für soziale Versicherung zu einem „Föderalen Fonds für medizinische und soziale Pflichtversicherung“ zusammengeführt.

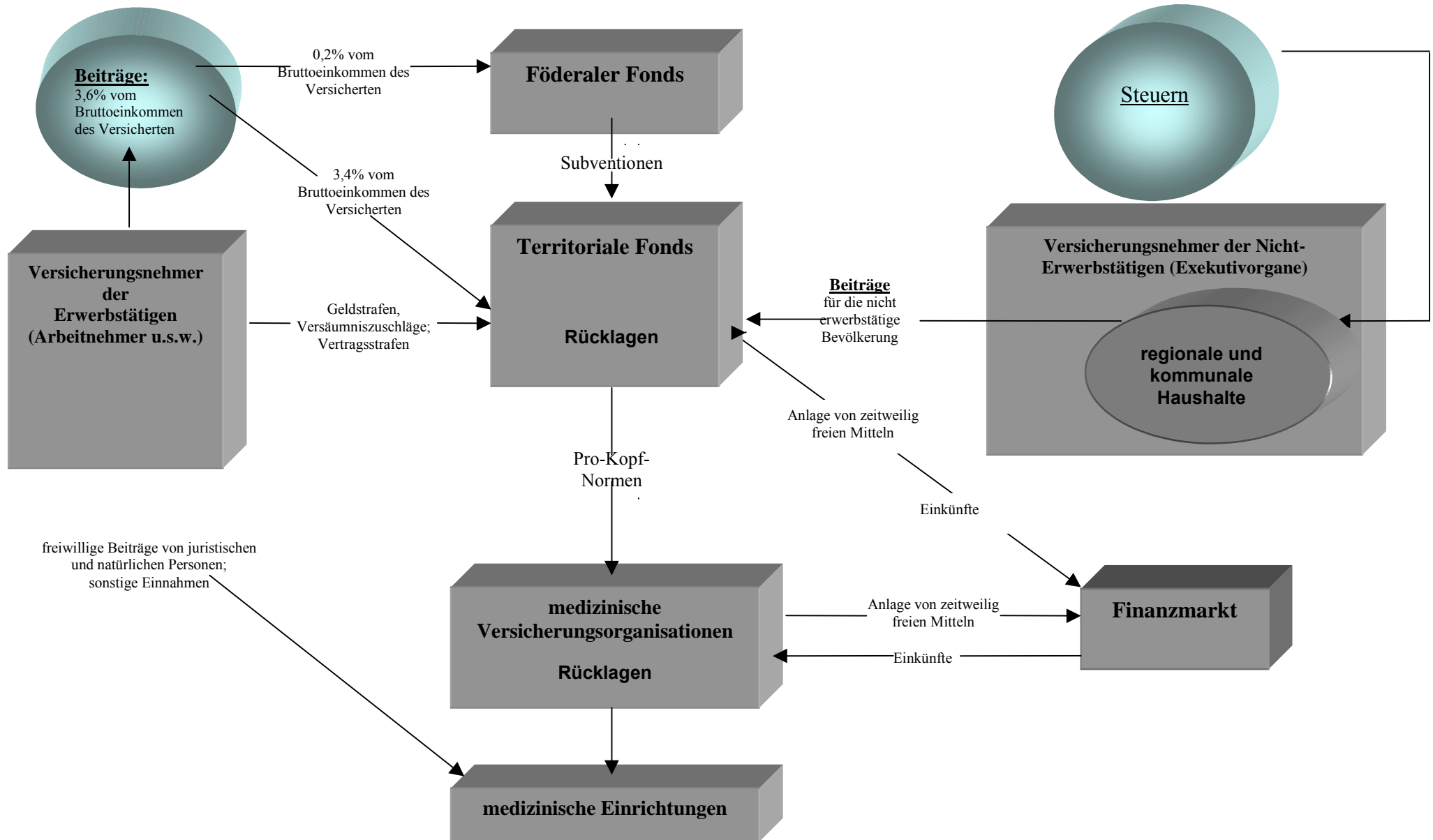
Zu den weiteren Trägern der medizinischen Pflichtversicherung in Russland gehören medizinische Versicherungsorganisationen (Versicherungen). Von den deutschen Krankenkassen unterscheiden sie sich in erster Linie dadurch, dass sie jede gesetzlich vorgesehene Rechtsform haben dürfen (meistens sind es Aktiengesellschaften) sowie dadurch, dass sie – beim Vorliegen einer entsprechenden Lizenz – sowohl die freiwillige Versicherung kraft Vertrages als auch die Versicherung kraft Gesetzes vornehmen dürfen. Die Leistungen im Rahmen der Pflichtversicherung dürfen sie jedoch nicht gewinnorientiert erbringen: Es obliegt ihnen, die Einwohner zu versichern, Versicherungspolice auszuhändigen, die Leistungserbringung für ihre Versicherten sicherzustellen und zu vergüten. Die Verantwortung für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung und die Wahrung der Patientenrechte sind ebenfalls den Versicherungen übertragen. Die Versicherungsorganisationen, die im Rahmen der Pflichtversicherung tätig sind, werden über territoriale Pflichtversicherungsfonds finanziert.

In den Regionen und Gebietskörperschaften, in denen medizinische Versicherungen immer noch fehlen, werden ihre Aufgaben von den Zweigstellen der territorialen Pflichtversicherungsfonds übernommen. Dies betrifft in erster Linie dünnbesiedelte ländliche Regionen. Z.Z. gibt es in der Russischen Föderation 90 territoriale Pflichtversicherungsfonds, 1129 Zweigstellen der territorialen Pflichtversicherungsfonds und 360 Versicherungen, die im Rahmen der Pflichtversicherung tätig sind.

Im System der medizinischen Pflichtversicherung gibt es – im Unterschied zur GKV – noch keine einheitliche Ordnung der Leistungsvergütung: In jeder Region werden zugelassene Vergütungsformen sowie ein Verzeichnis der abrechnungsfähigen Leistungen und deren Bewertungsrelationen eigenständig vereinbart. Zu diesem Zweck werden Schlichtungsausschüsse aus Vertretern von territorialen Fonds und deren Zweigstellen, regionalen Verwaltungsbehörden, medizinischen Versicherungen und medizinischen Einrichtungen, Vereinigungen bzw. Gewerkschaften gebildet.

Abbildung 2 stellt die finanziellen Beziehungen in der medizinischen Pflichtversicherung dar.

**Abbildung 2. Finanzströme im System der medizinischen Pflichtversicherung**



Der für die Bevölkerung "kostenfreie" Umfang der kurativen und präventiven Leistungen im System der staatlichen Gesundheitssicherung wird im „Programm der Staatsgarantien zur kostenfreien medizinischen Versorgung für die Bürger der Russischen Föderation“<sup>20</sup> festgelegt, dessen Finanzierung grundsätzlich aus Haushaltsmitteln aller Ebenen sowie aus Mitteln der medizinischen Pflichtversicherung erfolgt. Das Programm beinhaltet u.a. ambulante und stationäre Behandlung bei den meisten akuten und chronischen Erkrankungen sowie bei Verletzungen, Vergiftungen, Schwangerschaftskomplikationen und Geburten. Die Selbstbeteiligung ist im Rahmen dieses Programms nicht geregelt. Für bestimmte Bevölkerungsgruppen (Kriegsbehinderte usw.) gibt es staatlich garantierte einkommensunabhängige Privilegien, z.B. kostenfreie Versorgung mit Arzneimitteln u.s.w.

Die medizinischen Leistungen, die „über den garantierten kostenfreien Umfang hinausgehen“, werden für die Bevölkerung entgeltlich erbracht.<sup>21</sup> In erster Linie geht es dabei um kieferorthopädische Behandlung und Zahnersatz, medizinische Rehabilitation und Prävention sowie bestimmte aufwendige Diagnostik- und Behandlungsmethoden. Entgeltliche Leistungen umfassen auch Dienstleistungen nach dem Wunsch von Patienten. Der genaue Umfang und Preise dieser Leistungen werden von der jeweiligen medizinischen Einrichtung bestimmt.

**Tabelle 2. Struktur der öffentlichen Gesundheitsausgaben in der Russischen Föderation in % (1997)**

föderaler Haushalt	10%
regionale Haushalte	71%
Arbeitgeberbeiträge für die med. Pflichtversicherung der Erwerbstätigen	19%
Total	100%

Quelle: Föderale Schatzkammer 1998, 1999, staatliches Komitee für Statistik 1998, 1999.<sup>22</sup>

**Tabelle 3. Verteilung der gesamten Gesundheitsausgaben in der Russischen Föderation (1997)**

Nr.	Art der Ausgaben	in % des BIP
1	Ausgaben aus dem Staatshaushalt	2,81
2	Arbeitgeberbeiträge für die medizinische Pflichtversicherung	0,68
3	gesamte öffentliche Gesundheitsausgaben (1+2)	3,49
4	private Ausgaben der Bevölkerung für medizinische Leistungen	1,27
5	private Ausgaben der Bevölkerung für Arzneimittel	1,46
6	Beiträge für die freiwillige medizinische Versicherung	0,03
7	gesamte private Ausgaben (4+5+6)	2,76
8	Total (3+7)	6,25

Quelle: V. Bojkov u.a., 1998.<sup>23</sup>

<sup>20</sup> Verordnung der Regierung der Russischen Föderation Nr. 1096 vom 11.9.98 "Über die Bestätigung des Programms der Staatsgarantien zur kostenfreien medizinischen Versorgung für die Bürger der Russischen Föderation." *Rossijskaja Gazeta* 186/1998 vom 30. September.

<sup>21</sup> Verordnung der Regierung der Russischen Föderation Nr. 27 vom 13.01.96 „Über die Festlegung der Richtlinien zur Gewährung der entgeltlichen medizinischen Leistungen von medizinischen Einrichtungen für die Bevölkerung.“

<sup>22</sup> S. SHISHKIN "The Priorities of Russian Health Care Reform", *Croatian Medical Journal*, Vol. 39, 3/1998; S. SHISHKIN "Problems of Transition from Tax-Based System of Health Care Finance to Mandatory Health Insurance Model in Russia", *Croatian Medical Journal*, Vol. 40, 2/1999, S. 195-201.

Die Ausgaben für die stationäre Versorgung machen 65% der gesamten Gesundheitsausgaben aus, auf die ambulante Versorgung fallen nicht mehr als 27%<sup>24</sup>.

Die medizinischen Leistungen, die im Rahmen der medizinischen Pflichtversicherung erbracht werden, sind im föderalen Grundprogramm der medizinischen Pflichtversicherung aufgelistet. Die regionalen Verwaltungsbehörden (Exekutivorgane) erarbeiten und verabschieden ihre eigenen territorialen (regionalen bzw. kommunalen) Programme der medizinischen Pflichtversicherung. Der Leistungsumfang dieser Programme darf nicht geringer als der des föderalen Grundprogramms ausfallen.

Im Vergleich zu der Bundesrepublik Deutschland weist die Russische Föderation eine höhere Anzahl der Krankenhausbetten (123,9 pro 10.000 Einwohner) sowie eine höhere durchschnittliche Verweildauer (18 Tage) auf.

### **2.3 Freiwillige medizinische Versicherung**

Die freiwillige medizinische Versicherung weist eine gewisse Ähnlichkeit mit der deutschen privaten Krankenversicherung (PKV) auf. Auf diesem Wege kann ein nach Art und Umfang vertragsgemäß geregelter Versicherungsschutz für besser verdienende Bevölkerungsgruppen gewährt werden.

Die freiwillige medizinische Versicherung gehört zur Personenversicherung und steht unter Staatsaufsicht. Pro forma hat sie den Charakter einer freiwilligen Zusatzversicherung zur medizinischen Pflichtversicherung, sie bietet aber auch die Möglichkeit der Vollversicherung auf einem relativ hohen Niveau: Die Leistungen sollen nach Umfang, Art und Qualität über das Leistungsangebot der Pflichtversicherung hinausgehen. So kann die Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus sowie eine Behandlung durch hochqualifizierte Ärzte vereinbart werden. Das Versicherungsangebot einer Versicherungsorganisation orientiert sich an dem Leistungsumfang medizinischer Einrichtungen, mit denen Verträge über die Gewährung und Vergütung von medizinischen Leistungen bestehen. Somit ist der Versicherte durch den Abschluss einer freiwilligen Versicherung an bestimmte ambulante Einrichtungen (Polikliniken, diagnostische Zentren usw.) bzw. Krankenhäuser gebunden. Die Wahlfreiheit der freiwillig versicherten Patienten ist somit eingeschränkt.

Die Tätigkeit der Versicherungen erfolgt im Rahmen der freiwilligen medizinischen Versicherung auf privatwirtschaftlicher Grundlage mit Gewinnabsicht. Bei der Bestimmung der Prämienhöhe gilt, wie in der deutschen PKV, das Äquivalenzprinzip.

---

<sup>23</sup> V. BOJKOV u.a. "Raschody naselenija na medicinskuju pomošč i lekarstvennye sredstva", in: *Voprosy ekonomiki*, 10/1998.

<sup>24</sup> S. SHISHKIN "The Priorities of Russian Health Care Reform", *Croatian Medical Journal*, Vol. 39, 3/1998.

### 3 Gegenüberstellung der Krankenversicherungssysteme in Russland und in Deutschland

Wie gezeigt wurde, haben die Bundesrepublik Deutschland und die Russische Föderation nebeneinander zwei unterschiedliche Krankenversicherungssysteme:

- Ein Krankenversicherungssystem kraft Gesetzes, das in beiden Ländern zur Sozialversicherung gehört: die **gesetzliche Krankenversicherung (GKV)** in Deutschland und die **medizinische Pflichtversicherung** in Russland. In beiden Ländern wird der Versicherungsschutz im Krankheitsfall für die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung durch dieses System gewährt.
- Eine freiwillige Krankenversicherung kraft Vertrages, die in beiden Ländern zur Personenversicherung gehört und unter staatlicher Aufsicht steht: die **private Krankenversicherung (PKV)** in Deutschland und die **freiwillige medizinische Versicherung** in Russland.

Die grundlegenden Merkmale und Unterschiede dieser vier Krankenversicherungssysteme werden in den Tabellen 4 und 5 dargestellt (eigene Darstellung nach der Gesetzeslage Stand 2000).

**Tabelle 4. Krankenversicherung kraft Gesetzes in der Bundesrepublik Deutschland und in der Russischen Föderation**

Merkmal	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland	Medizinische Pflichtversicherung in Russland
<b>Sachleistungsprinzip</b>	der Arzt gewährt dem Patienten die Behandlungsleistung und erhält die Vergütung von der Krankenkasse, nicht vom Patienten	die Leistungen der medizinischen Einrichtungen im Rahmen der territorialen Pflichtversicherungsprogramme sollen nicht vom Patienten vergütet werden, sondern von den medizinischen Versicherungsorganisationen bzw. von den Zweigstellen der territorialen Pflichtversicherungsfonds
<b>Träger</b>	Krankenkassen: Selbstverwaltungskörperschaften des öffentlichen Rechts – nur für die GKV zuständig	1. föderaler und territoriale <u>Pflichtversicherungsfonds</u> (selbständige staatliche, nicht gewinnorientierte Finanz- und Kreditinstitutionen); 2. <u>medizinische Versicherungsorganisationen</u> (meistens Aktiengesellschaften) können Krankenversicherung sowohl kraft Gesetzes als auch kraft Vertrages vornehmen
<b>Finanzierung</b>	<u>Beiträge</u> : Pflichtbeiträge vom Arbeits- bzw. Renteneinkommen	1. <u>Steuern</u> (medizinische Pflichtversicherung der Nicht-Erwerbstätigen) 2. <u>Beiträge</u> (medizinische Pflichtversicherung der Erwerbstätigen) <sup>25</sup>

<sup>25</sup> Seit dem 1.1.2001 sind die Beiträge für die med. Pflichtversicherung, die Rentenversicherung und die soziale Versicherung in einer „einheitlichen sozialen Steuer“ zusammengefasst.

Fortsetzung Tabelle 4

→ <b>Beitragszahlung</b>	die Beiträge werden jeweils zur Hälfte durch <u>Arbeitnehmer</u> und <u>Arbeitgeber</u> (resp. dem Rentenversicherungsträger) aufgebracht	Arbeitnehmeranteil z.Z. nicht vorgesehen. → die Beiträge für die medizinische Pflichtversicherung der Erwerbstätigen werden vom <u>Arbeitgeber</u> gezahlt. → die regionalen <u>Verwaltungsbehörden</u> sind für die Kalkulation und für die Zahlung der Beiträge für die Nicht-Erwerbstätigen zuständig.
→ <b>Beitragsätze</b>	werden von der jeweiligen Krankenkasse kalkuliert, z.Z. durchschnittlich 13,5%	die Beitragssätze für die Erwerbstätigen werden auf der föderalen Ebene festgesetzt: 3,6% für die meisten Arbeitnehmer (Monatseinkommen unter 100.000 rub.).
<b>Versicherungspflicht</b>	Versicherungspflicht für Arbeitnehmer, Rentner und weitere Personenkreise bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe, die vom Gesetzgeber festgelegt wird. Bei Überschreitung dieser Einkommenshöhe ist die Mitgliedschaft in der GKV freiwillig.	allgemeine Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung
<b>Leistungen</b>	insb. ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Kuren, Rehabilitationsleistungen sowie Krankengeldzahlung bei Arbeitsunfähigkeit	ambulante und stationäre Behandlung bei bestimmten Krankheitsgruppen. (Die Leistungen, die von den regionalen Pflichtversicherungsprogrammen ausgeschlossen sind, z.B. Behandlung der sogenannten "sozial relevanten" Erkrankungen, werden auf Kosten des Staatshaushalts erbracht – nicht auf Kosten der medizinischen Pflichtversicherung).
<b>Familienversicherung</b>	beitragsfrei für die nicht erwerbstätigen Familienangehörigen der Mitglieder	existiert nicht
<b>Zuzahlungen</b>	gesetzlich geregelte <u>Selbstbeteiligung</u>	gesetzlich nicht geregelt. Der genaue Umfang und Preise „entgeltlicher medizinischer Leistungen“ <sup>26</sup> , die „über den garantierten kostenfreien Leistungsumfang hinausgehen“, werden von der jeweiligen medizinischen Einrichtung bestimmt.
<b>Schutz der Versicherten vor finanzieller Überforderung</b>	im Rahmen von <u>Härtefallregelungen</u> (in erster Linie an die Einkommensgrenzen der Mitglieder gebunden)	<u>keine Härtefallregelungen</u> ; staatlich garantierte, einkommensunabhängige <u>Privilegien</u> für bestimmte Bevölkerungsgruppen (Rentner, Behinderte usw.)

<sup>26</sup> Verordnung der Regierung der Russischen Föderation Nr. 27 vom 13.01.96 „Über die Festlegung der Richtlinien zur Gewährung der entgeltlichen medizinischen Leistungen von medizinischen Einrichtungen für die Bevölkerung“.

Fortsetzung Tabelle 4

<b>Maßstäbe der Leistungsvergütung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Nach dem Prinzip der Selbstverwaltung wird die Gesamtvergütung der Vertragsärzte auf regionaler Ebene zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ausgehandelt.</li> <li>→ Der Einheitliche Bewertungsmaßstab dient als verbindliche Abrechnungsgrundlage für die Ärzte.</li> <li>→ Die Krankenhausbudgets werden zwischen dem einzelnen Krankenhaus und den Krankenkassen vereinbart.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich werden Tarife der medizinischen Leistungen auf regionaler Ebene vereinbart.</li> </ul>
<b>Wirtschaftlichkeitsprüfungen</b>	Die Abrechnung des einzelnen Arztes wird durch einen Prüfungsausschuss, besetzt mit Vertretern der Krankenkassen und der Kassenärztliche Vereinigung, überprüft.	Sowohl der Föderale als auch die territorialen Pflichtversicherungsfonds sind zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen verpflichtet: sie kontrollieren die Wirtschaftlichkeit in den Versicherungsorganisationen und med. Einrichtungen
<b>Wahlfreiheit für Versicherte</b>	<p>freie Wahl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ der Krankenkasse und</li> <li>→ des Arztes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Freie Wahl der medizinischen Einrichtung ist de facto in Städten begrenzt möglich – jedoch nicht in ländlichen dünnbesiedelten Regionen.</li> <li>→ Die freie Wahl der Versicherungsorganisation ist landesweit noch nicht üblich<sup>27</sup>.</li> </ul>

**Tabelle 5. Krankenversicherung kraft Vertrages in der Bundesrepublik Deutschland und in der Russischen Föderation**

<b>Merkmal</b>	<b>Private Krankenversicherung (PKV) in Deutschland</b>	<b>freiwillige medizinische Versicherung in Russland</b>
<b>Träger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ insb. Aktiengesellschaften, Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, öffentlich-rechtliche Anstalten;</li> <li>→ dürfen keine GKV vornehmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ meistens Aktiengesellschaften;</li> <li>→ können auch die medizinische Pflichtversicherung vornehmen</li> </ul>
<b>Finanzierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ risikoäquivalente Versicherungsprämien;</li> <li>→ keine kostenfreie Mitversicherung von Familienangehörigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ risikoäquivalente Versicherungsprämien;</li> <li>→ keine kostenfreie Mitversicherung von Familienangehörigen</li> </ul>
<b>Kostenersatzungsprinzip</b>	gilt	existiert nicht

<sup>27</sup> Vgl. S.V. ŠIŠKIN u.a. "Ključevye ekonomičeskie problemy rossijskogo zdravoochranenija" in: Institut ekonomičeskich problem perehodnogo perioda (Hrsg.) *Reformovanie nekotorych otraslej social'noj sfery Rossii. Stanovlenie sistemy objazatel'nogo medicinskogo stracovanija v Rossii*, Moskau 1999, S. 227-329; <http://www.iet.ru>

Fortsetzung Tabelle 5

<p><b>Versicherungsschutz</b></p>	<p>→ Vollversicherung (für Personen, die der Versicherungspflicht in der GKV nicht unterliegen sowie</p> <p>→ Zusatzversicherung (auch für Personen, die der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen)</p>	<p>hat den Charakter einer freiwilligen Zusatzversicherung zur medizinischen Pflichtversicherung, bietet aber auch Vollversicherung</p>
<p><b>Leistungen</b></p>	<p>Leistungsumfang richtet sich nach dem Versicherungsvertrag (Voll- oder Teilversicherung); bei Vollversicherung werden im Prinzip die gleichen Leistungen gewährt wie in der GKV.</p> <p>GKV-Versicherte können sich bei der PKV zusätzlich versichern, z.B. für besondere Leistungen im Krankenhaus (wie Chefarztbehandlung oder Einbettzimmer)</p>	<p>Leistungsumfang richtet sich nach dem Versicherungsvertrag (Versicherung für ambulante Behandlung, für stationäre Behandlung, Vollversicherung usw.)</p>
<p><b>vertragliche Gestaltung der Leistungserbringung</b></p>	<p>Behandlungsverträge zwischen Ärzten und versicherten Patienten werden nicht schriftlich geschlossen, sondern kommen faktisch bei der Behandlung zustande.</p>	<p>→ keine unmittelbaren vertraglichen Beziehungen zwischen medizinischen Einrichtungen und Versicherten;</p> <p>→ Verträge über die Gewährung und Vergütung von med. Leistungen werden zwischen Versicherungsorganisationen und medizinischen Einrichtungen abgeschlossen</p>
<p><b>Wahlfreiheit für Versicherte/ Versicherungsnehmer</b></p>	<p>Freie Wahl des Versicherungsunternehmens, des Krankenhauses, des Hausarztes und der Fachärzte</p>	<p>Wahlfreiheit der Versicherungsorganisation;</p> <p>beim Abschluss des Versicherungsvertrags: Wahl der medizinischen Einrichtungen aus dem Angebot der Versicherungsorganisation</p>

**русско-немецко-английский словарь**  
**по здравоохранению**  
**(термины с комментариями)**

**амбулатория**  
**Ambulatorium**

**out-patient department**

Учреждения здравоохранения различных форм собственности для оказания амбулаторной врачебной помощи пациентам. Статус врача - штатный сотрудник. Государственные амбулатории существовали в ГДР.

**амбулаторное врачебное обслуживание**

**ambulante ärztliche Versorgung**

**out-patient treatment**

Любой вид медицинской помощи (профилактической, лечебной или реабилитационной), оказываемой пациентам амбулаторно (т.е. не в стационарных условиях). Синоним внебольничной помощи.

**ассоциация врачей больничных касс**

**ассоциация врачей-стоматологов больничных касс**

**Kassenärztliche Vereinigung (KV)**

**Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV)**

**Regional Association of Statutory Health Insurance Physicians**

**Regional Association of Sick Fund Dentists**

Корпорация публичного права, призванная в силу закона обеспечивать медицинское обслуживание застрахованных в системе законодательно установленного страхования на случай болезни. Органами её самоуправления являются собрание уполномоченных и правление. Государственный надзор за деятельностью ассоциации осуществляется высшими органами власти федеральных земель Германии, к чьей компетенции относятся сфера социального страхования.

Данная ассоциация (KV) является представительным органом всех врачей больничных касс. В её полномочия входит:

- защита интересов врачей больничных касс;
- контроль соблюдения прав со стороны больничных касс;
- гарантии обеспечения медицинской помощи застрахованным (включая службу неотложной помощи);
- заключение общих договоров и прочих соглашений, в т.ч. договора с больничными кассами о фонде врачебных гонораров;
- разработка, составление и опубликование нормативов распределения врачебных гонораров;
- проведение аудиторских проверок совместно с больничными кассами.

Аналогичные задачи имеют ассоциации врачей-стоматологов в сфере зубоврачебного обслуживания застрахованных.

**аудит (контроль экономичности и эффективности)**

**Wirtschaftlichkeitsprüfung**

**cost effectiveness control, efficiency audit**

Контроль врачебной деятельности (назначения врача, применяемые способы лечения) на предмет соответствия стандартам достаточного, целесообразного и необходимого лечения.

**безработный**  
**Arbeitsloser**  
**unemployed person**

Безработными считаются трудоспособные граждане, не имеющие работы и заработка, зарегистрированные в службе занятости в целях поиска работы и готовые приступить к ней.

**болезнь**  
**Krankheit**  
**disease, illness**

Кратковременное или продолжительное нарушение функций организма, влекущее за собой изменения в нормальном жизненном ритме человека.

**больница (стационарное медицинское учреждение)**  
**Krankenhaus**  
**hospital**

Учреждение здравоохранения. Основное назначение - оказание врачебных диагностических и лечебных услуг в стационарных условиях, предоставление сестринского ухода, а также родовспоможение. Управление обеспечивается врачебным руководством и дирекцией по экономической части. Больницы имеют определённый состав персонала, организационное обеспечение и техническое оснащение.

**больница скорой помощи**  
**Akutkrankenhaus**  
**hospital for acute cases**

Больница, принимающая пациентов непосредственно и без промедлений, особенно в случаях острых заболеваний и травм. В этом заключается принципиальное отличие от стационаров, где проводится в основном заранее запланированное лечение.

→ больница (стационарное медицинское учреждение)

**больницы**  
**Krankenhäuser**  
**hospitals**

→ больница (стационарное медицинское учреждение)

**больничная касса заводская (производственная)**  
**Betriebskrankenkasse (BKK)**  
**Company Health Insurance Funds**

Больничная касса в системе законодательно установленного страхования на случай болезни, учреждённая работодателями одного или нескольких предприятий.

**больничные кассы**  
**Krankenkassen**  
**health insurance funds, sickness funds**

Правоспособная корпорация публичного права в системе законодательно установленного страхования на случай болезни. Действует на основе самоуправления. Существует множество региональных, производственных и профессиональных больничных касс:

- местные больничные кассы (АОК);
- заводские (производственные) больничные кассы (ВКК);
- больничные кассы корпораций ремесленников (ИКК);
- сельскохозяйственные больничные кассы (ЛКК);
- федеральное товарищество горняков;
- морская больничная касса;
- эрзатцкассы (например, больничные кассы служащих ТК, ДАК и BARMER).

### **бюджет**

#### **Budget**

#### **budget**

Сумма денежных средств, рассчитанная на установленный период времени (в российском варианте на один год), для финансирования системы медицинского обслуживания в целом («глобальный бюджет») или какого-либо одного сектора медицинских услуг - например, стоматологической помощи («секторальный бюджет»).

### **бюджетирование расходов больничных касс**

#### **Budgetierung der Krankenkassenausgaben**

#### **budget of SHI<sup>28</sup>-expenditures**

Процесс ограничения расходов больничных касс. Согласно предписанию расходы не должны превышать заранее установленной суммы в течение определённого периода времени.

### **взнос, тариф страхового взноса**

#### **Beitrag, Beitragssatz**

#### **contribution rate**

Тариф - процентная ставка страхового взноса, утверждённая уставами больничных касс. Для исчисления страхового взноса процентная ставка умножается на доход застрахованного, подлежащий обложению взносами. Согласно социальному законодательству Германии работники и работодатели платят в больничную кассу по 50% суммы взноса, рассчитанного по этому принципу.

→ принцип стабильности тарифов страховых взносов

### **"взрыв издержек"**

#### **Kostenexplosion**

#### **cost explosion**

Непропорционально растущие расходы - например, на лечение заболеваний и на укрепление здоровья.

### **виды больниц**

#### **Krankenhausarten**

#### **types (kinds) of hospitals**

Различают, в частности, следующие виды больниц:

- по форме собственности – государственная (в России - федеральная, муниципальная и др.), групповая или частная;
- по виду и объёму предоставляемых услуг - стационары общего профиля или высокоспециализированные.

---

<sup>28</sup> SHI: Statutory Health Insurance

### **виды медицинских услуг**

#### **Leistungsarten**

#### **variety (kind) of outputs**

Услуги подразделяются на амбулаторные и стационарные, профилактические и лечебные. Под этим понятием также подразумевают перечень (каталог) услуг.

### **возмещение страховых взносов**

#### **Beitragsrückerstattung, Beitragsrückzahlung**

#### **contribution refund**

Понятие из частного страхования на случай болезни (в Германии). Страховщик возмещает застрахованному часть уплаченных им взносов, если он за истёкший страховой год не воспользовался никакими медицинскими услугами. В страховании на случай болезни, установленном законом, этот принцип был опробован лишь в нескольких проектах и, в конце концов, законодательно отменён. В частном страховании на случай болезни этот принцип по-прежнему существует.

### **воспитание сознательного отношения к здоровью и санитарное просвещение**

#### **Gesundheitserziehung und -information**

#### **health-education**

Комплекс мероприятий по санитарному просвещению населения, направленных на воспитание сознательного и бережного отношения к здоровью.

### **врач-аудитор**

#### **Prüfarzt**

#### **medical auditor**

Врач, участвующий в ревизии врачебно-хозяйственной деятельности (сюда относится, в частности, контроль по усреднённым показателям) по поручению ассоциации врачей больничных касс.

### **врач больничной кассы, имеющий полномочие на амбулаторное и стационарное обслуживание пациентов**

#### **Belegarzt**

#### **SHI-physician with in-patient authorization<sup>29</sup>**

Врач, имеющий частную практику, который на основании договора со стационаром уполномочен обслуживать своих пациентов полностью или частично стационарно, используя услуги и оснащение данной больницы. Такой врач не является штатным сотрудником больницы. Оплата его услуг осуществляется через ассоциацию врачей больничных касс из фонда врачебных гонораров, тогда как услуги стационара оплачиваются на основании Закона о финансировании больниц.

→ клиника, заключившая с врачом больничной кассы договор о резервировании в ней определённого количества коек

---

<sup>29</sup>SHI: Statutory Health Insurance

**врач домашний/семейный****Hausarzt****general practitioner (GP/UK)****family doctor, family physician (US)**

В традиционном понимании - врач, к которому в первую очередь обращаются за первичной медицинской помощью в случае заболевания. Этот врач решает вопрос о необходимости дальнейшего лечения у врача-специалиста или в условиях стационара. К данной группе относятся врачи общей практики, терапевты, а также врачи-клиницисты, не имеющие определённой специализации. Поскольку функции домашнего/семейного врача и врача общей практики пока разграничить невозможно, в российском здравоохранении эти понятия зачастую употребляются как синонимы.

→ врач общей практики

**врач неотложной помощи****Notarzt****emergency doctor**

Врач, оказывающий амбулаторные услуги при неотложных состояниях помимо своих обычных приёмных часов. Каждый врач больничной кассы обязан принимать участие в дежурствах по неотложной помощи.

→ служба неотложной помощи

→ врач скорой помощи

**врач общей практики****Arzt für Allgemeinmedizin****general practitioner (GP/UK), family physician (US)**

Врач-клиницист, оказывающий медицинские услуги широкого спектра.

**врач общей практики (без определённой специализации)****praktischer Arzt****general practitioner**

Частнопрактикующий врач, не имеющий определённой специализации, оказывающий амбулаторные медицинские услуги. В Германии это было возможно до начала 90-х годов.

**врач скорой помощи****Rettungsarzt****emergency doctor**

Врач, участвующий в работе служб скорой помощи (машины и вертолёты скорой помощи). Зачастую является штатным сотрудником стационара. Он имеет специальную подготовку и обладает дополнительной квалификацией.

→ служба скорой помощи

→ врач неотложной помощи

**врач-стажёр****Arzt im Praktikum (AiP)****up to two years training in selected departments (physician trainee)**

Заключительный этап профессиональной подготовки к работе по врачебной специальности (после первого государственного экзамена). Стажёр временно выполняет врачебные функции в частной практике или в стационаре под руководством врача, имеющего т.н. "апробацию" (официальное разрешение на профессиональную врачебную деятельность). В результате успешного

окончания этой стажировки, продолжительность которой составляет до 2-х лет, врач также может получить апробацию.

**врач стационара**  
**Krankenhausarzt**  
**hospital-based physician**

Врач, заключивший трудовой договор с администрацией больницы и являющийся штатным сотрудником стационара.

**врач - штатный сотрудник**  
**angestellter Arzt**  
**staff doctor, employed salaried doctor**

Врач, не имеющий собственной частной практики. На договорной основе является штатным сотрудником стационара или работает в частной практике другого врача, получая заработную плату.

**Врачебная палата**  
**Ärzttekammer**  
**medical association**

Профессиональная организация врачей, действующая как на федеральном уровне, так и в каждой земле Германии. Регулирует профессиональную деятельность, контролирует исполнение служебных обязанностей. Мера ответственности за нарушения в данной сфере определяется профессиональными судами. Любой врач является в силу закона членом этой организации.

**врачебное обслуживание**  
**ärztliche Behandlung**  
**medical treatment**

Медицинская помощь, оказываемая в условиях частной практики, у пациента на дому или в стационаре.

**врачебно-страховое право**  
**Kassenarztrecht**  
**law of panel doctors**

Раздел права, определяющий отношения между врачами (в т.ч. стоматологами) и больничными кассами для обеспечения врачебного обслуживания застрахованных в системе законодательно установленного страхования на случай болезни.

→ гарантии обеспечения медицинской помощи застрахованным

**врачебное право (в системе законодательно установленного страхования на случай болезни)**

**Vertragsarztrecht**  
**contract doctors law**

Ассоциации врачей больничных касс обязаны защищать права врачей по отношению к больничным кассам. Эти права следуют из целого ряда предписаний, закреплённых в V части кодекса социальных законов Германии (SGB V), в распоряжении о допуске к врачебной практике, в договорах и независимых положениях устава. Допуск к врачебной практике в системе законодательно установленного страхования на случай болезни даёт врачу право принимать

участие в медицинском обслуживании застрахованных и оказывать медицинские услуги, оплачиваемые больничными кассами.

→ врачебно-страховое право

**выписка пациента из стационара**  
**Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus**  
**discharge (patients)**

Заключительный этап госпитализации (официальное прекращение пребывания в стационаре).

**выплата по больничному листу**  
**Lohnfortzahlung**  
**continued payment of wages (salaries) in case of sickness (sickness benefits)**

Обязанность работодателя, закреплённая в социальном законодательстве, выплачивать работнику заработную плату при нетрудоспособности вследствие болезни в течение шести недель. По истечении этого срока работнику предоставляется пособие по болезни от больничной кассы.

**гарантии обеспечения медицинской помощи застрахованным**  
**Sicherstellung, Sicherstellungsauftrag**  
**service guarantee**

В соответствии с принятыми на себя гарантиями ассоциации врачей больничных касс (в т.ч. ассоциации врачей-стоматологов) обязаны обеспечить медицинскую помощь застрахованным согласно закону, уставу и договору. Для этого они должны предоставить ассортимент медицинских услуг (включая службу неотложной помощи), удовлетворяющих критериям качества и экономичности, повсеместно и в любое время.

**главный врач (больницы)**  
**Chefarzt**  
**leading (general, managing or chief) hospital-based physician**

Врачебный руководитель (директор) отделения, клиники или больницы.

**год практики**  
**praktisches Jahr**  
**one year practical training passing through several hospitals**

Практическая часть обучения студентов-медиков после теоретической подготовки. Проводится в течение года, только в стационарах, а не в условиях частной практики. За практической частью следует первый медицинский государственный экзамен.

**гонорар врача**  
**Arzthonorar**  
**doctor's remuneration, doctor's fee**

Денежное вознаграждение за оказание необходимых врачебных услуг.

→ оплата амбулаторных врачебных услуг

**гонорар комплексный**

**Komplexgebühr**

**complex (aggregated) fees**

Денежное вознаграждение, выплачиваемое врачу за отдельные врачебные услуги, относящиеся к одному лечебному комплексу.

**госпитализация**

**Einweisung ins Krankenhaus**

**hospitalization**

Пациент направляется лечащим амбулаторным врачом в стационар при наличии показаний к стационарному лечению. Направление на госпитализацию должно быть, как правило, предварительно - до начала госпитализации - согласовано с больничной кассой.

**госпитализация без направления**

**Selbsteinweisung**

**self-hospitalization**

Застрахованный обращается в больницу за стационарным лечением без направления врача. В обычных случаях документ о направлении должен быть предварительно заверен соответствующей больничной кассой.

**государственная служба здравоохранения**

**Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)**

**public health service**

В компетенцию федеральных земель ФРГ входят меры по охране и укреплению здоровья населения, надзор за профессиональной деятельностью в области здравоохранения и учреждениями здравоохранения. Государственные органы и общественные организации, отвечающие за исполнение этих задач, объединены в государственную службу здравоохранения. Федеральные земли могут издавать законы, регулирующие организацию и построение государственной службы здравоохранения. В зависимости от инфраструктуры государственная служба здравоохранения может находиться в ведении соответствующих отделов министерств здравоохранения федеральных земель, Медицинских отделов в землях с административными округами, а также местных органов управления здравоохранения.

→ управление здравоохранения

**«граница необходимого»**

**Maß des Notwendigen**

**necessity level**

Критерий врачебных услуг в системе законодательно установленного страхования на случай болезни. В соответствии с этим критерием, услуги должны быть достаточными, целесообразными и экономичными.

**денежная стоимость балла (в единых нормативах исчисления врачебных гонораров)**

**Punktwert**

**point value**

Денежный эквивалент балла, определяющий размер вознаграждения за врачебную услугу. Умножая эту величину на количество баллов за услугу в соответствии с едиными нормативами исчисления врачебных гонораров,

подсчитывают фактическую сумму денежного вознаграждения за данную врачебную услугу.

→ единые нормативы исчисления врачебных гонораров

### **диагностика ранняя**

#### **Früherkennung**

#### **early diagnosis**

Обследование бессимптомных пациентов на предмет выявления ранних признаков заболевания.

### **диагностически связанные группы (DRGs)**

#### **Diagnosebezogene Fallgruppen**

#### **Diagnoses Related Groups (DRG)**

В данном контексте речь идёт о системе оплаты стационарных медицинских услуг за отдельный случай лечения. Эта система была разработана американскими исследователями в Йельском университете и впервые внедрена в 1983 году в рамках государственного медицинского страхования MEDICARE. С середины 80-х годов она была расширена, дифференцирована и усовершенствована.

Диагностически связанные группы (DRGs) представляют собой основу системы оплаты стационарных медицинских услуг, в которой за все случаи лечения выплачиваются общие (паушальные) суммы. Эти суммы определяются с учётом средних затрат ресурсов на стандартизированный случай лечения.

Принцип действия: DRGs являются системой классификации пациентов, в которой все случаи лечения собраны в группы по определённым критериям (диагноз по МКБ-10, тяжесть заболевания, возраст пациента, осложнения, причина выписки из стационара итд.). В каждую из групп включаются случаи, наиболее однородные по затратам ресурсов. Если все случаи укладываются в диагностически связанные группы, становится возможным сравнение стационаров по количеству и структуре случаев лечения (Case-Mix).

В 2003 году в Германии должна произойти замена прежней системы оплаты - по индивидуальным для каждой больницы тарифам на текущие расходы - на систему оплаты по DRG. При разработке немецкой системы оплаты стационарных медицинских услуг за отдельный случай лечения больничные кассы и Больничное Общество Германии будут ориентироваться на принципы австралийской системы DRG.

### **директивы по обеспечению качества**

#### **Richtlinien zur Qualitätssicherung**

#### **directives to guarantee quality**

Ассоциации врачей больничных касс (в т.ч. врачей-стоматологов) получают от федеральной ассоциации врачей больничных касс, головных объединений больничных касс, а также федеральных ассоциаций прочих производителей услуг директивы по обеспечению и улучшению качества медицинского обслуживания. Директивы регулируют назначение и деятельность уполномоченных представителей, комиссий и кружков по обеспечению качества, а также официальный порядок разрешения вопросов. Цель директив - достижение соответствия медицинской помощи запросам пациентов с учётом современных возможностей медицинской науки и практики и эффективного использования ресурсов.

**договор общий**  
**Gesamtvertrag**  
**(overall) contract**

В каждой федеральной земле Германии ассоциации врачей больничных касс заключают с объединениями больничных касс т.н. общие договоры, которые регулируют детали медицинского обслуживания застрахованных, оплаты врачебных услуг и проведения аудиторских проверок.

**доля расходов на здравоохранение**  
**Gesundheitsquote**

**share of health care expenditures in gross domestic product (GDP)**

Доля расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте (ВВП).

**доплата**  
**Zuzahlung**  
**co-payment**

Форма непосредственного денежного участия застрахованных в расходах, возникающих при оказании им медицинских услуг. В законодательно установленном страховании на случай болезни предусматривается сравнительно небольшое участие застрахованных в издержках. Обязательна доплата за следующие виды услуг:

- пребывание в стационаре;
- стационарная реабилитация;
- некоторые вспомогательные средства;
- лечебные средства;
- протезирование зубов;
- санитарный транспорт;
- лекарства.

Спектр услуг, а также размеры и условия доплаты постоянно меняются вследствие реформирования системы здравоохранения. Это обусловлено различными целями финансовой политики и политики в области здравоохранения. Так например, доплата за услуги по протезированию зубов дифференцирована в зависимости от того, принимал ли застрахованный участие в профилактических мероприятиях. Скидка предоставляется, если в медицинской документации, заверенной печатью и подписью врача-стоматолога, подтверждается участие застрахованного в ежегодных профилактических осмотрах.

В системе частного страхования на случай болезни существуют другие принципы доплаты - например, пропорциональная доплата, вычитаемая франшиза и интегральная франшиза.

**допуск к врачебной практике**  
**Bedarfszulassung (als Kassenarzt)**  
**work permission**

Допуск к врачебной практике в системе законодательно установленного страхования на случай болезни, выдаваемый на основании потребности во врачебных кадрах. Нормативы обеспеченности врачебными кадрами (количество врачей на определённое количество жителей) определяются законом.

**доступность медицинской помощи**  
**Zugang zur ärztlichen Versorgung**  
**access (to health care)**

Возможность получения необходимой медицинской помощи - своевременно, повсеместно, в достаточном объеме и на приемлемых условиях. Застрахованный в больничной кассе имеет право на свободный выбор врача среди всех врачей, обеспечивающих медицинское обслуживание в системе страхования по болезни, установленного законом.

→ свободный выбор врача

**единые нормативы исчисления врачебных гонораров**  
**einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM)**  
**Uniform Assessment Standard (standard schedule of fees for Statutory Health Insurance services)**

Перечень врачебных услуг с установленным за каждую услугу количеством баллов, в соответствии с которым врачи получают оплату от больничных касс. Данные нормативы являются обязательной основой расчёта. Стоимость врачебных услуг выражена не в денежной форме, а в баллах. Количество баллов, которые врач больничной кассы зарабатывает в течение квартала, умножается на денежную стоимость отдельного балла. Денежная стоимость балла (в немецких марках) определяется в итоге переговоров между ассоциацией врачей больничных касс и объединениями больничных касс.

**заболеваемость, частота заболеваний**  
**Morbidität**  
**morbidity**

Индикатор состояния здоровья для характеристики частоты заболеваний специфической группы населения в течение определённого периода времени.

**заклучительная (послегоспитальная) реабилитация**  
**Anschlussheilbehandlung**  
**post-hospital rehabilitation**

→ реабилитация

**закон о медицинской аппаратуре**  
**Medizinproduktegesetz**  
**law governing medical products**

Регламентирует производство и использование медицинской аппаратуры в целях защиты пациентов и медицинского персонала в процессе эксплуатации приборов. Аппаратура подлежит постоянному контролю.

**заработная плата**  
**Gehalt**  
**salary, wage**

Стабильное ежемесячное вознаграждение за труд.

**застрахованные в системе законодательно установленного страхования на случай болезни**

**Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung**

**insured persons**

Застрахованными являются все лица, пользующиеся услугами соответствующей больничной кассы. К этой категории относятся и совместно застрахованные члены семьи, которые не уплачивают страховых взносов, т.к. не имеют собственного дохода или находятся ещё на стадии обучения.

→ член больничной кассы (в системе законодательно установленного страхования на случай болезни)

→ совместно застрахованный

**здоровье**

**Gesundheit**

**health**

По определению Всемирной Организации Здравоохранения (WHO) здоровье - это состояние полного физического, психического и социального благополучия.

**индекс QALY**

**qualitätskorrigiertes Lebensjahr**

**Quality Adjusted Life Years (QALYs)**

Величина, соответствующая одному году жизни, проведённому в состоянии полного здоровья. В т.н. таблицах QALY приводится список всевозможных видов вмешательств (например, лечебные мероприятия), с оценкой расходов на приобретаемый год жизни в состоянии полного здоровья (QALY). Является инструментом экономической оценки.

**карта, контрольная**

**Prüfkarte**

**check-list**

Унифицированный документ, в котором регистрируются данные, полученные в результате аудиторских проверок врачебно-хозяйственной деятельности (в т.ч. контроля по усреднённым показателям).

→ аудит (контроль экономичности и эффективности)

**качество**

**Qualität**

**quality**

Понятие, характеризующее позитивные свойства услуг. Услуги оцениваются с позиций качества структуры, качества процесса и качества результата.

**клиника, заключившая с врачом больничной кассы договор о резервировании в ней определённого количества коек**

**Belegklinik**

**SHI<sup>30</sup>-hospital with in-patient authorization**

Стационар, где работают исключительно амбулаторные врачи больничных касс, имеющие частную практику, уполномоченные на основании договора со стационаром обслуживать своих пациентов полностью или частично стационарно, используя услуги и оборудование данной больницы.

---

<sup>30</sup> SHI: Statutory Health Insurance

→ врач больничной кассы, имеющий полномочие на амбулаторное и стационарное обслуживание пациентов

**койко-день**

**Krankenhaustag**

**one day in hospital**

Один день пребывания в стационаре.

**комплекс услуг**

**Leistungskomplex**

**complex of benefits**

Унифицированный комплекс взаимосвязанных медицинских услуг (например, беседы с пациентом, консультации, различные обследования), для оплаты которого применяется комплексный гонорар. За каждую из этих услуг можно было бы произвести отдельный расчёт.

→ гонорар комплексный

**компоненты системы социального страхования**

**Bestandteile der Sozialversicherung**

**social insurance (security)**

Страховая защита при наступлении всех значительных жизненных рисков обеспечивается в соответствии с социальным законодательством. Система социального страхования в Германии состоит из пяти компонентов:

- страхование на случай болезни;
- страхование от несчастных случаев (на производстве);
- страхование на случай безработицы;
- пенсионное страхование;
- страхование на случай потребности в постороннем уходе.

Страховые взносы по отдельным видам страхования распределяются между работодателем и работниками на паритетной основе (по 50%), за исключением страхования от несчастных случаев (на производстве), где взносы уплачивает только работодатель. Совокупность всех этих страховых взносов называется отчислениями на социальное страхование. Взнос исчисляется в соответствии с доходом застрахованных лиц, тогда как в других видах страхования (в т.ч. в частном страховании на случай болезни) - в соответствии с индивидуальным риском. Согласно принципу солидарности все услуги в системе законодательно установленного страхования на случай болезни должны оказываться независимо от величины страхового взноса.

→ модель социального страхования

→ принцип солидарности

**косвенные издержки в здравоохранении**

**indirekte Kosten im Gesundheitswesen**

**indirect costs of health service**

Чётко определить величину этих затрат довольно трудно. К этой категории может относиться выпадение рабочих дней по причине госпитализации или народнохозяйственный ущерб вследствие потерь в продуктивности из-за болезни сотрудников.

**кружок качества**  
**Qualitätszirkel**  
**quality circle**

Врачебные группы, создаваемые при каждой ассоциации врачей больничных касс в соответствии с директивами по обеспечению качества. В этих группах проводятся дискуссии по вопросам качества врачебных услуг, их обоснованности; даётся критическая оценка собственной деятельности. Участие в этих кружках добровольное.

**лаборатория совместная**  
**Laborgemeinschaft**  
**joint laboratory**

Специальная форма использования лабораторного оборудования. В одном или разных зданиях практикующие врачи-лаборанты содержат совместную лабораторию, в которой производится исследование материалов человеческого организма.

**лечение**  
**kurative Behandlung**  
**curative treatment**

Понятие включает в себя диагностику и лечение заболевания (излечение или смягчение недуга), что является наиболее значимой частью работы врача в системе законодательно установленного страхования на случай болезни.

**лимитирование фонда врачебных гонораров**  
**Begrenzung der Gesamtvergütung**  
**limitation of total remuneration for medical services**

Денежные средства этого фонда выделяются больничными кассами и поступают в распоряжение ассоциации врачей больничных касс в качестве оплаты за всё медицинское обслуживание в системе законодательно установленного страхования на случай болезни. В соответствии с нормативами распределения врачебных гонораров производятся выплаты врачам больничных касс.

Объём денежных средств фонда врачебных гонораров может исчисляться как общая сумма (паушально), по отдельно взятым услугам или по смешанной системе. Если он рассчитывается на основании подушевой оплаты или как фиксированный платёж, то сумму, подлежащую к выплате больничной кассой, можно более-менее точно определить заранее. Однако при расчёте по отдельным услугам сумма, подлежащая к выплате, может превзойти рассчитанную вследствие неожиданного увеличения количества отдельно взятых услуг. Больничные кассы и ассоциации врачей больничных касс обязаны, тем не менее, соблюдать принцип стабильности тарифов страховых взносов. По этой причине партнёры по общему договору могут предусмотреть лимитирование квартального или годового фонда врачебных гонораров.

фонд врачебных гонораров

→ нормативы распределения врачебных гонораров

→ оплата амбулаторных врачебных услуг

### **листок нетрудоспособности**

#### **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Krankenschein sickness certificate (certification), insurance cheque**

Документ, удостоверяющий законстатированную врачом утрату трудоспособности (чаще всего, временную) вследствие заболевания, травмы итп. Является основанием для выплаты пособия по болезни. Это пособие выплачивает сначала работодатель, затем - больничная касса.

### **максимальный уровень дохода, подлежащий обложению страховыми взносами (в системе законодательно установленного страхования на случай болезни)**

#### **Beitragsbemessungsgrenze**

#### **income (assessment) limit, assessment of contribution**

Законодательно зафиксированный максимальный уровень дохода застрахованного (без вычетов), на основании которого исчисляются взносы в системе страхования на случай болезни, установленного законом. Сумма, на которую доход превышает этот уровень, не учитывается при определении размера взносов.

Этот максимальный уровень дохода является одновременно и «границей страховой обязанности»: лица с более высоким уровнем дохода могут приобрести всеобъемлющую страховую защиту на случай болезни у частного страховщика или же остаться застрахованными в системе, установленной законом, в качестве добровольных членов.

→ взнос, тариф страхового взноса

### **Managed Care**

Стратегия, разработанная в США в 80-х годах.

Комплекс целенаправленных научных, организационно-правовых и сервисных мероприятий для застрахованных в каждом отдельном случае болезни, позволяющих добиться экономии денежных средств больничных касс.

Типичные стратегии: интеграция страхования и оказания медицинских услуг, выбор производителей медицинских услуг, внедрение структуры первичной врачебной помощи и директив медицинского обслуживания, комплексная оплата услуг, система поощрения производителей услуг (врачей) за экономичные методы работы.

Health Maintenance Organizations (HMOs) являются типичными организациями Managed Care в США.

### **Medicaid**

Государственная программа медицинской помощи для малоимущих слоёв населения в США.

### **Medicare**

Государственная программа медицинского страхования в США для оказания медицинской помощи лицам старше 65 лет.

**медицинская служба больничных касс  
Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)**

**Medical Review Board of the Local Health Insurance Funds**

Консультативно-экспертная служба в системе законодательно установленного страхования на случай болезни. Её задачи - улучшение качества обслуживания застрахованных и предотвращение злоупотреблений страховыми услугами.

**медицинские учреждения при организациях страховщиков  
Eigeneinrichtungen**

**own health insurance medical facilities**

Медицинские учреждения при больничных кассах для обслуживания застрахованных: например, амбулатории, лечебно-диагностические центры, институты рентгенодиагностики, стоматологические клиники. Подобного рода учреждения при больничных кассах разрешаются лишь в том случае, если они были организованы до 1.1.1989. Расширение спектра их лечебно-диагностических услуг, как правило, не допускается.

**медицинское обслуживание**

**Krankenbehandlung**

**medical treatment**

Понятие из области законодательно установленного страхования на случай болезни (V часть кодекса социальных законов Германии - SGB V). Включает:

- врачебное обслуживание;
- стоматологическую помощь, в т.ч. протезирование зубов;
- обеспечение медикаментами, предметами гигиены и ухода, вспомогательными средствами;
- уход на дому;
- лечение;
- мероприятия по реабилитации.

Застрахованные имеют право на эти услуги, когда они необходимы с целью диагностики, лечения, для предотвращения прогрессирования заболевания или для смягчения недуга.

**меры по укреплению здоровья**

**Gesundheitsförderung**

**health promotion**

Комплекс мер по достижению более высокого уровня самоопределения человека в отношении здоровья и, следовательно, по укреплению здоровья (ВОЗ, Оттавская Хартия, 21.11.1986). Мероприятия и стратегические приёмы в этой сфере включают в себя изменение индивидуального поведения, содействие усилиям личности по укреплению здоровья, а также улучшение жизненных условий. Прежняя концепция - санитарное просвещение - направлена, прежде всего, на улучшение санитарно-гигиенической осведомлённости населения.

**модель покупательская**

**Einkaufsmodell**

**purchasing model**

Политический термин для характеристики модели, в которой больничные кассы напрямую и независимо заключают договора с отдельными врачами или их группами, без участия ассоциации врачей больничных касс. В этих договорах свободно определяются цены, услуги и стандарты качества.

## **модель социального страхования**

### **Sozialversicherungsmodell**

#### **model of social insurance, social insurance principle**

Модель, основанная на принципе солидарности. Служит для коллективной компенсации рисков (болезнь, старость, несчастный случай итп.) в сообществе застрахованных. В социальном страховании взнос исчисляется в соответствии с заработком застрахованных, тогда как в других моделях страхования - в соответствии с индивидуальным риском (пример - частное страхование на случай болезни в Германии, добровольное медицинское страхование в России).

→ компоненты системы социального страхования

→ принцип солидарности

## **надзор (государственный)**

### **Aufsicht**

#### **(state) supervision**

Правовой надзор, контроль соблюдения законности, действующий, в частности, и в системе страхования на случай болезни. Устанавливается нормативными актами государственной власти и прочими правовыми документами, определяющими действия ответственных лиц и ассоциаций. Служит для защиты прав застрахованных и ассоциаций, а также для обеспечения функционирования органов государственного управления. Необходимость правового надзора обусловлена важностью социальных функций, выполняемых системой социального страхования.

## **неадекватная загруженность больничных коек**

### **Fehlbelegung (im Krankenhaus)**

#### **incorrect assignment (misoccupation) of hospital beds**

Это понятие используется в Германии для характеристики случаев неоправданной госпитализации, когда госпитализированному пациенту не требуется (или уже не требуется) стационарное лечение. Например, если

- стационарные медицинские услуги могли бы быть оказаны в амбулаторных условиях;
- пациент задерживается в стационаре дольше, чем необходимо;
- пациент с несложным заболеванием получает лечение в высокоспециализированной клинике.

В ходе экспериментальных проектов медицинская служба больничных касс проверяет продолжительность госпитализации на предмет неадекватной загруженности больничных коек.

→ продолжительность госпитализации

→ медицинская служба больничных касс

## **неденежные («натуральные») услуги**

### **Sachleistungen**

#### **benefits in kind**

Услуги в системе социального страхования: в случае болезни застрахованные получают все необходимые медицинские услуги без предварительной оплаты за них.

→ принцип неденежных услуг

**нетрудоспособность****Arbeitsunfähigkeit****unfitness for work, inability to work**

Законстатированная врачом утрата трудоспособности (чаще всего, временная) вследствие заболевания, травмы итп.

**нормативы распределения врачебных гонораров****Honorarverteilungsmaßstab (HVM)****distribution of remuneration**

Нормативы, установленные ассоциацией врачей больничных касс, согласно которым производится распределение из фонда врачебных гонораров. Врачи больничных касс получают гонорары в соответствии с видом и объёмом оказанных медицинских услуг.

→ фонд врачебных гонораров

**обеспечение качества (медицинских) услуг****Qualitätssicherung der Leistungserbringung****quality assurance of services**

Преследует цель, гарантировать и реализовать максимально достижимое качество врачебных услуг. Услуги должны соответствовать критериям целесообразности, достаточности и экономичности. Они должны оказываться с учётом уровня развития медицины, действующих стандартов и ограниченных финансовых средств.

**обеспеченность врачебными кадрами****Arztdichte****(doctors) medical service density**

Соотношение числа врачей, участвующих в медицинском обслуживании в системе законодательно установленного страхования на случай болезни, к численности населения. Этот индикатор даёт представление об охвате населения в определённом регионе врачебными службами, а также о том, имеется ли дальнейшая потребность во врачебных кадрах.

→ допуск к врачебной практике

**обмен носителями информации****Datenträgeraustausch****(electronic) data exchange**

Обмен информацией между производителями медицинских услуг и больничными кассами, осуществляемый для расчёта и аудита.

**обследование, медицинское****Untersuchung, medizinische****medical examination**

Комплекс целенаправленных исследований, проводимых для выявления индивидуальных особенностей человека, установления диагноза болезни, подбора рационального лечения, наблюдения за течением заболевания, а также определения прогноза и перспективы выздоровления.

**общие расходы больничных касс в системе законодательно установленного страхования на случай болезни**

**Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen  
total expenditure under the SHI-system<sup>31</sup>**

Расходы больничных касс распределяются следующим образом:

- на стационарное лечение;
- на амбулаторное лечение;
- на медикаменты;
- на стоматологическое лечение и протезирование зубов;
- на лечебные и вспомогательные средства;
- на пособия по болезни;
- на реабилитацию;
- административные расходы больничных касс;
- прочие расходы.

**объединение врачей больничных касс для амбулаторного и стационарного обслуживания пациентов**

**Praxisklinik  
practice clinic**

Форма сотрудничества врачей. Несколько врачей больничных касс объединяются для амбулаторного и стационарного обслуживания пациентов.

**объём стационарных медицинских услуг**

**Leistungsumfang eines Krankenhauses  
scale of hospital services**

Характеризуется с позиций вида, количества и качества оказанных услуг.

**операция амбулаторная**

**ambulantes Operieren  
surgery to outpatients**

Оперативное вмешательство в условиях частной практики, а не в стационаре. Пациент направляется домой в этот же день после оперативного вмешательства.

**оплата амбулаторных врачебных услуг**

**Vergütung ärztlicher Leistungen (im ambulanten Bereich)  
remuneration for medical services**

Оплата амбулаторных врачебных услуг производится из фонда врачебных гонораров. Денежные средства этого фонда выделяются больничными кассами. Они поступают в распоряжение ассоциации врачей больничных касс в качестве оплаты за всё медицинское обслуживание в системе законодательно установленного страхования на случай болезни. Выплаты производятся согласно нормативам распределения врачебных гонораров. Общий объём денежных средств фонда врачебных гонораров может исчисляться как общая (паушальная) сумма, по отдельно взятым услугам или по смешанной системе.

- нормативы распределения врачебных гонораров
- фонд врачебных гонораров
- способ оплаты медицинской помощи по отдельным услугам
- система подушевой оплаты

---

<sup>31</sup> SHI: Statutory Health Insurance

## **оплата услуг за отдельный случай лечения**

### **Fallpauschalsystem**

#### **number of cases system**

Форма оплаты медицинских услуг. В амбулаторной сети это общая (паушальная) сумма без выделения отдельных составляющих, выплачиваемая за все врачебные услуги по лечению одного случая заболевания. При этой системе оплаты больничные кассы берут на себя риск повышения заболеваемости застрахованных и все финансовые риски вследствие изменения численности и состава застрахованных, тогда как врачи – риски, связанные с большими или меньшими затратами ресурсов на лечение одного случая заболевания.

В стационарной сети общими (паушальными) суммами оплачиваются услуги по лечению отдельно взятых, чётко разграниченных случаев. Сюда относятся общие стационарные услуги - включая пребывание пациента в палате, питание, до- и послестационарное лечение отдельно взятого случая (например, операция аппендэктомии).

→ заболеваемость, частота заболеваний

→ диагностически связанные группы

## **основное содержание общих договоров**

### **allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge**

#### **subject matter of overall contract**

Общие договоры регулируют медицинское обслуживание застрахованных в системе законодательно установленного страхования на случай болезни, оплату врачебных услуг, а также порядок проведения аудиторских проверок.

→ договор общий

## **основные услуги стационарного медицинского учреждения**

### **allgemeine Krankenhausleistungen**

#### **general hospital benefits**

Услуги по лечению и уходу в стационаре, а также обеспечение медикаментами и предметами ухода, размещение пациентов в палате и питание во время госпитализации.

## **ответственность**

### **Haftung**

#### **doctors or hospital's liability**

Каждый врач обязан в процессе лечения действовать добросовестно и квалифицированно. Кроме того, врач обязан предоставить пациенту своевременную и подробную информацию обо всех деталях лечения, особенно о хирургическом вмешательстве (цель, ход, риск и прогноз операции). Операция, равно как и любой другой вид лечения, допустима только с согласия пациента. Врач также обязан документировать весь процесс лечения. Недобросовестные действия врача, неисполнение обязанностей разъяснительной работы приводят к ошибкам в лечении и причинению вреда здоровью пациента, за что врач несёт гражданскую и уголовно-правовую ответственность. Подобного рода ответственность распространяется и на стационарное медицинское учреждение. Стационар ответственности не несёт, если удастся доказать, что выполнены все обязанности по инструктажу, контролю и отбору персонала. По мнению большинства правоведов между врачом и пациентом не существует договора о лечении, носящего частноправовой характер. Тем не менее, в случае причинения вреда здоровью пациента, врач несёт ответственность согласно

Гражданскому кодексу. Если пациент считает, что в процессе лечения ему был причинён вред, он может предъявить иск лечащему врачу с требованием о возмещении ущерба.

### **открытие частной врачебной практики (свобода выбора местности)**

#### **Niederlassungsfreiheit**

#### **freedom of establishment**

Каждый врач (в т.ч. врач-стоматолог) имеет право открыть свою частную практику в любой избранной им местности. Это право действительно в равной степени для всех врачей из стран-членов Европейского Союза (европейское право, директива 75/362/EWG). В Германии для этого дополнительно требуется допуск от ассоциации врачей больничных касс (или ассоциации врачей-стоматологов).

### **отчисления на социальное страхование**

#### **Sozialversicherungsbeitrag**

#### **social insurance contribution, social insurance premium**

Система социального страхования в Германии включает в себя:

- страхование на случай болезни;
- страхование от несчастных случаев;
- страхование на случай безработицы;
- пенсионное страхование;
- страхование на случай потребности в постоянном уходе.

В каждом секторе системы социального страхования застрахованные (рабочие и служащие) и работодатели выплачивают соответственно по 50% суммы взносов, установленной больничными кассами, а также Законами о страховании на случай безработицы, пенсионном страховании и страховании на случай потребности в постоянном уходе. Исключением является страхование от несчастных случаев, где взнос за рабочих и служащих выплачивает только работодатель. Совокупность всех этих взносов составляет отчисления на социальное страхование.

### **перечень (каталог) услуг**

#### **Leistungskatalog**

#### **benefit package, catalogue of benefits**

Чётко определённый в социальном законодательстве объём медицинских услуг, на которые имеют право застрахованные в системе законодательно установленного страхования на случай болезни.

→ услуга

### **план лечения и смета расходов (в стоматологическом обслуживании)**

#### **Heil- und Kostenplan**

#### **dental curing (treatment) and charges scheme**

План обоснованных лечебных мероприятий и смета связанных с ними ожидаемых расходов. Составляются врачом-стоматологом на специальных бланках. Необходимы при оказании услуг по протезированию зубов, челюстной ортопедии, а также при пародонтозе. Этот план должен быть утверждён больничной кассой до начала лечения.

### **планирование ресурсов амбулаторной помощи**

#### **Bedarfsplanung, ambulante**

#### **need-related out-patient planning, SHI<sup>32</sup>-physician planning**

Инструмент для обеспечения амбулаторного медицинского обслуживания в соответствии с потребностями населения. Ассоциации врачей больничных касс совместно с объединениями больничных касс обязаны разрабатывать этот план для обеспечения медицинского обслуживания, отвечающего потребностям населения. Для расчёта потребностей определяется соотношение численности населения к числу врачей каждой специальности.

→ допуск к врачебной практике

→ обеспеченность врачебными кадрами

### **планирование ресурсов стационарной помощи**

#### **Krankenhausbedarfsplan**

#### **need-related hospital planning**

Определение потребности в стационарных медицинских услугах - т.е., количества стационарных медицинских учреждений и больничных коек, необходимых для полноценного медицинского обслуживания населения определённой территории. В Германии это планирование относится к ведению федеральных земель. Они определяют местоположение и перспективы развития стационарных служб здравоохранения. При наличии потребности в стационарных службах больницы, отвечающие требованиям эффективности и экономичности, включаются в план федеральных земель. Тем самым они автоматически получают допуск к стационарному обслуживанию населения и расчёту с больничными кассами. Больничные кассы могут заключать договора только с такими стационарами.

### **планирование финансовое в стационарном медицинском учреждении**

#### **Krankenhausplanung**

#### **hospital planning**

Годовой финансово-хозяйственный план отдельного стационара, учитывающий все поступления и расходы. Это понятие не следует смешивать с планированием ресурсов стационарной помощи.

### **плательщик**

#### **Kostenträger**

#### **purchaser, third-party payer, payer**

Общее понятие для всех учреждений, берущих на себя расходы по медицинскому обслуживанию населения - например, больничные кассы.

С экономической точки зрения стационар рассматривает пациента как плательщика.

### **повышение врачебной квалификации и последипломное образование (специализация)**

#### **ärztliche Fortbildung und Weiterbildung**

#### **postgraduate (medical) training, continuing medical education**

Повышение квалификации: углубление и расширение врачебных знаний и навыков, приобретённых в процессе обучения, при работе по специальности в определённой области.

---

<sup>32</sup> SHI: Statutory Health Insurance

Последипломное образование (специализация): все мероприятия по обучению врачей после "апробации" с целью признания статуса врача-специалиста. Продолжительность специализации - до 6 лет. Проходить специализацию разрешается только у врачей и в стационарах, имеющих полномочия на этот вид деятельности.

Ответственность за мероприятия по специализации и повышению квалификации возложена на Врачебные палаты.

### **политика расходов больничных касс, ориентированная на доход einnahmeorientierte Ausgabenpolitik der Krankenkassen revenue-based expenditure policy**

Для исчисления страховых взносов процентная ставка, утверждённая уставами больничных касс, умножается на доход застрахованного (без вычетов), подлежащий обложению страховыми взносами. Согласно социальному законодательству Германии рабочие и служащие, а также работодатели платят в больничную кассу соответственно по 50% суммы взноса, рассчитанного по этому принципу. Эти взносы являются главным источником доходов больничных касс. Больничные кассы обязаны, тем не менее, соблюдать принцип стабильности тарифов страховых взносов, т.е., проводить политику расходов, ориентированную на денежные поступления. Основная экономическая цель заключается в том, чтобы избежать увеличения размеров страховых взносов и, тем самым, дополнительного финансового обременения застрахованных и работодателей. Однако, данный принцип допускает увеличение страховых взносов, если иначе невозможно обеспечить необходимое медицинское обслуживание даже при полном использовании всех хозяйственных резервов.

→ взнос, тариф страхового взноса

→ принцип стабильности тарифов страховых взносов

### **порядок оплаты стационарных медицинских услуг Krankenhausentgeltverfahren procedure of hospital reimbursement**

Метод оплаты медицинских услуг, оказываемых в условиях стационара.

### **посещение (больного) на дому**

#### **Hausbesuch**

#### **doctor's home visit**

Осмотр больного врачом на дому.

### **пособие по болезни**

#### **Krankengeld**

#### **sick pay**

Услуга в денежной форме, оказываемая члену больничной кассы (в системе законодательно установленного страхования на случай болезни) при его нетрудоспособности вследствие заболевания или травмы. Выплачивается больничной кассой в качестве компенсации заработка, если работник на время нетрудоспособности не получает заработной платы от работодателя. Размер пособия по болезни составляет 80% величины постоянного заработка. В случае нетрудоспособности вследствие одного и того же заболевания пособие по болезни выплачивается максимально 78 недель в течение 3 лет.

**потребитель (медицинских) услуг**  
**Leistungsempfänger**  
**recipient of benefit**

Лицо, которое получает медицинские услуги - в неденежной или в денежной форме (например, пособие по болезни).

**потребность в лечении**  
**Behandlungsbedürftigkeit**  
**need for medical treatment**

Является условием для оказания медицинской помощи. Потребность в лечении существует в случае болезненного состояния организма или душевной сферы, законстатированного врачом.

**потребность в медицинских услугах**  
**Leistungsbedarf**  
**need-related benefit**

Ассоциации врачей больничных касс (в т.ч. ассоциации врачей-стоматологов) обязаны обеспечить медицинскую помощь застрахованным (включая неотложную помощь) согласно уставу и закону - в любое время, повсеместно, в необходимом объеме, в соответствии с критериями качества и экономичности. Ассоциации врачей больничных касс (в т.ч. ассоциации врачей-стоматологов) обязаны, кроме того, планировать совместно с больничными кассами медицинское обеспечение, отвечающее потребностям населения. Для расчёта потребностей определяется соотношение численности населения и числа врачей каждой специальности, допущенных к медицинскому обслуживанию в системе законодательно установленного страхования на случай болезни.

- обеспеченность врачебными кадрами
- планирование ресурсов амбулаторной и стационарной помощи
- допуск к врачебной практике

**правила врачебного искусства**  
**Regeln der ärztlichen Kunst**  
**rules of the art of medical science**

Описывают в комплексе врачебную работу: целесообразную и надлежащую профилактику болезней, раннюю диагностику, излечение или смягчение недугов. Правила врачебного искусства изменяются по мере прогресса медицинской науки, совершенствования медицинской техники, в соответствии с растущими потребностями пациентов и экономическими возможностями.

**право выбора больничной кассы**  
**Krankenkassen-Wahlrecht**  
**open enrolment in health insurance**

С 1 января 1996 года все застрахованные в Германии могут свободно выбирать больничную кассу в системе законодательно установленного страхования на случай болезни. Это право выбора не распространяется на «совместно застрахованных» неработающих членов семьи. За них решение о выборе принимает член больничной кассы. Сделав выбор в пользу какой-либо больничной кассы, застрахованные должны оставаться в ней как минимум в течение года. Чтобы сменить больничную кассу застрахованным необходимо расторгнуть договор в законодательно установленный срок.

Условия для более ранней смены больничной кассы регламентированы законодательством. Например, повышение больничной кассой страховых взносов или смена работодателя.

Застрахованный может выбирать между:

- местными больничными кассами (АОК по месту работы или жительства);
- любыми эрзатц-кассами;
- заводскими (производственными) больничными кассами (ВКК) и больничными кассами корпораций ремесленников (ИКК), к которым относится лицо, имеющее право выбора;
- любыми открытыми ВКК или ИКК.

### **право на получение медицинских услуг**

#### **Leistungsanspruch**

#### **claim for treatment, entitlement to benefit**

Данное право следует из принадлежности к кругу застрахованных в системе законодательно установленного страхования на случай болезни. Услуги предоставляются по медицинским показаниям, законстатированным врачом. Они должны удовлетворять критериям целесообразности, достаточности и экономичности.

### **практика групповая**

#### **Gruppenpraxis**

#### **joint practice**

Общее понятие для всех форм совместной амбулаторной работы двух или нескольких врачей. К этим формам относятся:

- практика объединённая;
- практика общая (совместная).

В первом случае несколько врачей совместно используют общие помещения, а также ведут совместный расчёт через ассоциацию врачей больничных касс. Во втором случае помещения используются совместно, а вся расчётная документация ведётся отдельно.

### **практика индивидуальная**

#### **Einzelpraxis als Form der Niederlassung**

#### **individual practice**

В Германии - занятие врачебной или психотерапевтической деятельностью в отдельной обособленной практике. Частнопрактикующий врач или психотерапевт является в этом случае самостоятельным предпринимателем.

### **практика объединённая**

#### **Gemeinschaftspraxis als Form der Niederlassung**

#### **group practice**

Форма сотрудничества врачей (а также врачей-стоматологов): хозяйственное и организационное объединение двух или нескольких врачей для совместной работы по медицинскому обслуживанию застрахованных в общих помещениях. При осуществлении расчётов через ассоциацию врачей больничных касс (или ассоциацию врачей-стоматологов) объединённая практика рассматривается как хозяйственная единица. Для такой практики необходимо разрешение комиссии по допуску при ассоциации врачей больничных касс (или ассоциации врачей-стоматологов). Пациент, в принципе, не может претендовать на медицинское обслуживание у какого-то определённого врача объединённой практики.

Это понятие не следует смешивать с другой формой сотрудничества врачей (или врачей-стоматологов) - практикой общей (practice sharing). В этих случаях самостоятельно работающие врачи используют общие помещения и оборудование, отдельно ведут дела в своей практике и самостоятельно рассчитываются с ассоциацией врачей больничных касс. В противоположность практике объединённой, здесь не требуется разрешения комиссии по допуску при ассоциации врачей больничных касс (или ассоциации врачей-стоматологов), а также больничных касс. Об общей практике необходимо лишь сообщить ассоциации врачей больничных касс (или ассоциации врачей-стоматологов).

### **предотвратимые случаи смерти**

#### **vermeidbare Todesfälle**

#### **avoidable death cases**

Случаи смерти вследствие определённых заболеваний в отдельных возрастных группах, которые можно было бы предотвратить при своевременном и адекватном лечении.

### **предупреждение заболеваний**

#### **Krankheitsverhütung**

#### **prevention of illness**

Профилактические мероприятия (услуги), нацеленные на предотвращение или отсрочку наступления заболеваний:

- разъяснительная и консультативная работа по предупреждению заболеваний;
- укрепление здоровья;
- профилактические обследования (в т.ч. у врача-стоматолога);
- охрана материнства;
- профилактика (первичная и вторичная).

### **принцип возмещения расходов**

#### **Kostenerstattungsprinzip**

#### **cost reimbursement principle**

Структурный принцип частного страхования на случай болезни. Застрахованные должны оплачивать все расходы по лечению, а страховщик, в соответствии с условиями страхования, возмещает произведённые платежи полностью или частично по предоставлении счёта от врача. В системе законодательно установленного страхования на случай болезни возмещение расходов допускается в порядке исключения в определённых случаях: например, добровольно застрахованные, а также члены их семей могут избрать возмещение расходов. В этом случае компенсируется только определённая сумма, которая была бы затрачена при оказании соответствующей неденежной услуги. Помимо этого надлежит выплачивать административный задаток.

→ принцип неденежных услуг

### **принцип неденежных услуг**

#### **Sachleistungsprinzip**

#### **principle of benefits in kind**

Структурный принцип в законодательно установленном страховании на случай болезни в Германии. В соответствии с данным принципом больничные кассы обязаны предоставлять застрахованным в случае болезни необходимые

медицинские услуги. Со стороны пациентов не требуется предварительной оплаты за эти услуги. Застрахованные приобретают право на них, выплачивая страховые взносы. Т.н. принцип неденежных услуг обязывает больничные кассы обеспечить медицинское обслуживание, соответствующее критериям достаточности, целесообразности, экономичности, а также с учётом современных медицинских технологий. Для этого больничные кассы заключают договора с производителями медицинских услуг. В законодательно установленном страховании на случай болезни нет прямых договорных отношений между врачом и пациентом, на основании которых существовало бы право врача на оплату услуг. По этой причине врач может выдвинуть свои права на оплату услуг только по отношению к больничной кассе.

→ принцип возмещения расходов

→ неденежные ("натуральные") услуги

### **принцип покрытия издержек**

#### **Kostendeckungsprinzip**

#### **cost covering principle**

Принцип финансирования, согласно которому производитель услуг имеет право на возмещение всех издержек, связанных с оказанием услуг. В законодательно установленном страховании на случай болезни эти издержки возмещает больничная касса.

### **принцип солидарности**

#### **Solidarprinzip**

#### **principle of solidarity**

Модель социального страхования основана на принципе солидарности и служит для компенсации рисков (болезнь, старость и несчастный случай) сообществом застрахованных. Страховой взнос исчисляется в соответствии с заработком застрахованных, тогда как в других моделях страхования - в соответствии с индивидуальным риском (пример - частное страхование на случай болезни). Согласно принципу солидарности, услуги оказываются всем застрахованным независимо от величины страхового взноса.

→ модель социального страхования

### **принцип стабильности тарифов страховых взносов**

#### **Grundsatz der Beitragssatzstabilität**

#### **contribution rate stability**

Выражает, в первую очередь, экономическую цель: избежать увеличения размеров страховых взносов и, тем самым, дополнительного финансового обременения застрахованных и работодателей. Однако, данный принцип допускает увеличение страховых взносов, если иначе невозможно обеспечить необходимое медицинское обслуживание даже при полном использовании хозяйственных резервов.

→ политика расходов больничных касс, ориентированная на доход

### **принцип эквивалентности**

#### **Äquivalenzprinzip**

#### **principle of equivalence**

Принцип исчисления страхового взноса в системе частного страхования на случай болезни (в России - добровольного медицинского страхования): расчёт премии по страховому полису в соответствии с индивидуальным риском

застрахованного (предшествующие заболевания, острые заболевания, возраст, пол). В системе законодательно установленного страхования на случай болезни (обязательного медицинского страхования в России) действует противоположный принцип:

→ принцип солидарности

### **продолжительность госпитализации**

**Krankenhausverweildauer**

**length of stay, period of hospitalization**

Период стационарного лечения от поступления до дня выписки. Продолжительность госпитализации контролируется медицинской службой больничных касс в рамках проектов.

→ неадекватная загруженность больничных коек

→ медицинская служба больничных касс

### **продолжительность жизни ожидаемая**

**Lebenserwartung**

**life expectancy**

Итог статистической оценки вероятностной продолжительности жизни представителей определённой возрастной группы. Имеет значение для заключения о состоянии здоровья популяции в целом. Ожидаемая продолжительность жизни (и в этой связи возраст) играет важную роль для определения страхового риска, а следовательно, и суммы страхового взноса в системе частного страхования на случай болезни (или добровольного медицинского страхования в России). В законодательно установленном страховании на случай болезни значения не имеет, т.к. величина страхового взноса определяется уровнем дохода.

### **продуктивность**

**Produktivität**

**productivity**

Соотношение затрат и прибыли (результата).

### **производитель медицинских услуг**

**Leistungserbringer, Leistungsträger**

**health care provider**

Группы юридических лиц, с которыми больничные кассы заключают договора о медицинском обслуживании застрахованных: врачи больничных касс (в т.ч. врачи-стоматологи), психотерапевты, стационары, аптеки, предприятия-изготовители лечебных и вспомогательных средств, а также учреждения, предоставляющие услуги по уходу на дому, службы скорой помощи и санитарного транспорта. Договоры заключаются для предоставления застрахованным медицинских услуг в соответствии с принципом неденежных (натуральных) выплат. Все производители медицинских услуг обязаны соблюдать принцип экономичности, требования качества и гуманности.

→ принцип неденежных услуг

### **профессиональный кодекс**

#### **Berufsordnung**

#### **professional code**

Регламентирует исполнение профессиональных обязанностей и профессиональный долг различных специалистов в сфере здравоохранения. Врачебный кодекс устанавливается Врачебными палатами федеральных земель.

Он регулирует:

- дежурства по неотложной помощи;
- неразглашение врачебной тайны;
- формы сотрудничества врачей;
- допустимые виды рекламы;
- обязанности по отношению к пациентам и т.д.

### **профилактика**

#### **Prävention**

#### **prevention**

Профилактические мероприятия (услуги), нацеленные на предотвращение или отсрочку наступления заболеваний, а также на смягчение последствий недуга.

Различают следующие виды профилактики:

- первичная профилактика - сохранение здоровья (используется также термин "меры по укреплению здоровья");
- вторичная профилактика (ранняя диагностика и терапия уже наступивших, но ещё бессимптомных болезней, например, обследования на предмет ранней диагностики рака);
- третичная профилактика (предотвращение или смягчение рецидивов и последствий наступивших заболеваний)

Понятие "профилактика" часто употребляют в значении "предупреждения заболеваний", хотя их и не следует смешивать. Предупреждение заболеваний - это только одна из разновидностей профилактики, направленная на предотвращение наступления заболеваний (в первую очередь у здоровых людей).

Деление профилактики на первичную, вторичную и третичную является на практике условным.

→ меры по укреплению здоровья

→ предупреждение заболеваний

→ реабилитация

### **распространённость**

#### **Prävalenz**

#### **prevalence**

Показатель для количественной характеристики случаев определённых заболеваний или факторов риска в определённой популяции в известный момент времени или за установленный период. Используется для анализа издержек в экономике здравоохранения.

### **расходы (издержки)**

#### **Kosten**

#### **costs**

В системе страхования на случай болезни: совокупность всех затрат на медицинские услуги, а также расходы на содержание персонала, хозяйственные расходы и капиталовложения.

**расходы в связи с заболеваниями****Krankheitskosten****costs of medical treatment (of sickness)**

Прямые и косвенные издержки, возникающие в связи с заболеваниями или случаями смерти.

**расходы на содержание практики****Praxiskosten****costs of practice**

В это понятие входят все издержки, возникающие в связи с выполнением врачебной работы в условиях частной практики, без чёткого подразделения на отдельные виды услуг.

Сюда относятся затраты на аренду помещений, коммунальные услуги, оплата труда персонала, амортизация оборудования и аппаратуры, издержки на инструментарий и малые устройства, на приобретение литературы и мероприятия по повышению квалификации, на канцелярские принадлежности, средства обработки и стерилизации, а также на рентгеновскую плёнку, радионуклиды, тестовые материалы для лабораторных исследований, телефон, почтовые сборы итп.

**расходы на стационарное медицинское обслуживание****Kosten der Krankenhausversorgung****costs of hospital treatment**

Все текущие расходы на мероприятия по лечению, размещению и уходу за пациентами в стационаре, а также по родовспоможению.

**расчёт****Abrechnung****billing**

Врачи (в т.ч. врачи-стоматологи), практикующие в системе законодательно установленного страхования на случай болезни, обязаны представлять расчёты за оказанные услуги с указанием следующих данных:

- дата оказания услуг;
- диагноз;
- данные осмотра.

**реабилитация****Rehabilitation****post-hospital rehabilitation**

Является непосредственным продолжением лечения, полученного в больнице скорой помощи. Понятие для обозначения комплекса медицинских, социальных и прочих услуг, направленных на то, чтобы дать возможность больному снова активно участвовать в профессиональной, общественной и личной жизни. Для работающих граждан эти услуги, как правило, относятся к компетенции пенсионного страхования.

**руководитель администрации****Geschäftsführer (Verwaltungsdirektor, Verwaltungsleiter)****general manager, managing director**

Лицо, на которое возложена ответственность по организационному и финансовому руководству медицинским учреждением.

**самолечение (медикаментозное)****Selbstmedikation****self-medication**

Самостоятельное - без консультации врача - применение лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта.

**самоуправление****Selbstverwaltung****self-administration**

Самостоятельность корпораций публичного права в управлении собственными делами (посредством органов самоуправления). Корпорации публичного права действуют не на основании "спускаемых сверху" государственных директив; тем не менее, на них распространяется государственный надзор за соблюдением законности управления. С 1996 года при каждой больничной кассе существует правление, которое назначает штатного председателя. Правление принимает все основополагающие решения, утверждает устав и устанавливает тарифы страховых взносов. Больничные кассы подчиняются земельному и федеральному надзору. Врачебное самоуправление осуществляется через Врачебные палаты (в т.ч. Палаты врачей-стоматологов), а также - для врачей, практикующих в системе законодательно установленного страхования на случай болезни - через ассоциации врачей больничных касс (в т.ч. ассоциации врачей-стоматологов). Организация врачебного самоуправления имеет структуры и задачи, аналогичные самоуправлению больничных касс.

**свободный выбор врача****freie Arztwahl****free choice of doctors**

Право застрахованного в больничной кассе на свободный выбор среди всех врачей, обеспечивающих медицинское обслуживание в системе законодательно установленного страхования на случай болезни.

**сестра медицинская / медицинский брат****Krankenschwester****nurse**

По окончании соответствующего профессионального обучения медицинская сестра (медицинский брат) осуществляет уход за больными в стационарах, домах престарелых и инвалидов, а также на дому у пациентов.

**система первичной врачебной помощи****Primärarztsystem****general physician system**

Система оказания медицинской помощи, в которой пациент обязан установить контакт с врачом первичного звена всей цепочки медицинского обслуживания. Первичный врач как gate-keeper ("привратник") организует доступ к специализированному и стационарному обслуживанию. В большинстве случаев функции "привратника" осуществляются врачом общей практики. В Германии такая система опробуется лишь в нескольких проектах.

**система подушевой оплаты**  
**Kopfpauschalsystem**  
**capitation fee**

Система оплаты услуг врачей в законодательно установленном страховании на случай болезни. Подушевая оплата представляет собой денежное вознаграждение, выделяемое больничными кассами за все врачебные услуги застрахованным в течение определённого периода (за каждого пациента). Вид и объём фактически оказанных услуг на сумму денежного вознаграждения не влияют. Общий объём денежных средств фонда врачебных гонораров исчисляется при этой системе оплаты умножением численности застрахованных в больничной кассе на подушевую денежную сумму (в немецких марках).

При этой системе оплаты врачи берут на себя риск заболеваемости застрахованных, а больничные кассы - риск увеличения численности застрахованных.

→ способ оплаты медицинской помощи по отдельным услугам

**система «прибыль-убыток»**  
**Bonus-Malus-System**  
**merit pricing system**

Соглашения о позитивных (Bonus) и негативных (Malus) финансовых стимулах, например, между больничными кассами и производителями медицинских услуг (или между больничными кассами и застрахованными).

**Служба здоровья национальная**  
**Gesundheitsdienst, Nationaler**  
**National Health Service (NHS, UK)**

Государственная система здравоохранения в Великобритании, охватывающая всё население страны. Базируется, главным образом, на государственных службах. Финансируется из налогов.

**служба неотложной помощи**  
**Notfalldienst**  
**emergency service**

Врачебные дежурства по неотложной помощи служат для обеспечения амбулаторного лечения пациентов помимо обычных приёмных часов. Эта служба является составной частью гарантий обеспечения медицинской помощи застрахованным, принятых ассоциацией врачей больничных касс. Поэтому каждый врач больничной кассы (в т.ч. врач-стоматолог) обязан принимать в ней участие. Организация службы неотложной помощи - задача ассоциаций врачей больничных касс.

→ служба скорой помощи

**служба скорой помощи**  
**Rettungsdienst**  
**rescue service**

В отличие от службы неотложной помощи, существует служба скорой помощи, которая обеспечивает мероприятия по спасению жизни пострадавших, а также транспортировку больных и раненых в стационары для дальнейшего лечения. Бригадами руководят, как правило, врачи со специальной подготовкой. Службы скорой помощи относятся к компетенции федеральных земель (планирование и допуск к работе). Больничные кассы берут на себя расходы по оплате услуг скорой помощи и транспорта.

→ служба неотложной помощи

### **случай заболевания**

#### **Krankheitsfall**

#### **sickness case**

Случай лечения при заболевании, не ограниченный жёсткими временными рамками.

### **совместно застрахованный**

#### **mitversichert (familienversichert)**

#### **co-insured**

Лицо, освобождённое от уплаты страховых взносов, но имеющее право на получение страховых услуг больничных касс, т.к. является членом семьи лица, выплачивающего страховые взносы. К категории совместно застрахованных относятся супруги, не имеющие собственного дохода, а также дети, которые находятся ещё на стадии обучения.

→ застрахованные в системе законодательно установленного страхования на случай болезни

→ член больничной кассы (в системе законодательно установленного страхования на случай болезни)

### **согласие больничной кассы на оплату расходов по стационарному лечению**

#### **Kostenübernahmeerklärung (Kostenzusage) zur Krankenhausbehandlung**

#### **cost reimbursement agreement for medical treatment in hospital**

При наличии медицинских показаний пациент обычно получает направление на стационарное лечение от своего лечащего амбулаторного врача. Это направление должно быть, как правило, предварительно - т.е. до начала госпитализации - заверено больничной кассой.

→ госпитализация

→ госпитализация без направления

### **Согласованные действия в здравоохранении**

#### **Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG)**

#### **Concerted Action in Health Care**

Совместная разработка медицинских и экономических направлений деятельности, а также предложений по повышению эффективности и экономичности в здравоохранении представителями всех групп специалистов, принимающих участие в медицинском обслуживании населения. Важную роль здесь играет принцип стабильности тарифов страховых взносов. Совместные действия в здравоохранении учреждены в Германии в 1977 году в силу закона. Научная поддержка обеспечивается советом экспертов.

### **социальная помощь**

#### **Sozialhilfe**

#### **welfare benefit**

Государственная система благотворительной помощи, регулируемая федеральным законом о социальной помощи (BSHG). Предоставляется пособие на пропитание, если человек сам не в состоянии обеспечить удовлетворение жизненно важных потребностей и не может получить поддержку со стороны и, кроме того, помощь при особых жизненных обстоятельствах.

**социальное обеспечение**  
**soziale Sicherung**  
**social security**

Законодательно закреплённая система, учреждённая в XIX веке, в рамках которой обеспечивается защита населения при наступлении значительных жизненных рисков. Эти функции берёт на себя государство или уполномоченные законом страховщики. К рискам относятся: бедность, старость, заболевания, несчастный случай на производстве, безработица, профессиональная непригодность, потребность в уходе.

- компоненты системы социального страхования
- отчисления на социальное страхование

**специализированные стационары**  
**Sonderkrankenhäuser**  
**special hospitals**

Больницы, которые принимают пациентов, как правило, только с определёнными заболеваниями (онкологическими, психиатрическими, туберкулёз, СПИД и т.п.). Госпитализация осуществляется при условии предварительной регистрации и направления лечащего врача, заверенного соответствующей больничной кассой.

**список красный (фармацевтический)**  
**Rote Liste**  
**Red List**

Список лекарственных препаратов, ежегодно переиздаваемый союзом фармацевтической промышленности. Наряду с важнейшими фармацевтическими и фармакологическими сведениями о 95% готовых лекарственных средств содержит информацию об адресах фирм, ценах, а также указания по тактике в неотложных случаях.

**список негативный**  
**Negativliste**  
**(drug) negative list**

Список лекарственных препаратов, исключённых из каталога услуг больничных касс. Эти лекарственные препараты больничными кассами не оплачиваются.

**список позитивный**  
**Positivliste**  
**(drug) positive list**

Список лекарственных препаратов, подлежащих к оплате больничными кассами в системе законодательно установленного страхования на случай болезни. Не упомянутые в этом списке лекарства больничными кассами не оплачиваются.

**способ оплаты медицинской помощи по отдельным услугам**  
**Einzelleistungsvergütung**  
**fee for services**

Способ оплаты медицинской помощи по отдельным услугам, которые оказывает врач больничной кассы. Список медицинских услуг, подлежащих к оплате, содержится в общем перечне.

- единые нормативы исчисления врачебных гонораров

**средняя продолжительность госпитализации**  
**durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus**  
**average (mean) length of stay in hospital**

Средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре. Является показателем эффективности работы больницы. Во многих странах оплата стационарных медицинских услуг производится в соответствии с количеством койко-дней. Поэтому больницы пытаются зачастую чрезмерно затянуть сроки госпитализации. В Германии продолжительность госпитализации, а также загруженность больничных коек контролируется медицинской службой больничных касс в рамках проектов.

- неадекватная загруженность больничных коек
- медицинская служба больничных касс

**средства вспомогательные**  
**Hilfsmittel**  
**therapeutic appliance**

Предметы, которые замещают, облегчают или дополняют нарушенные функции организма: например, оптические устройства для улучшения зрения, слуховые аппараты, протезы, вспомогательные ортопедические средства, кресла-каталки. Указаны в перечне вспомогательных средств, назначаются врачом.

**средства лечебные**  
**Heilmittel**  
**remedy, physio rehabilitation**

В это понятие входят исключительно услуги, как-то: физиотерапия, лечебная физкультура, массаж, логотерапия (логопедия) и трудотерапия (эрготерапия) - т.е. то, что воздействует на организм преимущественно извне с целью излечения или смягчения недуга. Эти услуги оказываются только по назначению врача.

**стандартизованный коэффициент смертности**  
**Mortalitätsrate, standardisierte**  
**standardized mortality rate**

Отношение числа зафиксированных случаев смерти к числу ожидаемых случаев смерти в стандартизованной популяции.

**статус добровольно застрахованных в системе законодательно установленного страхования на случай болезни**  
**Mitgliedschaft, freiwillige, in der gesetzlichen Krankenversicherung**  
**voluntary membership (health insurance)**

Лица, на которых в силу закона не распространяется страховая обязанность, могут застраховаться в больничной кассе добровольно. Так, статус добровольно застрахованных могут приобрести лица, чей доход превышает "границу страховой обязанности". Как добровольно, так и в обязательном порядке застрахованные имеют право на одни и те же услуги. Страховые взносы добровольных членов определяются уставами больничных касс.

- максимальный уровень дохода, подлежащий обложению страховыми взносами (в системе законодательно установленного страхования на случай болезни)

## **стационарное медицинское обслуживание**

### **Krankenhausbehandlung**

#### **hospital treatment, in-patient treatment**

Стационарные медицинские услуги являются элементом системы медицинского обслуживания. Могут быть оказаны:

- полностью стационарно;
- частично стационарно;
- амбулаторно.

Расходы на пребывание пациентов в стационаре, включая размещение в палате, лечение и питание, берёт на себя больничная касса. Пациенты вносят определённую доплату.

## **страхование на случай болезни**

### **Krankenversicherung**

#### **health (sickness) insurance**

Обеспечивает страхование финансовых рисков в случае болезни. В Германии страховая защита предоставляется в рамках законодательно установленного страхования на случай болезни, а также в системе частного страхования на случай болезни. Обе системы принципиально отличаются. В законодательно установленном страховании на случай болезни действуют принципы солидарности и недежных услуг, тогда как в частном страховании - принцип эквивалентности и принцип возмещения расходов. основополагающие различия имеются также в организации, оказании услуг, взимании страховых взносов и определении их размеров.

- принцип солидарности
- принцип недежных услуг
- принцип эквивалентности
- принцип возмещения расходов

## **страхование на случай потребности в постороннем уходе**

### **Pflegeversicherung**

#### **nursing insurance**

Обязательное для всех граждан страхование, установленное законом (SGB XI). Страхует финансовый риск в случае потребности в постороннем уходе (например, по старости и/или инвалидности).

Этот вид страхования, называемый также "пятым столпом социального страхования", вводился в два этапа: в 1995 году появился амбулаторный уход, а в 1996 спектр страховых услуг был дополнен стационарным уходом.

В социальном страховании на случай потребности в постороннем уходе страховщиками являются кассы по уходу. Организационно они относятся к больничным кассам.

Застрахованные в системе частного страхования на случай болезни являются одновременно застрахованными в частном страховании на случай потребности в постороннем уходе.

- уход на дому
- социальное обеспечение
- компоненты системы социального страхования

### **страхование от несчастных случаев**

#### **Unfallversicherung**

#### **accident insurance**

Страхует риск несчастных случаев на производстве. Первичная задача - предотвращение несчастных случаев на производстве, профессиональных заболеваний и рисков в связи с условиями труда. Работодатель выплачивает страховые взносы за работника. Работник обязуется добросовестно соблюдать правила техники безопасности.

### **страховая карточка электронная (в системе законодательно установленного страхования на случай болезни)**

#### **Krankenversicherungskarte, Versichertenkarte in der gesetzlichen Krankenversicherung**

#### **health insurance card, chip card, electronic patient card**

Электронная карточка, на которой записаны персональные данные застрахованного и его страховой статус (член больничной кассы, совместно застрахованный, пенсионер итд.). Введена в Германии в 1995 году. Удостоверяет право на получение медицинских услуг в системе законодательно установленного страхования на случай болезни, а также служит врачам и прочим производителям услуг для расчёта с больничными кассами.

### **структура риска**

#### **Risikostruktur**

#### **risk structure**

В эпидемиологии: вероятность наступления какого-либо события.

В здравоохранении: факторы нагрузки на здоровье.

В системе частного страхования на случай болезни (в России - в системе добровольного медицинского страхования) премия по страховому полису рассчитывается в соответствии с состоянием здоровья (риском) страхуемых лиц. В системе законодательно установленного страхования на случай болезни (в России - в государственной системе обязательного медицинского страхования) состояние здоровья индивидуума (а, следовательно, риск) не влияет на размеры уплачиваемых страховых взносов - они определяются по уровню дохода застрахованных.

### **субвенции**

#### **Subventionen**

#### **subsidy**

Денежные ссуды со стороны государства третьим лицам (предприятиям, организациям и прочим лицам).

### **тариф на текущие расходы в стационарных медицинских учреждениях**

#### **Pflegesatz (Vergütungssatz für Krankenhausleistungen)**

#### **hospital per diem charge**

Способ оплаты услуг стационарных медицинских учреждений: определённая сумма за единицу времени, выплачиваемая за каждого стационарного пациента, независимо от типа заболевания и объёма оказанных услуг.

**терапия**  
**Therapie**  
**treatment**

Лечение болезни определёнными средствами и способами.

**управление здравоохранения**  
**Gesundheitsamt**  
**public health department**

Органы власти (муниципальные и т.д.), исполняющие задачи государственной службы здравоохранения. Возглавляются врачом, имеющим статус чиновника государственной службы.

В задачи управления здравоохранения входят:

- санитарно-эпидемиологический надзор (функции т.н. "полиции здоровья"), в частности, охрана здоровья населения в соответствии с Федеральным Законом о противоэпидемических мероприятиях;
- меры по укреплению здоровья населения и профилактическая медицина: школьная гигиена, гигиена окружающей среды и т.п.;
- представление отчётов о здоровье населения;
- врачебный надзор за профессиональной деятельностью в области здравоохранения и учреждениями здравоохранения, если этот надзор не относится к компетенции соответствующих Палат.

→ государственная служба здравоохранения

**услуга**  
**Leistung**  
**benefit, services, health care**

Общее значение: результат единичных действий производителя по удовлетворению запросов потребителя.

Специальное значение (в страховании на случай болезни): медицинские услуги (например, врачебные) и товары (например, лекарственные препараты), предоставляемые застрахованным.

→ перечень (каталог) услуг

→ производитель медицинских услуг

→ потребитель (медицинских) услуг

**услуги врача больничной кассы, имеющего полномочие на амбулаторное и стационарное обслуживание пациентов**  
**Leistungen des Belegarztes**

**services of SHI<sup>33</sup>-physician with in-patient authorization**

Услуги частнопрактикующего врача, который на основе договора со стационаром уполномочен обслуживать своих пациентов полностью или частично стационарно, используя услуги и оснащение данной больницы. Оплата его услуг осуществляется напрямую через ассоциацию врачей больничных касс из фонда врачебных гонораров; тогда как услуги стационара оплачиваются на основании Закона о финансировании больниц.

→ врач больничной кассы, имеющий полномочие на амбулаторное и стационарное обслуживание пациентов

→ клиника, заключившая с врачом больничной кассы договор о резервировании в ней определённого количества коек

---

<sup>33</sup> SHI: Statutory Health Insurance

**услуги денежные**  
**Geldleistungen**  
**cash benefits**

Услуги больничных касс в форме пособия по болезни. Оно выплачивается застрахованному (члену больничной кассы) при нетрудоспособности вследствие заболевания или травмы.

- пособие по болезни
- нетрудоспособность

**услуги, не являющиеся страховыми (в системе законодательно установленного страхования на случай болезни)**  
**versicherungsfremde Leistungen**  
**alien elements**

Услуги, не связанные напрямую с главными задачами больничных касс в системе законодательно установленного страхования на случай болезни. В Германии ведутся дискуссии, следует ли некоторые виды услуг предоставлять через больничные кассы и финансировать из страховых взносов на солидарной основе. Не будет ли справедливее финансировать эти услуги из налоговых средств всех граждан? Речь идёт, например, об охране материнства - важной задаче семейной политики. Она имеет общегосударственное значение, однако относится в настоящее время к компетенции больничных касс.

**уход на дому**  
**Krankenpflege, häusliche**  
**home care**

Уход, осуществляемый медицинским персоналом (в основном, медсёстрами) на дому у пациента. Максимальный срок, как правило, до 4 недель. Обеспечивается наряду с наблюдением врача и лечением. Данный вид услуг относится к компетенции больничных касс (SGB V) и оказывается в случае заболевания, если:

- назначенное стационарное лечение невыполнимо;
  - таким образом можно избежать госпитализации или сократить её продолжительность;
  - уход на дому необходим для закрепления эффекта амбулаторного лечения.
- Эти услуги не следует смешивать с услугами в системе страхования на случай потребности в постороннем уходе. Это страхование является обязательным для всех граждан (SGB XI). Его задача - защита от финансового риска в случае потребности в постороннем уходе (например, по старости и/или инвалидности).

**участие застрахованных в издержках**  
**Kostenbeteiligung**  
**cost sharing**

→ доплата

**фиксированные платежи (больничных касс) за лекарственные препараты**  
**Festbeträge für Arzneimittel**  
**reference prices for therapeutic appliances**

Максимальная стоимость лекарственных препаратов, оплачиваемая больничными кассами. Если стоимость лекарства превышает эту сумму, застрахованный обязан сам доплачивать разницу. Система фиксированных платежей должна способствовать:

- обслуживанию застрахованных, удовлетворяющему критериям достаточности, целесообразности, экономичности и качества;
- использованию всех хозяйственных резервов;
- созданию эффективной ценовой конкуренции;
- ориентации на более выгодные цены обслуживания.

Вступление в силу европейского картельного права поставило под вопрос применение данной системы в Германии в прежнем виде. По этой причине Министерство здравоохранения планирует её реорганизацию.

### **фиксированные платежи (оплата работы врачей больничных касс)**

#### **Festbetrag, vertragsärztliche Vergütung**

#### **reference price**

Форма денежного вознаграждения за труд врачей, когда больничные кассы выплачивают гонорары в виде установленной общей суммы. В Германии эта форма оплаты практического значения не имеет.

### **финансирование стационарных медицинских учреждений дуалистическое**

#### **duale (dualistische) Krankenhausfinanzierung**

#### **dualistic hospital finance system**

Система финансирования стационарных медицинских учреждений из двух источников. С момента вступления в силу Закона о финансировании больниц в Германии все капитальные вложения обеспечиваются из бюджетов федеральных земель. Текущие расходы - согласно соответствующим тарифам - несут больничные кассы. По мере введения системы оплаты услуг за один случай лечения на основе диагностически связанных групп (DRGs) должен произойти постепенный переход к монистическому финансированию больниц.

→ финансирование стационарных медицинских учреждений монистическое

### **финансирование стационарных медицинских учреждений монистическое**

#### **monistische Krankenhausfinanzierung**

#### **monistic hospital finance system**

Модель финансирования стационарных медицинских учреждений из одного источника. По этой модели ответственность за принятие решений и финансирование - как текущих расходов, так и капитальных вложений - лежит целиком и полностью на больничных кассах. В настоящее время эта система в Германии не применяется. Тем не менее, в долгосрочной перспективе она должна прийти на смену дуалистическому финансированию.

→ финансирование стационарных медицинских учреждений дуалистическое

### **фонд врачебных гонораров**

#### **Gesamtvergütung**

#### **total remuneration for medical services**

Формируется на территории, подведомственной ассоциации врачей больничных касс. Денежные средства этого фонда выделяются больничными кассами и поступают в распоряжение ассоциации врачей больничных касс в качестве оплаты за всё медицинское обслуживание в системе законодательно установленного страхования на случай болезни (т.е. за то, что ассоциация врачей больничных касс гарантирует обеспечение медицинской помощи застрахованным). Общий объём денежных средств фонда врачебных гонораров исчисляется, в частности, по отдельно взятым услугам, как подушевая оплата, или по смешанной системе. Работа врачей больничных касс оплачивается

ассоциацией в соответствии с нормативами распределения врачебных гонораров.

- гарантии обеспечения медицинской помощи застрахованным
- способ оплаты медицинской помощи по отдельным услугам
- система подушевой оплаты
- нормативы распределения врачебных гонораров

### **Health Maintenance Organization (HMOs)**

Организации, объединяющие в себе функции страховщика и производителя медицинских услуг. Действуют по принципам Managed Care. Возникли в США; опыт НМО был перенят и в Европе - например, в Швейцарии.

### **частная врачебная практика**

#### **Niederlassung**

#### **practice, establishment**

Форма организации амбулаторного медицинского обслуживания в Германии.

- открытие частной врачебной практики (свобода выбора местности)

### **член больничной кассы (в системе законодательно установленного страхования на случай болезни)**

#### **Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung**

#### **member of health insurance fund**

Членом больничной кассы является лицо, уплачивающее страховые взносы в эту кассу.

- застрахованные в системе законодательно установленного страхования на случай болезни

### **эффективность**

#### **Effektivität**

#### **effectiveness**

Действенность какого-либо мероприятия (лечебного, профилактического итп.) в реальных (а не в лабораторных) условиях. Степень достижения цели.

**Glossar Gesundheitswesen**  
**deutsch – russisch – englisch**  
**(mit Begriffserklärungen)**

## **Abrechnung**

**расчёт**

**billing**

Die Vertragsärzte und Zahnärzte sind verpflichtet, für die Abrechnung der erbrachten Leistungen das Datum der Leistungserbringung sowie die Diagnose und Befunde bzw. bei zahnärztlichen Leistungen den Zahnbefund aufzuzeichnen und zu übermitteln.

## **Akutkrankenhaus**

**больница скорой помощи**

**hospital for acute cases**

Krankenhaus, das Patienten direkt und unverzüglich aufnimmt, besonders in akuten Notfällen und bei Verletzungen. Steht im Gegensatz zu Krankenhäusern, in welchen in der Regel längerfristig geplante Heilbehandlungen durchgeführt werden.

→ Krankenhaus

## **allgemeine Krankenhausleistungen**

**основные услуги стационарного медицинского учреждения**

**general hospital benefits**

Medizinische Leistungen und Pflegeleistungen im Krankenhaus sowie Sicherstellung mit Medikamenten und Pflegemitteln, Unterbringung und Verpflegung während des stationären Aufenthalts des Patienten.

## **allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge**

**основное содержание общих договоров**

**subject matter of overall contract**

Gesamtverträge beinhalten die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten, die Vergütung der ärztlichen Leistungen und die Verfahren zur Abrechnungsprüfung.

→ Gesamtvertrag

## **ambulante ärztliche Versorgung**

**амбулаторное врачебное обслуживание**

**out-patient treatment**

Jede medizinische Hilfe (Prophylaxe, Heilbehandlung oder Rehabilitation), die dem Patienten ambulant in Form einer nichtstationären Behandlung gewährt wird. Synonym für außerstationäre Hilfe.

## **ambulantes Operieren**

**операция амбулаторная**

**surgery to outpatients**

Operation des Patienten, die in der ärztlichen Praxis (Niederlassung), nicht im Krankenhaus, erfolgt.

## **Ambulatorium**

**амбулатория**

**out-patient department**

Öffentliche Einrichtung des Gesundheitswesens zur ambulanten Versorgung des Patienten durch den Arzt. Status des Arztes: angestellter Arzt. Ambulatorien existierten in der ehemaligen DDR.

**angestellter Arzt****врач - штатный сотрудник****staff doctor, employed salaried doctor**

Arzt, der nicht in der eigenen Praxis zur medizinischen Versorgung tätig ist, sondern auf vertraglicher Grundlage angestellter Mitarbeiter eines Krankenhauses oder in einer Praxis eines anderen Arztes ist. Er erhält ein Gehalt.

**Anschlussheilbehandlung (AHB)****заклучительная (послегоспитальная) реабилитация****post-hospital rehabilitation**

→ Rehabilitation

**Äquivalenzprinzip****принцип эквивалентности****principle of equivalence**

Prinzip der Beitragsbemessung in der privaten Krankenversicherung (PKV): Kalkulation der Prämie/Police nach dem individuellen Gesundheitsrisiko des Versicherten (Vorerkrankungen, akute Erkrankungen, Alter, Geschlecht). Gegensatz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV):

→ Solidarprinzip

**Arbeitsloser****безработный****unemployed person**

Arbeitsfähiger Bürger, der über keine Arbeit und kein Arbeitseinkommen verfügt und der beim Arbeitsamt registriert ist mit dem Ziel der Arbeitssuche und -vermittlung.

**Arbeitsunfähigkeit****нетрудоспособность****unfitness for work, inability to work**

Gesundheitlich begründete, ärztlich konstatierte, meist zeitlich begrenzte Unfähigkeit der Ausübung beruflicher Aktivitäten.

**Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung****листок нетрудоспособности****sickness certificate (certification), insurance cheque**

Bescheinigung über gesundheitlich begründete, ärztlich konstatierte, meist zeitlich begrenzte Unfähigkeit der Ausübung beruflicher Tätigkeit. Sie ist die Grundlage für die Lohnfortzahlung, die zunächst durch den Arbeitgeber, anschließend durch die Krankenversicherung erfolgt.

**Arzt für Allgemeinmedizin****врач общей практики****general practitioner (GP/UK), family physician/doctor (US)**

Bezeichnung für einen Arzt der allgemeinärztlichen medizinischen Versorgung.

**Arzt im Praktikum (AiP)****врач-стажёр****up to two years training in selected departments (physician trainee)**

Letzter Abschnitt der beruflichen Ausbildung zum Arzt (nach dem ersten Staatsexamen) mit vorübergehender Ausübung der Funktion als Arzt in einer ärztlichen

Praxis oder im Krankenhaus unter Aufsicht eines approbierten Arztes. Nach erfolgreicher Absolvierung dieses Praktikums (mit einer Dauer von bis zu zwei Jahren) kann der Arzt ebenfalls seine Approbation erhalten.

### **Arztdichte**

**обеспеченность врачебными кадрами**

**(doctors) medical service density**

Verhältnis der Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zur Einwohnerzahl. Die Arztdichte ist ein Indikator dafür, ob die ärztliche Versorgung in einem bestimmten Gebiet sichergestellt ist oder ob ein Bedarf an weiteren Ärzten besteht.

→ Bedarfszulassung (als Kassenarzt)

### **Ärztekammer**

**Врачебная палата**

**medical association**

Berufsorganisation der Ärzte (auf der Landes- und Bundesebene), der jeder Arzt Kraft Gesetzes angehört. Reguliert die Ausübung der beruflichen ärztlichen Tätigkeit und kontrolliert die Einhaltung der Berufspflichten. Verstöße werden durch Berufsgerichte auf Antrag geahndet.

### **Arzthonorar**

**гонорар врача**

**doctor's remuneration, doctor's fee**

Finanzielle Vergütung für medizinisch notwendige Leistungen des Arztes.

→ Vergütung ärztlicher Leistungen (im ambulanten Bereich)

### **ärztliche Behandlung**

**врачебное обслуживание**

**medical treatment**

Behandlung in der Praxis, Patientenwohnung oder in einem Krankenhaus.

### **ärztliche Fortbildung und Weiterbildung**

**повышение врачебной квалификации и последипломное образование (специализация)**

**postgraduate (medical) training, continuing medical education**

Fortbildung: Vertiefung und Erweiterung der durch die ärztliche Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten auf einem bestimmten Gebiet im Rahmen einer Berufstätigkeit.

Weiterbildung: Alle ärztlichen Bildungsmaßnahmen nach der Approbation mit dem Ziel der Anerkennung als Facharzt. Die Dauer der Weiterbildung beträgt bis zu 6 Jahren und darf nur bei hierfür ermächtigten Ärzten und Krankenhäusern durchgeführt werden.

### **Aufsicht**

**надзор (государственный)**

**(state) supervision**

Rechtsaufsicht z.B. über die gesetzlichen Krankenversicherungen. Sie erstreckt sich auf die Rechtmäßigkeit des Handelns, überprüft die Einhaltung von Gesetzen und sonstigen Rechts, das für die Träger und Verbände maßgebend ist. Sie dient dem Schutz der Versicherten, der Verbände und dem Funktionieren der Staatsverwaltung.

Die Notwendigkeit der Rechtsaufsicht ist durch die Wichtigkeit der sozialen Funktionen der Sozialversicherung bedingt.

### **Bedarfsplanung, ambulante**

#### **планирование ресурсов амбулаторной помощи**

#### **need-related out-patient planning, SHI-physician planning<sup>34</sup>**

Instrument zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung im ambulanten Bereich. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, zusammen mit den Verbänden der Krankenkassen einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen. Der Bedarf errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner zur Zahl zugelassener Vertragsärzte entsprechend ihren Spezialisierungen.

→ Bedarfszulassung

→ Arztdichte

### **Bedarfszulassung (als Kassenarzt)**

#### **допуск к врачебной практике**

#### **work permission**

Zulassung eines Arztes im System der gesetzlichen Krankenversicherung anhand von Bedarfszahlen. Das dem zugrundeliegende Verhältnis der Ärztezahls zur Einwohnerzahl wird per Gesetz geregelt.

### **Begrenzung der Gesamtvergütung**

#### **лимитирование фонда врачебных гонораров**

#### **limitation of total remuneration for medical services**

Die Gesamtvergütung wird von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigungen entrichtet als Vergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung und von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Vertragsärzte nach dem Honorarverteilungsmaßstab verteilt. Die Gesamtvergütung kann nach einem Pauschalsystem, nach Einzelleistungen oder nach einem Mischsystem errechnet werden. Wird die Gesamtvergütung nach dem Kopfpauschalsystem errechnet oder als Festbetrag gezahlt, ergibt sich aus dem Vergütungssystem eine für die zahlungspflichtige Krankenkasse mehr oder weniger genau vorkalkulierbare Gesamtvergütung. Bei einer Berechnung nach Einzelleistungen kann die zu zahlende Gesamtvergütung jedoch durch eine unerwartete Zunahme der einzelnen Leistungen über das von der Krankenkasse kalkulierte Finanzvolumen steigen. Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sind jedoch an den Grundsatz der Beitragsstabilität gebunden. Deshalb können die Partner des Gesamtvertrages eine Begrenzung der vierteljährlichen oder jährlichen Gesamtvergütung nach oben vereinbaren.

→ Gesamtvergütung

→ Honorarverteilungsmaßstab

→ Vergütung ärztlicher Leistungen (im ambulanten Bereich)

---

<sup>34</sup> SHI: Statutory Health Insurance

**Behandlungsbedürftigkeit**  
**потребность в лечении**  
**need for medical treatment**

Voraussetzung für die Krankenbehandlung. Sie liegt vor, wenn eine Behandlungsnotwendigkeit eines regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes durch einen Arzt festgestellt ist.

**Beitrag, Beitragssatz**  
**взнос, тариф страхового взноса**  
**contribution rate**

Durch die gesetzlichen Krankenkassen in ihren Satzungen festgelegter Prozentsatz, der zur Berechnung des Krankenkassenbeitrages mit dem beitragspflichtigen Bruttoeinkommen des Pflichtversicherten multipliziert wird. In Deutschland zahlen - entsprechend der Sozialgesetzgebung - jeweils Arbeitnehmer und Arbeitgeber 50% des auf dieser Grundlage errechneten Krankenkassenbeitrages.

→ Grundsatz der Beitragssatzstabilität

**Beitragsbemessungsgrenze**  
**максимальный уровень дохода, подлежащий обложению страховыми взносами (в системе законодательно установленного страхования на случай болезни)**  
**income (assessment) limit, assessment of contribution**

Eine durch den Gesetzgeber definierte Obergrenze der Bruttoeinnahmen des Versicherten zur Bemessung des Beitrages zur gesetzlichen Krankenversicherung. Der Teil des Bruttoeinkommens, der über dieser Obergrenze liegt, bleibt bei der Beitragsberechnung unberücksichtigt. In der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Beitragsbemessungsgrenze zugleich die Versicherungspflichtgrenze, d.h. Personen, die höhere Bruttoeinnahmen erzielen, können Vollmitglied in der privaten Krankenversicherung werden oder weiter als freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben.

→ Beitrag, Beitragssatz

**Beitragsrückerstattung, Beitragsrückzahlung**  
**возмещение страховых взносов**  
**contribution refund**

Begriff der privaten Krankenversicherung als eine Form der Beitragsermäßigung, bei der die private Krankenkasse dem Versicherten einen Teil seiner Beiträge zurückerstattet, wenn er im vergangenen Versicherungsjahr keine Leistungen in Anspruch genommen hat. In der gesetzlichen Krankenversicherung wurde dieses Prinzip nur in einigen Modellversuchen erprobt, jedoch letztlich per Gesetz eingestellt. In der privaten Krankenversicherung wird das Prinzip weiter praktiziert.

**Belegarzt**  
**врач больничной кассы, имеющий полномочие на амбулаторное и стационарное обслуживание пациентов**  
**SHI-physician with in-patient authorization<sup>35</sup>**

Niedergelassener Arzt, der auf der Grundlage eines Vertrages mit einem Krankenhaus berechtigt ist, seine Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der dortigen Dienste und Mittel voll- oder teilstationär zu behandeln. Der Belegarzt ist

---

<sup>35</sup> SHI: Statutory Health Insurance

nicht Angestellter des Krankenhauses. Die Vergütung seiner Leistungen erfolgt direkt über die Kassenärztliche Vereinigung zu Lasten der Gesamtvergütung, die Vergütung der Leistungen des Krankenhauses erfolgt jedoch auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

→ Belegklinik

### **Belegklinik**

**клиника, заключившая с врачом больничной кассы договор о резервировании в ней определённого количества коек**

#### **SHI<sup>36</sup>-hospital with in-patient authorization**

Krankenhaus, in welchem ausschließlich Belegärzte, d.h. ambulant tätige niedergelassene Ärzte arbeiten, die auf der Grundlage eines Vertrages mit einem Krankenhaus berechtigt sind, ihre Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der dortigen Dienste und Mittel voll- oder teilstationär zu behandeln.

→ Belegarzt

### **Berufsordnung**

**профессиональный кодекс**

**professional code**

Regelt im Gesundheitswesen die Berufsausübung und Berufspflichten verschiedener Gesundheitsberufe. Die Berufsordnung der Ärzte wird durch die Ärztekammern auf Landesebene verbindlich geregelt. Sie regeln u.a.:

- die Teilnahme am Notfalldienst
- die Verpflichtung zur ärztlichen Schweigepflicht
- die Formen der Zusammenarbeit unter den Ärzten
- die zulässigen Formen der Werbung
- die Pflichten gegenüber dem Patienten.

### **Bestandteile der Sozialversicherung**

**компоненты системы социального страхования**

**social insurance (security)**

Alle wesentlichen Risiken des Lebens sind durch die Sozialgesetzgebung abgesichert. Das Sozialversicherungssystem in Deutschland besteht aus fünf Zweigen:

- Krankenversicherung
- Unfallversicherung
- Arbeitslosenversicherung
- Rentenversicherung
- Pflegeversicherung.

Die Beiträge zu den einzelnen Versicherungen teilen sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte, mit Ausnahme der Unfallversicherung (hier zahlt der Arbeitgeber den Beitrag allein). Die Gesamtheit aller dieser Versicherungsbeiträge wird als Sozialversicherungsbeitrag bezeichnet. Der Beitrag richtet sich nach dem Arbeitseinkommen und nicht wie in anderen Versicherungen, darunter der privaten Krankenversicherung, nach dem individuellen Risiko. Nach dem Solidarprinzip müssen in der gesetzlichen Krankenversicherung alle Leistungen unabhängig von der Beitragshöhe gewährt werden.

→ Sozialversicherungsmodell

→ Solidarprinzip

---

<sup>36</sup> SHI: Statutory Health Insurance

**Betriebskrankenkasse (BKK)**  
**больничная касса заводская (производственная)**  
**Company Health Insurance Funds**

Durch den Arbeitgeber gegründete gesetzliche Krankenkasse eines oder mehrerer Betriebe.

**Bonus-Malus-System**  
**система "прибыль-убыток"**  
**merit pricing system**

Vereinbarungen, in denen finanziell positive (Bonus) oder negative (Malus) Anreize gesetzt werden, z. B. zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern oder zwischen Krankenkassen und Versicherten.

**Budget**  
**бюджет**  
**budget**

Für einen bestimmten Zeitraum insgesamt (Globalbudget) zur Verfügung stehende finanzielle Mittel zur Finanzierung z. B. eines medizinischen Versorgungssystems oder eines bestimmten Leistungsbereiches, beispielsweise zahnärztliche Versorgung (sektorales Budget).

**Budgetierung der Krankenkassenausgaben**  
**бюджетирование расходов больничных касс**  
**budget of SHI<sup>37</sup>-expenditures**

Vorschrift, nach der die Ausgaben der Krankenkassen eine vorher festgelegte Höhe in einem bestimmten Zeitraum nicht übersteigen dürfen.

**Chefarzt**  
**главный врач (больницы)**  
**leading (general, managing or chief) hospital-based physician**

Ärztlicher Direktor (Leiter) einer Abteilung, einer Klinik oder eines Krankenhauses.

**Datenträgeraustausch**  
**обмен носителями информации**  
**(electronic) data exchange**

Übermittlung von Daten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen zur Abrechnung sowie zur Wirtschaftlichkeitsprüfung.

**Diagnosebezogene Fallgruppen**  
**диагностически связанные группы (DRGs)**  
**Diagnoses Related Groups (DRG)**

Hierbei handelt es sich um ein Fallpauschalsystem für Krankenhäuser. Es wurde von amerikanischen Forschern der Yale-Universität entwickelt und erstmals 1983 für die staatliche Versicherung MEDICARE eingeführt. Seit Mitte der 80iger Jahre wurde das System um weitere Diagnosen und differenziertere Fallgruppierungen ergänzt und weiterentwickelt.

DRG`s bilden die Grundlage eines leistungsorientierten Vergütungssystems für Krankenhausleistungen, mit dem alle Behandlungsfälle nach pauschalisierten Preisen

---

<sup>37</sup> SHI: Statutory Health Insurance

vergütet werden. Dabei orientieren sich die Pauschalen am durchschnittlichen Behandlungsaufwand eines standardisierten Behandlungsfalles.

Funktionsweise: DRG`s sind ein Patientenklassifikationssystem, mit dem die einzelnen stationären Behandlungsfälle anhand bestimmter Kriterien (Diagnose nach dem ICD-10-Schlüssel, Schweregrad der Erkrankung, Alter des Patienten, Komplikationen, Entlassungsgrund u.ä.) zu Fallgruppen zusammengefasst werden. Die Zuweisung eines Behandlungsfalles zu einer Fallgruppe erfolgt in einem definierten Verfahren. Es werden solche Behandlungsfälle zusammengefasst, die hinsichtlich des Behandlungskostenaufwands möglichst homogen sind. Werden alle Behandlungsfälle über Diagnosen in Fallgruppen erfasst, ermöglichen DRG`s Vergleiche zwischen den Krankenhäusern hinsichtlich der Fallzahl und Fallstruktur (Case-Mix).

Im Jahr 2003 soll das bisherige Entgeltsystem krankenhausindividueller Pflegesätze durch ein Vergütungssystem nach DRG-Fallpauschalen in Deutschland abgelöst werden. Die Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft werden sich bei der Entwicklung des deutschen Fallpauschalensystems an den Prinzipien des australischen DRG-Systems orientieren

### **duale (dualistische) Krankenhausfinanzierung**

#### **финансирование стационарных медицинских учреждений дуалистическое dualistic hospital finance system**

System zur Krankenhausfinanzierung: Seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 werden die Investitionskosten im Wege der öffentlichen Förderung durch die Bundesländer getragen, die Krankenkassen finanzieren die laufenden Betriebskosten über die Pflegesätze. Diese Finanzierungsform soll im Zuge der Einführung von DRG-Fallpauschalen durch die Krankenkassenschnittstelle in eine monistische Krankenhausfinanzierung überführt werden.

→ monistische Krankenhausfinanzierung

### **durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus**

#### **средняя продолжительность госпитализации**

#### **average (mean) length of stay in hospital**

Durchschnittliche Dauer der stationären Behandlung eines Falls im Krankenhaus. Indikator der Effektivität eines Krankenhauses. In vielen Ländern erfolgt die Vergütung nach Tagen, an denen der Patient stationär behandelt wird. Deshalb besteht für die Krankenhäuser die Versuchung, die Verweildauer der Patienten über das notwendige Maß hinaus zu verlängern. In Deutschland werden Krankenhausverweildauer und Fehlbelegung durch den Medizinischen Dienst der (gesetzlichen) Krankenkassen (MDK) im Rahmen von Modellversuchen überprüft.

→ Fehlbelegung

→ Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)

### **Effektivität**

#### **эффективность**

#### **effectiveness**

Wirksamkeit einer Intervention unter realistischen Anwendungsbedingungen. Allgemein: Ausmaß, in welchem ein angestrebtes Ziel erreicht wird (Zielerreichungsgrad).

## **Eigeneinrichtungen**

**медицинские учреждения при организациях страховщиков**  
**own health insurance medical facilities**

Kasseneigene Behandlungseinrichtungen zur Versorgung der Versicherten, z. B. Ambulatorien, Röntgen- und medizin-diagnostische Institute, Zahnkliniken. Der Betrieb von Eigeneinrichtungen ist den Krankenkassen nur erlaubt, sofern diese bereits am 1.1.1989 bestanden. Sie können in der Regel auch ihr damals existierendes Aufgabenspektrum nicht erweitern.

## **einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM)**

**единые нормативы исчисления врачебных гонораров**

**Uniform Assessment Standard (standard schedule of fees for Statutory Health Insurance services)**

Bewertet alle ärztlichen Leistungen in Punkten, für die der Vertragsarzt eine Vergütung von Seiten der Krankenkassen erhält. Der Bewertungsmaßstab ist verbindliche Abrechnungsgrundlage und widerspiegelt den Wert der ärztlichen Leistungen in Punkten, aber nicht in Geldform. Die Anzahl der Punkte, die der Vertragsarzt im Quartal abrechnet, wird mit dem Geldwert (DM-Betrag) des einzelnen Punktes (Punktwert) multipliziert. Der Punktwert (DM-Betrag) des einzelnen Punktes ist das Ergebnis von Verhandlungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen.

## **Einkaufsmodell**

**модель покупательская**

**purchasing model**

Politischer Begriff für ein Modell, bei dem die Krankenkassen unabhängig und ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge direkt mit einzelnen oder Gruppen von Ärzten schließen, in denen u.a. Leistungen, Preise und Qualitätsstandards frei verhandelt werden.

## **einnahmeorientierte Ausgabenpolitik der Krankenkassen**

**политика расходов больничных касс, ориентированная на доход**

**revenue-based expenditure policy**

Einnahmen der Krankenkassen: Ein durch die Krankenkassen laut ihren Satzungen festgelegter Prozentsatz zur Berechnung des Krankenkassenbeitrages wird mit dem beitragspflichtigen Bruttoeinkommen des Pflichtversicherten multipliziert. In Deutschland zahlen – entsprechend der Sozialgesetzgebung - jeweils Arbeitnehmer und Arbeitgeber 50% des auf dieser Grundlage errechneten Krankenkassenbeitrages. Diese Beiträge bilden die Grundlage der Einnahmen der Krankenkassen. Diese sind jedoch verpflichtet, das Prinzip der Beitragssatzstabilität einzuhalten, d.h. eine Ausgabenpolitik zu betreiben, die sich am Einkommen orientiert. Das in erster Linie finanzielle und ökonomische Ziel besteht darin, die Belastung der beitragspflichtigen Einnahmen durch Beitragssatzsteigerung zu vermeiden, da dies eine zusätzliche Belastung für die Versicherten und die Arbeitgeber darstellen würde. Andererseits lässt das Prinzip der Beitragssatzstabilität eine Erhöhung der Beiträge zu, sofern die notwendige medizinische Versorgung auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht ohne Beitragssatzerhöhung zu gewährleisten ist.

→ Beitrag, Beitragssatz

→ Prinzip der Beitragssatzstabilität

## **Einweisung ins Krankenhaus**

**госпитализация**

**hospitalization**

Der Patient wird von seinem ambulant tätigen Arzt, bei dem er in Behandlung ist, bei medizinischer Notwendigkeit zu einem stationären Aufenthalt ins Krankenhaus überwiesen. Diese Überweisung muss in der Regel vorher, d.h. vor der Einweisung, von der Krankenkasse genehmigt werden.

## **Einzelleistungsvergütung**

**способ оплаты медицинской помощи по отдельным услугам**

**fee for services**

Vergütungsform zur Honorierung jeder einzelnen Leistung des Vertragsarztes. Die vergütungsfähigen medizinischen Leistungen sind in einem Gesamtkatalog enthalten.

→ einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM)

## **Einzelpraxis als Form der Niederlassung**

**практика индивидуальная**

**individual practice**

Ausübung der ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Tätigkeit in einer Praxis, die ein Arzt als selbständiger Unternehmer (Freiberufler) führt.

## **Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus**

**выписка пациента из стационара**

**discharge (patients)**

Abschließende Etappe der Krankenhausbehandlung (offizielle Beendigung des stationären Aufenthalts).

## **Fallpauschalsystem**

**оплата услуг за отдельный случай лечения**

**number of cases system**

Vergütungsform, die sich am Fall orientiert. In der ambulanten Versorgung ist eine Fallpauschale ein Pauschalbetrag, mit dem alle ärztlichen Leistungen eines Behandlungsfalles abschließend honoriert werden. Bei diesem Vergütungssystem tragen die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko und die finanziellen Folgen der Mitgliederentwicklung, die Ärzte dagegen den Mehr- oder Minderaufwand pro Behandlungsfall. Fallpauschalen im stationären Bereich sind eine Entgeltform, mit der einzelne, gut abgrenzbare stationäre Behandlungen pauschal vergütet werden. Fallpauschalen vergüten die allgemeinen Krankenhausleistungen, einschließlich Unterkunft, Verpflegung, vor- und nachstationäre Behandlung für einen Behandlungsfall, z. B. eine Blindarmoperation.

→ Morbidität

→ Diagnosebezogene Fallgruppen

## **Fehlbelegung (im Krankenhaus)**

**неадекватная загруженность больничных коек**

**incorrect assignment (misoccupation) of hospital beds**

Als Fehlbelegung bezeichnet man in Deutschland stationäre Behandlungsfälle, die nicht oder nicht mehr der stationären Behandlung bedürfen, z. B. wenn die stationäre Leistung auch ambulant hätte erbracht werden können, der Patient länger als notwendig stationär versorgt wird, ein Patient mit unkomplizierter Erkrankung in einer

hochspezialisierten Klinik behandelt wird. Die Krankenhausverweildauer wird hinsichtlich Fehlbelegung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) im Rahmen von Modellversuchen überprüft.

→ Krankenhausverweildauer

→ Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)

### **Festbetrag, vertragsärztliche Vergütung**

**фиксированные платежи (оплата работы врачей больничных касс)**

**reference price**

Vergütungsform zur ärztlichen Honorierung. Hierbei zahlen die Krankenkassen als Gesamtvergütung einen bestimmten DM-Betrag. In Deutschland hat diese Vergütungsform keine Relevanz.

### **Festbeträge für Arzneimittel**

**фиксированные платежи (больничных касс) за лекарственные препараты**

**reference prices for therapeutic appliances**

Höchstpreise für Arzneimittel, bis zu denen die Kosten von der Krankenkasse übernommen werden. Übersteigt der Preis des Arzneimittels den Festbetrag, muss der Versicherte die Mehrkosten selbst tragen. Die Festbeträge sollen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten, Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen, einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und sich an preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten ausrichten. Das Festbetragssystem in Deutschland ist derzeit in Frage gestellt; wegen der Wirksamkeit des europäischen Kartellrechts. Deshalb plant das Bundesgesundheitsministerium Deutschlands (BMG) die Neugestaltung des Festbetragssystems.

### **freie Arztwahl**

**свободный выбор врача**

**free choice of doctors**

Recht des Versicherten der gesetzlichen Krankenkasse, seinen Arzt unter denjenigen Ärzten frei zu wählen, die am System der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen.

### **Früherkennung**

**диагностика ранняя**

**early diagnosis**

Darunter versteht man in der Regel die Untersuchung von Patienten ohne Krankheitssymptome auf mögliche frühe Anzeichen einer Krankheit.

### **Gehalt**

**заработная плата**

**salary, wage**

Stabile monatliche Vergütung.

### **Geldleistungen**

**услуги денежные**

**cash benefits**

Leistung der gesetzlichen Krankenkasse bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit des Mitglieds oder Versicherten als Krankengeld.

→ Krankengeld

→ Arbeitsunfähigkeit

### **Gemeinschaftspraxis als Form der Niederlassung**

**практика объединённая**

**group practice**

Kooperationsform von Ärzten, Zahnärzten. Wirtschaftlicher und organisatorischer Zusammenschluss von zwei oder mehreren Ärzten, Zahnärzten zur gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Versorgung in gemeinsamen Praxisräumen. Gemeinschaftspraxen werden im Abrechnungsverhältnis zu Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigungen als eine Wirtschaftseinheit behandelt. Sie müssen vom Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigungen genehmigt werden. Der Patient hat grundsätzlich keinen Anspruch darauf, von einem bestimmten Arzt der Gemeinschaftspraxis behandelt zu werden. Nicht zu verwechseln mit der Praxisgemeinschaft, practice sharing, einer Kooperationsform von Ärzten, Zahnärzten. Hierbei nutzen selbständige Vertragsärzte gemeinsame Praxisräume und –einrichtungen. Die Mitglieder einer Praxisgemeinschaft führen ihre Praxis selbständig und rechnen gegenüber der Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigung auch eigenständig ab. Anders als bei der oben erwähnten Gemeinschaftspraxis bedarf es hier keiner Genehmigung durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigung und der Krankenkassen. Die Praxisgemeinschaft ist der Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigung nur anzuzeigen.

### **Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen**

**общие расходы больничных касс в системе законодательно установленного страхования на случай болезни**

**total expenditure under the SHI-system<sup>38</sup>**

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen verteilen sich auf folgende Bereiche:

- Krankenhausausgaben
- ambulante ärztliche Behandlung
- Medikamente
- zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz
- Heil- und Hilfsmittel
- Krankengeld
- Rehabilitation
- Verwaltungsausgaben der Krankenkassen
- sonstige Ausgaben.

### **Gesamtvergütung**

**фонд врачебных гонораров**

**total remuneration for medical services**

Sie wird entrichtet durch die Krankenkassen an die Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigungen (KV bzw. KZV) als Vergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung, d.h., für die Übernahme des Sicherstellungsauftrages. Die Gesamtvergütung errechnet sich z. B. aus Einzelleistungsvergütungen, Kopfpauschalen oder als Mischsystem. Die KV und KZV verteilen die Vergütung auf die Vertragsärzte nach dem jeweiligen Honorarverteilungsmaßstab (HVM).

→ Sicherstellungsauftrag

→ Einzelleistungsvergütungen

---

<sup>38</sup> SHI: Statutory Health Insurance

- Kopfpauschalsystem
- Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

**Gesamtvertrag**  
**договор общий**  
**(overall) contract**

In jedem Bundesland schließen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen sogenannte Gesamtverträge, die die Details der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten, der Vergütung der ärztlichen Leistungen und die Verfahren zur Abrechnungsprüfung regeln.

**Geschäftsführer (Verwaltungsdirektor, Verwaltungsleiter)**  
**руководитель администрации**  
**general manager, managing director**

Person, welche die organisatorische und finanzielle Verantwortung zur Leitung einer medizinischen Einrichtung übernommen hat.

**Gesundheit**  
**здоровье**  
**health**

Nach der Definition der WHO ist Gesundheit ein Zustand des vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens.

**Gesundheitsamt**  
**управление здравоохранения**  
**public health department**

Gesundheitsämter sind kommunale oder staatliche Behörden, die unter Leitung eines Amtsarztes Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes erfüllen. Hierzu zählen insbesondere

- die Aufgaben der Gesundheitspolizei, z.B. nach dem Bundesseuchengesetz, um gesundheitliche Gefahren abzuwehren,
- Gesundheitsförderung,- vorsorge und -hilfe z.B. durch Schulgesundheitspflege sowie Gesundheits- und Umwelthygiene,
- Gesundheitsberichterstattung und
- ärztliche Aufsicht über die berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens, sofern sie nicht den jeweiligen Kammern übertragen wurde.

→ Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

**Gesundheitsdienst, Nationaler**  
**Служба здоровья национальная**  
**National Health Service (NHS, UK)**

Staatliches Gesundheitssystem in Großbritannien für die gesamte Bevölkerung des Landes, basierend auf einem überwiegend staatlichen Leistungsangebot und finanziert aus Steuermitteln.

## **Gesundheitserziehung und –information**

**воспитание сознательного отношения к здоровью и санитарное просвещение**

### **health-education**

Komplex von Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung, die dem Ziel dienen, durch Aufklärung zur gesundheitsbewussten Lebensweise darauf hinzuwirken, sorgsam mit seiner Gesundheit umzugehen.

## **Gesundheitsförderung**

**меры по укреплению здоровья**

### **health promotion**

Zielen auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (Ottawa-Charta der WHO vom 21.11.1986). Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen und Strategien zur Veränderung und Förderung des individuellen Verhaltens und der Lebensverhältnisse. Das Vorgängerkonzept von Gesundheitsförderung ist das Konzept der Gesundheitserziehung, welches vor allem auf Erweiterung des Wissens über die Gesundheit gerichtet ist.

## **Gesundheitsquote**

**доля расходов на здравоохранение**

### **share of health care expenditures in gross domestic product (GDP)**

Anteil der Ausgaben für das Gesundheitswesen am Bruttoinlandsprodukt (BIP).

## **Grundsatz der Beitragssatzstabilität**

**принцип стабильности тарифов страховых взносов**

### **contribution rate stability**

Formuliert das in erster Linie finanzielle und ökonomische Ziel, die Belastung der beitragspflichtigen Einnahmen durch Beitragssatzsteigerung zu vermeiden, da dies eine zusätzliche Belastung für die Versicherten und die Arbeitgeber darstellen würde. Andererseits lässt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität eine Erhöhung der Beiträge zu, sofern die notwendige medizinische Versorgung auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht ohne Beitragssatzerhöhung zu gewährleisten ist.

→ einnahmeorientierte Ausgabenpolitik der Krankenkassen

## **Gruppenpraxis**

**практика групповая**

### **joint practice**

Oberbegriff für alle Formen der kooperativen Ausübung der ambulanten ärztlichen Tätigkeit durch zwei oder mehrere Ärzte. Formen sind die Gemeinschaftspraxis und die Praxisgemeinschaft.

## **Haftung**

**ответственность**

### **doctors or hospital's liability**

Jeder Arzt ist verpflichtet, die notwendige medizinische und persönliche Sorgfalt zu beachten und eine sachgemäße Behandlung zu erbringen. Der Arzt ist ferner verpflichtet, den Patienten rechtzeitig und ausführlich über alle Details der Behandlung, besonders chirurgische Eingriffe (Ziel, Verlauf, Risiken und Prognosen der Operation) zu informieren. Eine Operation und jegliche Art der medizinischen

Behandlung ist nur mit Einverständnis des Patienten gestattet. Der Arzt ist ferner verpflichtet, den gesamten Verlauf der Behandlung zu dokumentieren. Verletzt er diese Sorgfalt oder erfüllt er seine ärztliche Aufklärungspflicht nicht, liegt ein Behandlungsfehler bzw. ein Fall von Körperverletzung vor, für den er seinem Patienten gegenüber zivil- und strafrechtlich haftet. Diese Haftung trifft in gleicher Weise auch auf das Krankenhaus zu. Das Krankenhaus haftet nicht, wenn es nachweisen kann, dass es seine Auswahl-, Überwachungs- und Anleitungspflichten gegenüber dem Personal erfüllt hat. Nach der mehrheitlichen Rechtsauffassung existiert zwischen Arzt und Patienten zwar kein privatrechtlicher Behandlungsvertrag, jedoch ist entsprechend dem BGB die Haftung des Arztes gegenüber dem Patienten im Falle einer Körperverletzung geregelt. Wenn der Patient die Auffassung vertritt, dass ihm im Verlaufe der Behandlung ein Schaden zugefügt wurde, muss er seine Ansprüche auf Schadensersatz direkt gegenüber dem behandelnden Arzt vorbringen.

### **Hausarzt**

**врач домашний/семейный**

**general practitioner (GP/UK)**

**family doctor, family physician (US)**

Traditionell jener Arzt, der zur Grundversorgung im Krankheitsfalle zuerst aufgesucht wird und medizinische Hilfe leistet. Dieser Arzt entscheidet über die Notwendigkeit der weiteren medizinischen Behandlung durch einen Spezialisten oder in einem Krankenhaus. Unter diesem Begriff werden Ärzte für Allgemeinmedizin, Ärzte ohne Facharztbezeichnung, praktische Ärzte sowie hausärztlich tätige Internisten zusammengefasst.

### **Hausbesuch**

**посещение (больного) на дому**

**doctor's home visit**

Kontakt zwischen Arzt und Patient in der Patientenwohnung.

### **Health Maintenance Organizations (HMOs)**

Diese Organisationen vereinen in sich die Funktion des Versicherers und des Leistungserbringers und handeln nach den Prinzipien von Managed Care. Sie sind in den USA entstanden und in Europa, z. B. von der Schweiz, teilweise übernommen worden.

### **Heilmittel**

**средства лечебные**

**remedy, physio rehabilitation**

Wirken überwiegend äußerlich zur Heilung oder Linderung einer Krankheit auf den Körper ein. Der Heilmittelbegriff umfasst ausschließlich Dienstleistungen, z. B. Physiotherapie, Krankengymnastik, Massagen, Sprachtherapie (Logopädie), Arbeits- und Beschäftigungstherapie (Ergotherapie). Verordnungspflichtig durch den Arzt.

### **Heil- und Kostenplan**

**план лечения и смета расходов (в стоматологическом обслуживании)**

**dental curing (treatment) and charges scheme**

Schriftlich durch den Zahnarzt aufzustellender Plan (auf entsprechenden Formularen) über die erwogenen Maßnahmen und deren voraussichtliche Kosten.

Gilt für die Bereiche Zahnersatz, Kieferorthopädie und Parodontose. Dieser Plan muss vor Beginn der Behandlung von der Krankenkasse genehmigt werden.

### **Hilfsmittel**

**средства вспомогательные  
therapeutic appliance**

Sie umfassen Gegenstände, die beeinträchtigte Körperfunktionen ersetzen, erleichtern oder ergänzen, z. B. Seh- und Hörhilfe, Körperersatzstücke (Prothesen), orthopädische Hilfsmittel, Rollstühle. Sind im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt und werden vom Arzt verordnet.

### **Honorarverteilungsmaßstab (HVM)**

**нормативы распределения врачебных гонораров  
distribution of remuneration**

Von der Kassenärztlichen Vereinigung festgesetzter Verteilungsschlüssel nach dem die Gesamtvergütung auf die Vertragsärzte verteilt wird (nach Art und Umfang der ärztlichen Leistungen).

→ Gesamtvergütung

### **indirekte Kosten im Gesundheitswesen**

**косвенные издержки в здравоохранении  
indirect costs of health service**

Schwer zu bestimmende Größe. Indirekte Kosten können sein: Ausfalltage durch Krankenhausaufenthalte oder volkswirtschaftlicher Schaden als Produktivitätsverlust in Folge von Krankheit der Mitarbeiter.

### **Kassenärztliche Vereinigung (KV)**

**Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV)**

**Ассоциация врачей больничных касс**

**Ассоциация врачей-стоматологов больничных касс**

**Regional Association of Statutory Health Insurance Physicians**

**Regional Association of Sick Fund Dentists**

Körperschaft des öffentlichen Rechts, die vor allem den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung der Versicherten hat. Ihre Selbstverwaltungsorgane sind: Vertreterversammlung und Vorstand. Sie steht unter der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Sie ist Vertretungsorgan aller Vertragsärzte und zuständig für:

- die Interessenwahrnehmung der Vertragsärzte
- die Rechtswahrung gegenüber den Krankenkassen
- die Einhaltung des Sicherstellungsauftrages, einschließlich Notfalldienst
- den Abschluss der Gesamtverträge bzw. anderer Verträge sowie der Gesamtvergütung (Honorarvertrag) mit den Krankenkassen
- den Erlass, die Aufstellung, Erarbeitung, Festlegung des Honorarverteilungsmaßstabs
- die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen gemeinsam mit den Krankenkassen.

Den gleichen Auftrag haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung.

**Kassenarztrecht**  
**врачебно-страховое право**  
**law of panel doctors**

Dieses Recht regelt den Zusammenschluss von Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung.

→ Sicherstellungsauftrag

**Komplexgebühr**  
**гонорар комплексный**  
**complex (aggregated) fees**

Gebühr, die mehrere einzelne ärztliche Leistungen (die zu einem Behandlungskomplex gehören), die auch einzeln vergütet werden könnten, zusammenfasst.

**Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG)**  
**Согласованные действия в здравоохранении**  
**Concerted Action in Health Care**

Gemeinsame Entwicklung von medizinischen und wirtschaftlichen Orientierungsdaten sowie Vorschlägen zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen durch Vertreter aller an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung beteiligten Gruppierungen. In Deutschland seit Juli 1977 per Gesetz eingeführt. Dabei ist der Grundsatz der Beitragsstabilität zu beachten. Wissenschaftliche Unterstützung erhält die Aktion durch den Sachverständigenrat der KAiG.

**Kopfpauschalsystem**  
**система подушевой оплаты**  
**capitation fee**

Vergütungssystem zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen. Kopfpauschalen sind eine Pro-Kopf-Abgeltung der Krankenkassen aller Leistungen zur ärztlichen Versorgung von Versicherten in einem bestimmten Zeitraum. Art und Umfang der tatsächlich erbrachten Leistungen sind für die Höhe der Vergütung ohne Belang. Die Höhe der Gesamtvergütung ergibt sich beim Kopfpauschalsystem als Produkt der Zahl der Kassenmitglieder mit DM-Betrag der Pauschale. Hierbei tragen die Ärzte das Morbiditätsrisiko der Versicherten und die Kassen das Risiko eines Mitgliederzuwachses.

→ Einzelleistungsvergütung

**Kosten**  
**расходы (издержки)**  
**costs**

z.B. Kosten der Krankenversicherung: Gesamtheit der Ausgaben für medizinische Leistungen sowie Personal-, Sach- und Investitionskosten der Krankenversicherung selbst.

**Kosten der Krankenhausversorgung**  
**расходы на стационарное медицинское обслуживание**  
**costs of hospital treatment**

Alle laufenden Ausgaben der Krankenkasse zur Heilbehandlung, für Unterbringung und Pflege von Patienten im Krankenhaus und für Geburtshilfe.

### **Kostenbeteiligung**

**участие застрахованных в издержках**

**cost sharing**

→ Zuzahlung

### **Kostendeckungsprinzip**

**принцип покрытия издержек**

**cost covering principle**

Prinzip der Finanzierung, bei dem der Leistungserbringer auf alle mit der Leistungserbringung entstandenen Kosten Anspruch auf Kostenersatz durch die Krankenkasse hat.

### **Kostenerstattungsprinzip**

**принцип возмещения расходов**

**cost reimbursement principle**

Strukturprinzip der privaten Krankenversicherung (PKV), d.h. privat Versicherte müssen grundsätzlich alle Kosten für die Krankenbehandlungen selbst vorfinanzieren. Die PKV erstattet die Kosten je nach Versicherungsbedingungen und nach Vorlage der Arztrechnungen voll oder teilweise. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist die Kostenerstattung als Ausnahme in bestimmten Fällen gesetzlich gestattet, z. B. freiwillig Versicherte und ihre Familienangehörigen können Kostenerstattung wählen. Die Kosten werden dann jedoch nur bis zu dem Betrag erstattet, der bei entsprechender Sachleistung angefallen wäre. Außerdem ist ein Verwaltungsabschlag zu zahlen.

→ Sachleistungsprinzip

### **Kostenexplosion**

**"взрыв издержек"**

**cost explosion**

Unproportional anwachsende Ausgaben, z.B. für Krankheiten oder Gesundheit.

### **Kostenträger**

**плательщик**

**purchaser, third-party payer, payer**

Oberbegriff für alle Einrichtungen wie z. B. Krankenkassen, die die Kosten der medizinischen Versorgung übernehmen.

Betriebswirtschaftlich gesehen ist aus Sicht des Krankenhauses der Patient der Kostenträger.

### **Kostenübernahmeerklärung, Kostenzusage zur Krankenhausbehandlung**

**согласие больничной кассы на оплату расходов по стационарному лечению**

**cost reimbursement agreement for medical treatment in hospital**

In der Regel wird der Patient von seinem ambulant tätigen Arzt, bei dem er in Behandlung ist, bei medizinischer Notwendigkeit zu einem stationären Aufenthalt ins Krankenhaus überwiesen. Diese Überweisung muss in der Regel vorher, d.h. vor der Einweisung, von der Krankenkasse bestätigt werden.

→ Einweisung ins Krankenhaus

→ Selbsteinweisung (ins Krankenhaus)

**Krankenbehandlung**  
**медицинское обслуживание**  
**medical treatment**

Begriff aus dem Bereich der medizinischen Versorgung nach SGB V. Dazu gehören:

- ärztliche Versorgung
- zahnärztliche Versorgung, darunter Zahn-Prothetik
- Versorgung mit Medikamenten, Hygiene-, Hilfs- und Pflegemitteln
- häusliche Krankenpflege
- Krankenbehandlung
- Gewährleistung von Rehabilitationsmaßnahmen.

Der Versicherte hat ein Recht auf diese Leistungen, wenn sie notwendig sind, Krankheiten zu erkennen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

**Krankengeld**  
**пособие по болезни**  
**sick pay**

Geldleistung der Krankenkasse bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit des Mitglieds. Krankengeld wird als Einkommensersatz gezahlt, wenn der Arbeitnehmer während dieser Arbeitsunfähigkeit keinen Lohn oder kein Gehalt vom Arbeitgeber erhält. Die Höhe des Krankengeldes entspricht 80% des regelmäßigen Arbeitsinkommens. Es wird bei Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit für höchstens 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren gezahlt.

**Krankenhaus**  
**больница (стационарное медицинское учреждение)**  
**hospital**

Einrichtung des Gesundheitswesens. Seine Hauptaufgaben bestehen in der Bereitstellung ärztlicher stationärer Leistungen wie Diagnostik, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden sowie in der Pflege durch Krankenschwestern und in der Geburtshilfe. Krankenhäuser befinden sich unter ärztlicher und ökonomischer Leitung, verfügen über eine bestimmte personelle, organisatorische und technische Ausstattung.

**Krankenhausarten**  
**виды больниц**  
**types (kinds) of hospitals**

Krankenhäuser unterscheiden sich u.a. nach den Eigentumsformen, nach der Art und dem Umfang der angebotenen Leistungen, z. B. Krankenhäuser der Grundversorgung oder Krankenhäuser der Hochleistungsmedizin.

**Krankenhausarzt**  
**врач стационара**  
**hospital-based physician**

Im Krankenhaus durch Arbeitsvertrag mit der Krankenhausleitung angestellter Arzt.

**Krankenhausbedarfsplan**  
**планирование ресурсов стационарной помощи**  
**need-related hospital planning**

Feststellung des konkreten Bedarfs an stationärer Krankenhausleistung und damit Bestimmung der Anzahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten, die zu einer

bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung eines bestimmten Gebietes notwendig sind. In Deutschland steht die Planung von Krankenhäusern in der Verantwortung der Bundesländer. Sie weisen Standorte und Entwicklungsbedarf aus. Sofern Krankenhäuser bedarfsgerecht, leistungsfähig und wirtschaftlich sind, werden sie in den Krankenhausplan der Bundesländer aufgenommen, sofern der Bedarf besteht. Damit sind sie automatisch zur Krankenhausversorgung und Abrechnung mit den Krankenkassen zugelassen. Nur mit solchen Krankenhäusern können die Krankenkassen Verträge schließen.

### **Krankenhausbehandlung**

**стационарное медицинское обслуживание**

**hospital treatment, in-patient treatment**

Medizinische Versorgungsleistungen im Krankenhaus als Teil der Krankenbehandlung. Sie kann stationär, teilstationär, vor- und nachstationär; ambulant erfolgen. Die Kosten für den Aufenthalt im Krankenhaus, einschließlich Unterbringung, Krankenbehandlung und Verpflegung, übernimmt die Krankenkasse. Der Patient leistet eine festgelegte Zuzahlung.

### **Krankenhausentgeltverfahren**

**порядок оплаты стационарных медицинских услуг**

**procedure of hospital reimbursement**

Methode zur Leistungsvergütung in Krankenhäusern.

### **Krankenhäuser**

**больницы**

**hospitals**

→ Krankenhaus

### **Krankenhausplanung**

**планирование финансовое в стационарном медицинском учреждении**

**hospital planning**

Jährlicher Wirtschaftsplan des einzelnen Krankenhauses, der alle Einnahmen und Ausgaben enthält. Nicht zu verwechseln mit der Krankenhausbedarfsplanung.

### **Krankenhaustag**

**койко-день**

**one day in hospital**

Ein Tag stationärer Aufenthalt im Krankenhaus.

### **Krankenhausverweildauer**

**продолжительность госпитализации**

**length of stay, period of hospitalization**

Zeitspanne einer Krankenhausbehandlung von der Aufnahme bis zum Entlassungstag. Die Krankenhausverweildauer wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) im Rahmen von Modellversuchen überprüft.

→ Fehlbelegung (im Krankenhaus)

→ Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)

## **Krankenkassen**

### **больничные кассы**

### **health insurance funds, sickness funds**

Rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts in Selbstverwaltung als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung existiert eine Vielzahl regionaler, beruflicher und berufsbezogener Krankenkassen:

- Ortskrankenkassen (AOK)
- Betriebskrankenkassen (BKK)
- Innungskrankenkassen (IKK);
- Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK)
- Bundesknappschaft
- See-Krankenkasse
- Ersatzkassen, wie z. B. Techniker Krankenkasse (TK), Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) und BARMER

## **Krankenkassen-Wahlrecht**

### **право выбора больничной кассы**

### **open enrolment in health insurance**

In Deutschland können seit dem 1.1.1996 grundsätzlich alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ihre Krankenkasse frei wählen. Das Wahlrecht gilt nicht für die kostenfrei mitversicherten Angehörigen (Familienmitglieder). Sie sind an die Wahlentscheidung des Mitglieds der Krankenkasse gebunden. An die Wahl der Krankenkasse ist der Versicherte für mindestens ein Jahr gebunden. Der Wechsel erfolgt durch Kündigung der Mitgliedschaft durch das Mitglied Krankenkasse zum gesetzlich festgelegten Stichtag. Für einen früheren Wechsel gelten gesetzlich geregelte Voraussetzungen, z. B. Beitragssatzerhöhung durch die Krankenkasse oder Arbeitgeberwechsel. Der Versicherte kann wählen zwischen der AOK des Beschäftigungs- oder Wohnortes, jeder Ersatzkasse, der BKK und der IKK des Betriebes, dem der Wahlberechtigte angehört sowie jeder geöffneten BKK oder IKK.

## **Krankenpflege, häusliche**

### **уход на дому**

### **home care**

In der Wohnung des Patienten erfolgende medizinische Behandlungspflege durch Pflegekräfte (in der Regel durch Krankenschwestern). Sie wird unter bestimmten Voraussetzungen neben der ärztlichen Behandlung bis zu einer Höchstdauer von in der Regel 4 Wochen je Krankheitsfall dann erbracht, wenn Krankenhauspflege geboten wäre, aber nicht ausführbar ist oder wenn diese dadurch vermieden oder verkürzt wird sowie immer dann, wenn sie zur Sicherung des Ziels ambulanter ärztlicher Behandlung erforderlich ist. Diese Leistungen fallen in die Zuständigkeit der Krankenkassen (SGB V). Die Pflegeversicherung (SGB XI) als Pflichtversicherung für alle Bürger dagegen hat die Aufgabe, das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit abzusichern.

## **Krankenschein**

### **листок нетрудоспособности**

### **sickness certificate (certification), insurance cheque**

→ Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

## **Krankenschwester**

**сестра медицинская / медицинский брат  
nurse**

Sie übt ihre Tätigkeit zur Krankenpflege nach entsprechender Berufsausbildung in Krankenhäusern, Heimen oder häuslicher Umgebung aus.

Männliche Form: Krankenpfleger.

## **Krankenversicherung**

**страхование на случай болезни**

**health (sickness) insurance**

Die Krankenversicherung gewährt die Absicherung vor finanziellen Risiken im Krankheitsfall. Der Krankenversicherungsschutz wird in Deutschland durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und das System der privaten Krankenversicherung (PKV) gewährt. Beide Versicherungssysteme unterscheiden sich aufgrund verschiedener Versicherungsprinzipien: In der GKV gelten das Solidar- und das Sachleistungsprinzip, in der PKV das Äquivalenz- und Kostenerstattungsprinzip. Grundlegende Unterschiede gibt es auch in der Organisation, Leistungsgewährung, Beitragserhebung und Beitragskalkulation.

→ Solidarprinzip

→ Sachleistungsprinzip

→ Äquivalenzprinzip

→ Kostenerstattungsprinzip

## **Krankenversicherungskarte, Versichertenkarte in der gesetzlichen Krankenversicherung**

**страховая карточка электронная (в системе законодательно установленного страхования на случай болезни)**

**health insurance card, chip card, electronic patient card**

Elektronische Chipkarte, in Deutschland seit 1995, auf der die persönlichen Daten des Versicherten und dessen Versicherungsstatus gespeichert sind (Mitglied der Krankenkasse, Versicherter, Rentner usw.). Sie dient der Zugangsberechtigung zu den Leistungen des gesetzlichen Gesundheitssystems, dem Arzt und den Leistungserbringern zur Abrechnung mit den Krankenkassen.

## **Krankheit**

**болезнь**

**disease, illness**

Mehr oder minder andauernde Beeinträchtigung der Funktionen des Organismus, die eine Veränderung des normalen Lebens des Menschen zur Folge hat.

## **Krankheitsfall**

**случай заболевания**

**sickness case**

Behandlungsfall bei Krankheit, nicht durch Zeit begrenzt.

## **Krankheitskosten**

**расходы в связи с заболеваниями**

**costs of medical treatment (of sickness)**

Direkte und indirekte Kosten im Zusammenhang mit Erkrankungen und Todesfällen.

**Krankheitsverhütung**  
**предупреждение заболеваний**  
**prevention of illness**

Sucht durch vorbeugende Maßnahmen (präventive Leistungen) einen Krankheitseintritt zu verhindern und zu verzögern:

- Erläuterungen und Konsultationen zur Krankheitsverhütung
- Leistungen zur Gesundheitsförderung
- Zahnprophylaxe
- Vorsorgeuntersuchungen
- Mutterschutz
- Prävention (Primär- und Sekundärprävention)

**kurative Behandlung**  
**лечение**  
**curative treatment**

Behandlung (Heilung oder Linderung) einer Krankheit, einschließlich der Erkennung dieser Krankheit. Sie bildet den größten Teil der vertragsärztlichen Tätigkeit.

**Laborgemeinschaft**  
**лаборатория совместная**  
**joint laboratory**

Besondere Form der Nutzung der Laborausstattung. Praktizierende Laborärzte können in einem oder verschiedenen Gebäuden ein Labor unterhalten, mit dem Ziel, vorhandene Labortechnik gemeinsam zur Untersuchung körpereigener Substanzen einzusetzen.

**Lebenserwartung**  
**продолжительность жизни ожидаемая**  
**life expectancy**

Statistisches Ergebnis zur Einschätzung der wahrscheinlichen Dauer des Lebens der Mitglieder einer bestimmten Altersgruppe. Bedeutsam für die Bewertung des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung. In der privaten Krankenversicherung spielen Lebenserwartung und in diesem Zusammenhang Lebensalter eine wichtige Rolle bei der Festlegung des Versicherungsrisikos, d.h. der Beitragshöhe. In der gesetzlichen Krankenversicherung spielt das keine Rolle, da sich der Beitrag nach dem Einkommen richtet.

**Leistung**  
**услуга**  
**benefit, services, health care**

Allgemein: Ergebnis der einzelnen Handlung des Produzenten zur Befriedigung der Bedürfnisse des Verbrauchers.

Speziell Gesundheitsleistungen: Dienstleistungen (z.B. von Ärzten) und Güter (z.B. Arzneimittel) die die Krankenversicherung ihren Versicherten gewährt.

- Leistungskatalog
- Leistungserbringer
- Leistungsempfänger

### **Leistungen des Belegarztes**

**услуги врача больничной кассы, имеющего полномочие на амбулаторное и стационарное обслуживание пациентов**

**services of SHI<sup>39</sup>-physician with in-patient authorization**

Leistungen eines niedergelassenen Arztes, der auf der Grundlage eines Vertrages mit einem Krankenhaus berechtigt ist, seine Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der dortigen Dienste und Mittel voll- oder teilstationär zu behandeln. Die Vergütung seiner Leistungen erfolgt direkt über die KV zu Lasten der Gesamtvergütung, der Leistungen des Krankenhauses auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

→ Belegarzt

→ Belegklinik

### **Leistungsanspruch**

**право на получение медицинских услуг**

**claim for treatment, entitlement to benefit**

Ergibt sich aus der Mitgliedschaft des Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung und wird bei medizinischer Notwendigkeit, konstatiert durch den Arzt, gewährt. Die Leistung muss zweckmäßig, ausreichend und wirtschaftlich erbracht werden.

### **Leistungsarten**

**виды медицинских услуг**

**variety (kind) of outputs**

Unterteilung in ambulante und stationäre oder in präventive und kurative Leistungen oder man betrachtet unter diesem Begriff einen Katalog von Leistungen.

### **Leistungsbedarf**

**потребность в медицинских услугах**

**need-related benefit**

Die Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigungen sind verpflichtet, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach Satzung und Gesetz, jederzeit, örtlich und bedarfsdeckend qualitativ angemessen und im wirtschaftlichen Umfang, einschließlich Notfalldienst, zu gewährleisten. Die Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigungen sind ferner verpflichtet, gemeinsam mit den Krankenkassen eine Bedarfsplanung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu erarbeiten. Der Bedarf errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner zur Zahl der zugelassenen Vertragsärzte entsprechend ihren fachlichen Spezialisierungen.

→ Arztdichte

→ Bedarfsplanung

→ Bedarfszulassung

### **Leistungsempfänger**

**потребитель (медицинских) услуг**

**recipient of benefit**

Derjenige, der die medizinische Leistung erhält. Es können Sachleistungen oder Geldleistungen (z. B. Krankengeld) sein.

---

<sup>39</sup> SHI: Statutory Health Insurance

**Leistungserbringer**  
**производитель медицинских услуг**  
**health care provider**

Personengruppen, mit denen die Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten Verträge schließen: Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Apotheken, Erbringer von Heil- und Hilfsmittleistungen, Hebammen, Anbieter häuslicher Krankenpflege, Rettungsdienste und Krankentransportunternehmen. Um den Versicherten die Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip zur Verfügung stellen zu können, schließen die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Verträge. Alle Leistungserbringer müssen das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten und sind zur Qualität und Humanität verpflichtet.

→ Sachleistungsprinzip

**Leistungskatalog**  
**перечень (каталог) услуг**  
**benefit package, catalogue of benefits**

Konkret definierter Umfang medizinischer Leistungen, auf die der Versicherte der gesetzlichen Krankenkasse Anspruch hat. Er wird durch die Sozialgesetzgebung bestimmt.

→ Leistung

**Leistungskomplex**  
**комплекс услуг**  
**complex of benefits**

Komplex unterschiedlicher zusammenhängender (einzeln abrechenbarer) medizinischer Leistungen, wie z.B. Patientengespräche, Konsultationen oder verschiedene Untersuchungen, die in Form einer Komplexgebühr vergütet werden.

→ Komplexgebühr

**Leistungsträger**  
**производитель медицинских услуг**  
**health care provider**

→ Leistungserbringer

**Leistungsumfang eines Krankenhauses**  
**объём стационарных медицинских услуг**  
**scale of hospital services**

Er wird durch die Art, Menge und Qualität der erbrachten Leistung beschrieben.

**Lohnfortzahlung**  
**выплата по больничному листу**  
**continued payment of wages (salaries) in case of sickness (sickness benefits)**

Durch die Sozialgesetzgebung geregelte Pflicht des Arbeitgebers, dem Arbeitnehmer seinen Lohn wegen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von 6 Wochen fortzuzahlen. Danach erhält der Arbeitnehmer von der Krankenkasse Krankengeld.

**Managed Care**

In den 80er Jahren in den USA entwickelte Strategie.

Fallmanagement durch gezielte wissenschaftliche und vertragsrechtliche sowie organisatorische und Service-Aktivitäten, insbesondere in der Krankenkasse mit dem

Ziel der Kosteneinsparung. Typische Strategien sind die Integration von Versicherung und Leistungserbringung, die Auswahl der Leistungserbringer, die Einführung der Primärarztstruktur und Behandlungsrichtlinien, pauschalierte Vergütung, Bonus-system für wirtschaftliches Handeln der Leistungserbringer (Ärzte).

Typische Managed Care Organisationen in den USA sind die Health Maintenance Organizations (HMO).

### **Maß des Notwendigen**

**«граница необходимого»**

**necessity level**

Ein Kriterium ärztlicher Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, wonach die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein sollen.

### **Medicaid**

Staatliches Programm zur gesundheitlichen Versorgung von sozial schwachen Bevölkerungsgruppen in den USA.

### **Medicare**

Staatliches Krankenversicherungsprogramm zur medizinischen Behandlung für über 65-jährige.

### **Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)**

**медицинская служба больничных касс**

**Medical Review Board of the Local Health Insurance Funds**

Der MDK ist ein medizinischer Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Krankenversicherungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Verhinderung von Leistungsmissbrauch.

### **Medizinproduktegesetz**

**закон о медицинской аппаратуре**

**law governing medical products**

Regelt die Herstellung und Benutzung medizin-technischer Geräte mit dem Ziel des Schutzes der Patienten und des medizinischen Personals während der Anwendung dieser Geräte. Die Geräte unterliegen der ständigen Kontrolle.

### **Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung**

**член больничной кассы (в системе законодательно установленного страхования на случай болезни)**

**member of health insurance fund**

Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist diejenige Person, die Versicherungsbeiträge an die Krankenkasse entrichtet.

→ Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

### **Mitgliedschaft, freiwillige, in der gesetzlichen Krankenversicherung**

**статус добровольно застрахованных в системе законодательно установленного страхования на случай болезни**

**voluntary membership (health insurance)**

Bestimmte Personen, die nicht unter die gesetzliche Versicherungspflicht fallen, können sich in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichern, z.B. Personen sind nicht versicherungspflichtig, wenn ihr Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Freiwillig Versicherten stehen dieselben Leistungen zu wie

pflichtversicherten Mitgliedern. Der Beitrag freiwillig Versicherter wird von den Krankenkassen in ihren Satzungen festgelegt.

→ Beitragsbemessungsgrenze

### **mitversichert (familienversichert)**

**совместно застрахованный**

**co-insured**

Familienmitglieder, wie Ehepartner, die kein eigenes Einkommen haben und Kinder, die sich noch in der Ausbildung befinden, sind von der Beitragszahlung zur gesetzlichen Krankenkasse befreit, sind jedoch über den Beitragszahler der Familie mitversichert (auch familienversichert) und haben Anspruch auf die Leistungen der Krankenkasse.

→ Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

→ Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung

### **monistische Krankenhausfinanzierung**

**финансирование стационарных медицинских учреждений монистическое**

**monistic hospital finance system**

Modell der Krankenhausfinanzierung: Entscheidungs- und Finanzierungsverantwortung für die laufenden Betriebskosten und die Investitionskosten liegen in einer Hand als alleinigen Finanzierungsträger. Dieses Modell wird zur Zeit in Deutschland nicht praktiziert, soll aber langfristig das duale Modell ersetzen.

→ duale (dualistische) Krankenhausfinanzierung

### **Morbidität**

**заболеваемость, частота заболеваний**

**morbidity**

Gesundheitsindikator, mit dem die Häufigkeit von Erkrankungsfällen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem definierten Zeitraum gemessen wird.

### **Mortalitätsrate, standardisierte**

**стандартизованный коэффициент смертности**

**standardized mortality rate**

Verhältnis der Anzahl beobachteter Todesfälle zur Anzahl erwarteter Todesfälle in einer standardisierten Bevölkerung.

### **Negativliste**

**список негативный**

**(drug) negative list**

Liste der Arzneimittel, die aus der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgeschlossen sind.

### **Niederlassung**

**частная врачебная практика**

**practice, establishment**

Praxis, ambulante medizinische Versorgung in Deutschland.

→ Niederlassungsfreiheit

### **Niederlassungsfreiheit**

**открытие частной врачебной практики (свобода выбора местности)**

**freedom of establishment**

Jeder Arzt (Zahnarzt) hat das Recht, sich an einem Ort seiner Wahl zur beruflichen Tätigkeit niederzulassen. Dies gilt nach dem europäischen Gemeinschaftsrecht für alle Ärzte aus europäischen Mitgliedstaaten der EU in gleicher Weise (Richtlinie 75/362/EWG). In Deutschland ist die Zulassung zusätzlich durch die Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erforderlich.

### **Notarzt**

**врач неотложной помощи**

**emergency doctor**

Arzt, der die ambulante Behandlung in Notfällen auch außerhalb der üblichen Sprechzeiten gewährleistet. Jeder Vertragsarzt (Zahnarzt) ist zur Teilnahme am Notfalldienst verpflichtet.

→ Notfalldienst

→ Rettungsarzt

### **Notfalldienst**

**служба неотложной помощи**

**emergency service**

Der ärztliche Notfalldienst wird durch einen Bereitschaftsdienst gewährleistet, um die ambulante Behandlung auch außerhalb der üblichen Sprechzeiten zu gewährleisten. Er ist Teil des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung. Daher ist jeder Vertragsarzt (Zahnarzt) zur Teilnahme verpflichtet. Die Organisation dieses Notfalldienstes ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Im Unterschied zum Notfalldienst gibt es den

→ Rettungsdienst

### **Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)**

**государственная служба здравоохранения**

**public health service**

Die Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland sind im Bereich des Gesundheitswesens für die Aufgabenbereiche Gesundheitsschutz der Bevölkerung, Gesundheitshilfe und Aufsicht über Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens zuständig. Alle Einrichtungen, des öffentlichen Dienstes, die an diesen Aufgaben mitwirken, werden unter der Bezeichnung Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) zusammengefasst. Die Länder können zur Ausgestaltung eigene Gesundheitsdienstgesetze erlassen.

Je nach Infrastruktur ist der ÖGD den Gesundheitsabteilungen der Länderministerien für Gesundheit, den Medizinaldezernaten in den Ländern mit Regierungsbezirken und den örtlichen Gesundheitsämtern zugeordnet.

→ Gesundheitsamt

### **Pflegesatz (Vergütungssatz für Krankenhausleistungen)**

**тариф на текущие расходы в стационарных медицинских учреждениях**

**hospital per diem charge**

Festgelegte Summe pro Zeiteinheit (als Vergütung von Krankenhausleistungen) für jeden Krankenhauspatienten, unabhängig von der Art der Erkrankung und des Umfangs der gewährten Leistungen.

## **Pflegeversicherung**

**страхование на случай потребности в постороннем уходе**

**nursing insurance**

Gesetzliche Pflichtversicherung für alle Bürger. Versichert das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit (SGB XI).

Die Pflegeversicherung wird auch fünfte Säule der Sozialversicherung genannt. Sie wurde in zwei Stufen eingeführt: 1995 ambulante Pflege, 1996 kam die stationäre Pflegemöglichkeit als Versicherungsleistung hinzu.

Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, die organisatorisch bei den Krankenkassen angesiedelt sind. Versicherte der privaten Krankenversicherung sind Mitglied einer privaten Pflegeversicherung.

→ Krankenpflege, häusliche

→ soziale Sicherung

→ Bestandteile der Sozialversicherung

## **Positivliste**

**список позитивный**

**(drug) positive list**

Liste der zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verschreibungsfähigen Arzneimittel, d.h. deren Kosten von dieser übernommen werden.

## **praktischer Arzt**

**врач общей практики (без определённой специализации)**

**general practitioner**

Arzt in eigener Niederlassung zur ambulanten medizinischen Behandlung ohne Angabe einer Spezialisierung. In Deutschland war das bis Anfang der 90er Jahre möglich.

## **praktisches Jahr**

**год практики**

**one year practical training passing through several hospitals**

Praxisausbildung der Medizinstudenten nach der theoretischen Ausbildung. Erfolgt ausschließlich in Krankenhäusern, nicht in Niederlassungen und dauert ein Jahr. Im Anschluss daran erfolgt das erste medizinische Staatsexamen.

## **Prävalenz**

**распространённость**

**prevalence**

Maß, um die Krankheitsfälle einer bestimmten Krankheit zu messen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Zeitraum in einer definierten Bevölkerungsgruppe auftreten. Begriff wird in der Gesundheitsökonomie für Kostenanalysen genutzt.

## **Prävention**

**профилактика**

**prevention**

Sucht durch vorbeugende Maßnahmen (Leistungen) einen Krankheitseintritt zu verhindern, zu verzögern bzw. Krankheitsfolgen zu mildern. Prävention lässt sich unterscheiden nach:

- Primärprävention zur Gesunderhaltung (dafür wird auch der Begriff Gesundheitsförderung gebraucht)

- Sekundärprävention (bereits vorhandene, aber noch symptomlose Krankheiten sollen frühzeitig diagnostiziert und therapiert werden, z.B. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen)
- Tertiärprävention (Rückfälle und Folgeschäden eingetretener Krankheiten sollen durch Maßnahmen verhindert oder gemildert werden).
  - Gesundheitsförderung
  - Krankheitsverhütung
  - Rehabilitation

### **Praxisklinik**

**объединение врачей больничных касс для амбулаторного и стационарного обслуживания пациентов**

**practice clinic**

Kooperationsform von Ärzten: mehrere Vertragsärzte schließen sich zur ambulanten und stationären Versorgung zusammen.

### **Praxiskosten**

**расходы на содержание практики**

**costs of practice**

Umfasst alle Kosten, die durch Ausführung und Vorhalten ärztlicher Tätigkeiten in einer Praxis entstehen, ohne sich exakt einzelnen Leistungen zuordnen zu lassen.

### **Primärarztsystem**

**система первичной врачебной помощи**

**general physician system**

Medizinisches Versorgungssystem, in welchem der Patient einen Primärarzt als erstes Glied einer Versorgungskette aufsuchen muss. Der Primärarzt steuert als gate-keeper den Zugang zur spezialisierten und stationären Versorgung. Die Funktion des Primärarztes wird meist von einem Allgemeinmediziner wahrgenommen. In Deutschland wird dieses System nur in einigen Modellversuchen erprobt.

### **Produktivität**

**продуктивность**

**productivity**

Verhältnis von Aufwand und Nutzen bzw. Ergebnis.

### **Prüfarzt**

**врач-аудитор**

**medical auditor**

Arzt, der im Auftrage der Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung an der Wirtschaftlichkeitsprüfung/ Durchschnittsprüfung mitwirkt.

### **Prüfkarte**

**карта, контрольная**

**check-list**

Dokument zur Nachweisführung über die während der durchgeführten Kontrolle (Wirtschaftlichkeitsprüfung/Durchschnittsprüfung) überprüften Daten.

→ Wirtschaftlichkeitsprüfung

**Punktwert**

**денежная стоимость балла (в единых нормативах исчисления врачебных гонораров)**

**point value**

Der Punktwert ist ein in Pfennigen bemessener Wert, der für die Vergütungshöhe einer ärztlichen Leistung entscheidend ist: indem dieser Wert mit der Anzahl der Punkte einer ärztlichen Leistung (laut Einheitlichem Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen/EBM) multipliziert wird, errechnet sich die tatsächliche Vergütungshöhe der einzelnen ärztlichen Leistung in DM.

→ Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen/EBM)

**Qualität**

**качество**

**quality**

Bezeichnet die Güte von Leistungen. Man unterscheidet zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

**qualitätskorrigiertes Lebensjahr**

**индекс QALY**

**Quality Adjusted Life Years (QALYs)**

Ein QALY entspricht einem Jahr, das in vollständiger Gesundheit verbracht wird. In sogenannten QALY-Tabellen werden verschiedene Interventionen, z.B. medizinische Maßnahmen, im Hinblick auf die Kosten pro gewonnenem QALY zusammengestellt. QALYs sind ein Instrument der ökonomischen Evaluation.

**Qualitätssicherung der Leistungserbringung**

**обеспечение качества (медицинских) услуг**

**quality assurance of services**

Verfolgt das Ziel, die medizinisch erreichbare Qualität der ärztlichen Leistungserbringung tatsächlich auch zu erreichen bzw. zu sichern. Die Leistung muss zweckmäßig, ausreichend und wirtschaftlich erbracht werden, unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der Medizin, ihrer Standards und der begrenzten Finanzmittel.

**Qualitätszirkel**

**кружок качества**

**quality circle**

Entsprechend den Richtlinien zur Qualitätssicherung bilden sich in jeder Kassenärztlichen Vereinigung Ärzteteams, in welchen die Qualität der ärztlichen Leistungen diskutiert, der Nachweis der Notwendigkeit dieser Leistungen geführt und eine kritische Bestandsaufnahme der eigenen Tätigkeit vorgenommen wird. Die Teilnahme an diesen Zirkeln ist freiwillig.

**Regeln der ärztlichen Kunst**

**правила врачебного искусства**

**rules of the art of medical science**

Beschreibt die ärztliche Tätigkeit in ihrer Gesamtheit, die darauf gerichtet ist, zweckmäßig und angemessen Krankheiten zu verhindern, frühzeitig zu erkennen, zu heilen oder zu lindern. Die Regeln der ärztlichen Tätigkeit verändern sich mit dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaft, der Vervollkommnung der Medizin-

technik, den wachsenden Patientenbedürfnissen und den ökonomischen Möglichkeiten.

### **Rehabilitation**

**реабилитация**

**post-hospital rehabilitation**

Schließt direkt an die Behandlung im Akut-Krankenhaus an. Bezeichnung für die Gesamtheit medizinischer, sozialer und anderer Leistungen zur Befähigung des Kranken, am Leben in Beruf, Gesellschaft und im privaten Bereich wieder aktiv teilzunehmen. Diese Leistungen fallen in der Regel (bei Erwerbstätigen) in die Leistungspflicht der Rentenversicherung.

### **Rettungsarzt**

**врач скорой помощи**

**emergency doctor**

Arzt, der in Rettungsdienststellen (Notarztwagen, Rettungshubschrauber) eingesetzt ist. Oft ist er angestellter Arzt eines Krankenhauses. Er verfügt über eine Spezialausbildung und zusätzliche Qualifizierung.

→ Rettungsdienst

→ Notarzt

### **Rettungsdienst**

**служба скорой помощи**

**rescue service**

Im Unterschied zum Notfalldienst gibt es den □ Rettungsdienst zur Gewährleistung lebensrettender Maßnahmen und des Transportes Kranker und verletzter Personen zur Weiterbehandlung in Krankenhäusern. Solche Einsätze werden oft von besonders ausgebildeten Ärzten geleitet. Für den Rettungsdienst (Planung und Zulassung) sind die Länder zuständig. Die Kosten der Rettungsdienst- und Transportleistungen werden von den Krankenkassen getragen.

→ Notfalldienst

### **Richtlinien zur Qualitätssicherung**

**директивы по обеспечению качества**

**directives to guarantee quality**

Die Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigungen erhalten über die Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die Bundesverbände der anderen Leistungserbringer Richtlinien zur Sicherung bzw. Verbesserung der Qualität der medizinischen Behandlung. Die Direktiven regeln die Ernennung und die Tätigkeit beauftragter Vertreter, von Kommissionen und Zirkeln zur Qualitätssicherung sowie das Prozedere bei der Lösung dieser Aufgabenstellung. Ziel der Richtlinien zur Qualitätssicherung ist es, Übereinstimmung zwischen der medizinischen Hilfe, die von einem Spezialisten oder einer medizinischen Einrichtung geleistet wird, und den Anforderungen der Patienten unter Berücksichtigung der modernen Möglichkeiten der medizinischen Wissenschaften und Praxis unter effektivem Ressourceneinsatz herzustellen.

**Risikostruktur**  
**структура риска**  
**risk structure**

Epidemiologisch: Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Ereignisses.  
Gesundheitswissenschaftlich: Gesundheitsbelastung. In der privaten Krankenversicherung bemisst sich die Versicherungsprämie (Police) am individuellen Gesundheitszustand (Gesundheitsrisiko) der zu versichernden Personen. In der gesetzlichen Krankenversicherung spielt der individuelle Gesundheitszustand (damit das Gesundheitsrisiko der einzelnen Personen) keine Rolle für die Höhe der zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge, da diese sich an der Einkommenshöhe orientieren.

**Rote Liste**  
**список красный (фармацевтический)**  
**Red List**

Arzneimittelverzeichnis der Verbände der pharmazeutischen Industrie. Es wird einmal im Jahr herausgegeben. Enthält neben den wichtigsten pharmazeutischen und pharmakologischen Daten von rund 95% aller Fertigarzneimitteln auch wichtige Adressen, Notfallhinweise und Preise.

**Sachleistungen**  
**неденежные ("натуральные") услуги**  
**benefits in kind**

Leistungen der Sozialversicherung, die keine Geldleistungen sind. Die Versicherten erhalten im Krankheitsfall die erforderlichen medizinischen Gesundheitsleistungen, ohne selbst in finanzielle Vorleistung treten müssen.

→ Sachleistungsprinzip

**Sachleistungsprinzip**  
**принцип неденежных услуг**  
**principle of benefits in kind**

Strukturprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (gilt nicht in der privaten Krankenversicherung). Nach diesem Prinzip sind die Krankenkassen verpflichtet, den Versicherten im Krankheitsfall die erforderlichen medizinischen Gesundheitsleistungen zu gewähren, ohne dass diese selbst in finanzielle Vorleistung treten müssen. Die Versicherten erwerben das Recht auf diese Leistungen durch ihre Beitragszahlung. Dieses sogenannte Sachleistungsprinzip verpflichtet die Krankenkassen, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts zu gewährleisten. Hierfür schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern ab. Es existiert in der gesetzlichen Krankenversicherung kein direktes Vertragsverhältnis Arzt-Patient, auf den sich ein ärztlicher Vergütungsanspruch aufbaut. Deshalb kann der Arzt seinen Vergütungsanspruch immer nur gegenüber der Krankenkasse geltend machen.

→ Kostenerstattungsprinzip

→ Sachleistungen

**Selbsteinweisung**  
**госпитализация без направления**  
**self-hospitalization**

Der Versicherte begibt sich ohne ärztliche Krankenseinweisung zur stationären medizinischen Behandlung in ein Krankenhaus (für gewöhnlich muss die Kranken-

hauseinweisung durch die zuständige Krankenkasse bestätigt werden, bevor diese stattfinden kann).

### **Selbstmedikation**

**самолечение (медикаментозное)**

**self-medication**

Eigenbehandlung mit rezeptfreien Arzneimitteln ohne Konsultation eines Arztes.

### **Selbstverwaltung**

**самоуправление**

**self-administration**

Verwaltung der eigenen Angelegenheiten von Körperschaften des öffentlichen Rechts durch selbständige und selbstverantwortliche eigene Organe. Sie sind ohne übergeordnete staatliche Weisungen tätig, stehen jedoch unter staatlicher Aufsicht über die Rechtmäßigkeit der verwaltenden Maßnahmen. Seit 1996 besteht z. B. bei jeder Krankenkasse ein Verwaltungsrat. Dieser bestellt einen hauptamtlichen Vorstand, der Verwaltungsrat trifft alle Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung, beschließt die Satzung und entscheidet über die Höhe des Beitragsatzes. Die Krankenkassen unterstehen der Aufsicht der Länder und des Bundes. Die Selbstverwaltung aller Ärzte der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt über die Ärzte- bzw. Zahnärztekammern, für die an der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmenden Ärzte auch über die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Die Organisation ihrer Selbstverwaltung hat ähnliche Strukturen und Aufgaben wie die Krankenkassen.

### **Sicherstellung, Sicherstellungsauftrag**

**гарантии обеспечения медицинской помощи застрахованным**

**service guarantee**

Verpflichtet die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die ärztliche Versorgung der Versicherten nach Gesetz, Satzung und Vertrag sicherzustellen. Dafür müssen sie ein qualitativ angemessenes, örtlich und jederzeit bedarfsdeckendes und wirtschaftliches Versorgungsangebot, einschließlich eines Notfalldienstes, bereithalten.

### **Solidarprinzip**

**принцип солидарности**

**principle of solidarity**

Das Modell der Sozialversicherung basiert auf dem Solidarprinzip mit dem Ziel des Ausgleichs von Risiken wie Krankheitsfall, Alter und Unfall durch die Gemeinschaft der Versicherten. Der Beitrag richtet sich nach dem Arbeitseinkommen der Versicherten und nicht, wie in anderen Versicherungen, z.B. der privaten Krankenversicherung, nach dem individuellen Risiko. Die Leistungen sind nach dem Solidarprinzip allen Versicherten unabhängig von der Beitragshöhe zu gewähren.

→ Sozialversicherungsmodell

### **Sonderkrankenhäuser**

**специализированные стационары**

**special hospitals**

Krankenhäuser, die Patienten in der Regel nur dann aufnehmen, wenn sie bestimmte Erkrankungen haben, sich vorher angemeldet und eine Krankenseinweisung (des behandelnden Arztes mit Bestätigung durch die zuständige Krankenkasse) haben.

## **soziale Sicherung**

**социальное обеспечение**

**social security**

Im 19. Jahrhundert eingeführtes rechtlich verankertes System, indem wesentliche Lebensrisiken durch Leistungen vom Staat oder von gesetzlich begründeten Leistungsträgern abgesichert sind. Zu den Risiken gehören: Armut, Alter, Krankheit, Arbeitsunfall, Arbeitslosigkeit, Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit.

→ Bestandteile der Sozialversicherung

→ Sozialversicherungsbeitrag

## **Sozialhilfe**

**социальная помощь**

**welfare benefit**

Öffentliche Wohlfahrtspflege, die durch das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) geregelt ist. Leistungen sind die Hilfe zum Lebensunterhalt, wenn der notwendige Lebensbedarf nicht ausreichend beschafft werden kann und auch nicht von anderer Seite erhältlich ist, außerdem die Hilfe in besonderen Lebenslagen.

## **Sozialversicherungsbeitrag**

**отчисления на социальное страхование**

**social insurance contribution, social insurance premium**

Das System der Sozialversicherung in Deutschland besteht aus:

- Krankenversicherung
- Unfallversicherung
- Arbeitslosenversicherung
- Rentenversicherung
- Pflegeversicherung.

Für jeden Bereich dieses Systems zahlen der Versicherte (Arbeitnehmer) und Arbeitgeber jeweils 50% der (durch die Krankenkassen bzw. das Gesetz für die Arbeitslosen-, Renten- und Pflegeversicherung) festgelegten Beiträge, mit Ausnahme der Unfallversicherung: Hier zahlt der Arbeitgeber allein den Beitrag für den beschäftigten Arbeitnehmer. Die Gesamtheit aller Beiträge wird als Sozialversicherungsbeitrag bezeichnet.

## **Sozialversicherungsmodell**

**модель социального страхования**

**model of social insurance, social insurance principle**

Dieses Modell basiert auf dem □Solidarprinzip mit dem Ziel des Ausgleichs von Risiken wie Krankheitsfall, Alter und Unfall durch die Gemeinschaft der Versicherten. Der Beitrag richtet sich nach dem Arbeitseinkommen der Versicherten und nicht, wie in anderen Versicherungen, z.B. der privaten Krankenversicherung, nach dem individuellen Risiko.

→ Bestandteile der Sozialversicherung

→ Solidarprinzip

## **Subventionen**

**субвенции**

**subsidy**

Finanzielle Zuwendungen des Staates an Dritte (Personen, Unternehmen und Organisationen).

**Therapie**  
**терапия**  
**treatment**

Heilung einer Krankheit durch bestimmte Mittel und Methoden.

**Unfallversicherung**  
**страхование от несчастных случаев**  
**accident insurance**

Sichert das Unfallrisiko im Beruf ab. Primäre Aufgabe ist die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Der Arbeitgeber zahlt die Beiträge für den beschäftigten Arbeitnehmer. Dieser übernimmt die Verpflichtung, die Bestimmungen des Arbeitsschutzes sorgfältig zu beachten.

**Untersuchung, medizinische**  
**обследование, медицинское**  
**medical examination**

Untersuchungen, die zielgerichtet auf die Erkennung der individuellen Besonderheiten des Menschen, der Krankheitsdiagnosen, des Krankheitsverlaufs, der Heilungschancen und Prognosen der Heilung sowie der Behandlungsstandards gerichtet sind.

**Vergütung ärztlicher Leistungen (im ambulanten Bereich)**  
**оплата амбулаторных врачебных услуг**  
**remuneration for medical services**

Sie erfolgt als Gesamtvergütung. Diese wird durch die Krankenkassen an die Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigungen entrichtet als Vergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung und von der Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigung auf die Vertragsärzte nach dem Honorarverteilungsmaßstab verteilt. Die Gesamtvergütung kann nach einem Pauschalsystem, nach Einzelleistungen oder nach einem Mischsystem errechnet werden.

- Honorarverteilungsmaßstab
- Gesamtvergütung
- Einzelleistungsvergütung
- Kopfpauschalsystem

**vermeidbare Todesfälle**  
**предотвратимые случаи смерти**  
**avoidable death cases**

Sterbefälle bei spezifischen Krankheiten von ausgewählten Altersgruppen, die vermeidbar gewesen wären, wenn die medizinische Behandlung rechtzeitig und adäquat und nicht fehlerhaft erfolgt wäre.

**Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung**  
**застрахованные в системе законодательно установленного страхования на случай болезни**  
**insured persons**

Versicherte sind die Gesamtheit aller Personen, die Leistungen der entsprechenden Krankenkasse erhalten, einschließlich □ mitversicherte Familienangehörige, die keine Beiträge zahlen, da sie über kein eigenes Einkommen verfügen. bzw. sich noch in der Ausbildung befinden.

- Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung
- mitversichert (familienversichert)

### **versicherungsfremde Leistungen**

**услуги, не являющиеся страховыми (в системе законодательно установленного страхования на случай болезни)**

**alien elements**

Leistung, die nicht durch die Aufgabenstellung der gesetzlichen Krankenkassen begründet ist. In Deutschland wird die Frage diskutiert, ob einige Leistungen tatsächlich durch die gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden müssen oder ob es nicht gerechter wäre, sie aus Steuermitteln aller Bürger zu finanzieren, anstatt durch die Solidargemeinschaft der Versicherten. Es geht z. B. um den Mutterschutz, eine wichtige Aufgabe der Familienpolitik, die gesamtstaatliche Bedeutung hat, zur Zeit aber in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen fällt.

### **Vertragsarztrecht**

**врачебное право (в системе законодательно установленного страхования на случай болезни)**

**contract doctors law**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Die Rechte ergeben sich aus der Gesamtheit der im SGB V, in der Zulassungsverordnung zum Arzt, in den Verträgen und den autonomen Satzungen enthaltenen Bestimmungen. Mit der Zulassung als Vertragsarzt hat der Arzt das Recht, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen und zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen Leistungen zu erbringen.

- Kassenarztrecht

### **Wirtschaftlichkeitsprüfung**

**аудит (контроль экономичности и эффективности)**

**cost effectiveness control, efficiency audit**

Prüft die Verordnungs- und Behandlungspraktiken des Arztes und untersucht, ob die Grenzen der ausreichenden, zweckmäßigen und notwendigen Behandlung eingehalten sind.

### **Zugang zur ärztlichen Versorgung**

**доступность медицинской помощи**

**access (to health care)**

Möglichkeit des Patienten, rechtzeitig, an jedem Ort, in ausreichendem Umfang und zu annehmbaren Bedingungen die notwendige medizinische Hilfe zu bekommen. Der Versicherte der gesetzlichen Krankenkasse hat dabei das Recht, seinen Arzt unter denjenigen Ärzten frei zu wählen, die am System der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen.

- freie Arztwahl

### **Zuzahlung**

**доплата**

**co-payment**

Form der direkten finanziellen Selbstbeteiligung der Versicherten an den Kosten ihrer individuellen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Die gesetzlichen Krankenkassen sehen eine verhältnismäßig geringe Kostenbeteiligung bzw. Zu-

zahlung der Versicherten vor. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung existiert eine Zuzahlungspflicht für folgende Leistungen:

- Aufenthalt im Krankenhaus
- stationäre Rehabilitation
- bestimmte Hilfsmittel
- Heilmittel
- Zahnersatz
- Krankentransport
- Arzneimittel.

Die Höhen der Zuzahlungen, Bereiche und Bedingungen der Kostenbeteiligung ändern sich immer wieder im Ergebnis verschiedener Gesetze zur Gesundheitsreform (da mit Zuzahlungen u.a. verschiedene gesundheits- und finanzpolitische Zielsetzungen verknüpft werden). Beispielsweise sind die Zuzahlungen im Bereich der zahnärztlichen Prothesen gestaffelt, je nachdem, ob der Versicherte die Teilnahme an der Zahnprophylaxe in einem Bonusheft nachweisen kann (der Zahnarzt bestätigt dem Versicherten eine jährliche zahnärztliche Untersuchung mit Stempel und Unterschrift). In der privaten Krankenversicherung existieren andere Zuzahlungsprinzipien, z. B. proportionale Zuzahlungen, Abzugsfranchise und integriertes Franchise.

## Список литературы / Literaturverzeichnis

### 1. Словари, энциклопедии / Wörterbücher, Lexika

**Немецко-русский словарь.** М. «Русский язык». 1995 / **Deutsch-Russisches Wörterbuch.** Verlag Russkij Jazyk, Moskau. 1995

**Новый русско-немецкий экономический словарь.** В.А.Салищев. М. «Руссо». 1997

**Русско-немецкий словарь.** М. «Русский язык». 1991 / **Russisch-Deutsches Wörterbuch.** Verlag Russkij Jazyk, Moskau. 1991

**Словарь делового языка (русско-немецкий / немецко-русский).** Е.В.Юдина, В.Я.Карнаухов. СПб. 1995

**Словарь синонимов русского языка.** З.Е.Александрова. М. «Русский язык». 1989

**Ärztliche Wortwahl / The Doctor's Choice of Words, Verzeichnis technischer Ausdrücke für das Gesundheitswesen / Glossary of Technical Terms for the Health Care Sector, Deutsch-Englisch / English-German.** Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung Abteilung Kommunikation, Leitung: Regina Kißmann, Köln, Redaktion: Ines Körver, Fachliche Beratung: N.Goodwin, University of Hull, Dr. K.Kamke, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Dr. L.von Karsa, Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung, Dr. L.Kimmel, Kassenärztliche Bundesvereinigung, G.W.Selke, Wissenschaftliches Institut der AOK, S.Sollmann Wissenschaftliches Institut der AOK.

**CD-ROM Большая энциклопедия Кирилла и Мефодия 2000.** «Кирилл и Мефодий». 1999

**CD-ROM Информационно-справочная система ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2000. Профессиональная библиотека делового человека.** «Медиа-сервис 2000». 2000

**CD-ROM Словари POLYGLOSSUM (Deutsch-Russisch-Deutsch).** Polyglossum Inc. USA & „ETS“ Publishing House, Russia. 1996

**Europäisches Wörterbuch der Krankenversicherung, Band 1, Deutsch-Englisch / Deutsch-Französisch.** Herausgeber: Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen, Redaktion: Heinz Debold, Dr. Robert Paquet, Essen. 1992

**Fachbegriffe der Deutschen Sozialversicherung, Deutsch, Englisch, Französisch, Russisch.** Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR, Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Frankfurt/M. 1993

**Fachbegriffe der Deutschen Sozialversicherung, Deutsch, Englisch, Spanisch.** Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR, Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Spanische Übersetzung: Claudio Blasco, Frankfurt/M. 1995

**Health Promotion Glossary.** World Health Organization, Geneva. 1998

**Russisch-Deutsches Wörterbuch.** Akademie-Verlag. 1970

**Stichwort: Gesundheitswesen, Ein Lexikon für Einsteiger und Insider.** Stephanie Becker-Berke. KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, Bonn. 1999

**Terminology for the European Health Policy Conference, A glossary with equivalents in French, German and Russian.** World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen. 1994

**Wörterbuch der Gesundheits- und Sozialpolitik, deutsch, englisch, französisch.** Herausgeber: BKK Bundesverband, Essen, Redaktion: Dr. Stephan Burger, Übersetzung: COTEXT Translating, Interpreting, Language Training, Oranmore, Co.Galway, Ireland, Essen. 1999

**Wörterbuch der Gesundheitspolitik / Dictionary of Health Policy.** Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V., Bonn. 1997

**Wörterbuch Deutsch-Russisch.** Daum/Schenk, Verlag Enzyklopädie Leipzig. 1974

**Wörterbuch Public Health.** Herausgeber: Jochen Haisch, Rolf Weitkunat, Manfred Wildner. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. 1999

**Wörterbuch Wirtschaftsrussisch, Deutsch-Russisch.** A.S.Nikiforova. Verlag Slovary Ltd., Moskau. 1993

## **2. Специальная литература, периодические издания / Fachliteratur, Periodika**

В.Бойков, Ф.Фили, И.Шейман, С.Шишкин «**Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства**» *Вопросы экономики*, 1998, № 10, <http://www.iet.ru>

И.Н.Львова «**Медицинское страхование: исторический опыт**», *Медицинское страхование*, 1997, № 16, стр. 60-62.

**Медицинское страхование.** Ю.П.Лисицин, В.И.Стародубов, В.В.Гришин, В.Ю.Семёнов, Е.Н.Савельева. М. 1994

**Налоговый кодекс Российской Федерации, часть вторая. Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 32.**

**Реформирование некоторых отраслей социальной сферы России.** Ред. Институт экономических проблем переходного периода, М. 1999

**Das Gesundheitswesen in Deutschland, Strukturen – Leistungen – Weiterentwicklung.** F.Beske, J.F.Hallauer, 3. überarbeitete Auflage, Deutscher Ärzteverlag, Köln. 1999

S.Shishkin „**Problems of Transition from Tax-Based System of Health Care Finance to Mandatory Health Insurance Model in Russia**“, *Croatian Medical Journal*, Vol. 40, 2/1999, S. 195-201.

S.Shishkin „**The Priorities of Russian Health Care Reform**“, *Croatian Medical Journal*, Vol. 39, 3/1998, <http://www.iet.ru>

**Stand und Zukunft der Krankenversicherung in der Russischen Föderation.** Herausgeber: F.Beske, O.Shepin, A.O.Kern, A.Lindenbraten, Institut für Gesundheits-System-Forschung. Kiel. 1999



# Berliner Zentrum Public Health



In gemeinschaftlicher Trägerschaft der Berliner Universitäten

## ***Blaue Reihe*** **Berliner Zentrum Public Health** (ISSN 0949-0752)

### ***Reihe A: Veröffentlichungen von Mitgliedern des BZPH***

- 95-1 Glossar qualitativer Verfahren (Jutta Schäfer)
- 95-2 Typische Lebenslagen in Deutschland 1986 und 1991 (Judith Fuchs)
- 96-1 Integration gesundheitsfördernder und medizinischer Maßnahmen in der Schwangerschaft (Elke Barbian, Vera Bayer, Giselind Berg, Jeffrey Butler, Renate Fuchs, Konrad Tietze, Inez Werth)
- 96-2 Bürgerinitiativen fördern Gesundheit in der Stadt (Heiner Legewie und Michael Janßen)
- 96-3 Ein Wegweiser zu Anwendung ausgewählter Meßinstrumente zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Kim Bloomfield)
- 97-1 Bibliographie des Berliner Forschungsverbundes Public Health - 1. Förderphase - 1992-1995
- 97-2 Rationierung und kollektive Entscheidungen im Bereich des Gesundheitswesens (H. Ribhegge)
- 97-4 Das Krankenhaus im System der Gesundheitsversorgung (Klaus-Dirk Henke und Dirk Göppfarth)
- 97-5 Angebotsinduzierte Nachfrage bei zunehmendem Wettbewerb? Eine empirische Analyse der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen (Hanfried H. Andersen und Johannes Schwarze)
- 98-1 Das Krankenhaus im Umbruch. Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem (Michael Simon)
- 98-2 GKV ' 97: Kommt Bewegung in die Landschaft? Eine empirische Analyse der Kassenwahlentscheidungen (Hanfried H. Andersen und Johannes Schwarze)
- 98-3 Public Health: Die Kunst des Brückenschlagens. Georges Fülgraff im Gespräch (Heiner Legewie und Barbara Schervier-Legewie)
- 98-4 Neonatales Hörscreening - Gesundheitspolitische Konsequenzen (Klaus-Dirk Henke und Monika Huber)
- 99-2 Der Versicherten - Report. Methodische und inhaltliche Aspekte einer standardisierten Versichertenbefragung. Die Novitas Befragung (Hanfried H. Andersen und Johannes Schwarze)
- 99-3 Pflegeversicherung in Japan. Entwicklung und Prinzipien (Vjenka Garms-Homolová)
- 99-4 Sozialstrukturatlas Berlin 1999 –Eine soziale Diagnose für Berlin- (G. Meinschmidt, M.H. Brenner)
- 2000-01 Auswirkungen von Geld- und Sachleistungen der Pflegeversicherung auf die Angehörigenpflege. Ein mikroökonomisches Modell für Pflegehaushalte (Klaus Peinelt- Jordan)
- 2000-05 Prävention bei Vergiftungsunfällen im Kleinkindalter Wirksamkeit und Kosten einer Interventionsmaßnahme (Sebastian Ziller)
- 2000-06 Evaluation Managed Care-orientierter Versorgungsformen im Gesundheitswesen - ein Werkstattbericht - (Monika Sinha, Klaus-Dirk Henke, Jutta Rübiger, M. Harvey Brenner, Stefan Klatt)
- 2001-05 Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des

Gesundheitswesens senken (Wolfgang Buchholz, Birgit Edener, Markus Grabka, Klaus-Dirk Henke, Monika Huber, Hermann Ribhegge, Andreas Ryll, Hans-Jürgen Wagener, Gert G. Wagner)

### **Reihe B: Weitere Veröffentlichungen: Herausgeber BZPH**

- 97-3 Kollektiv- und Individualinteressen im Gesundheitswesen (Michael Arnold)
- 99-1 Durchführung und Evaluation von Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements im Krankenhaus (Wolf Kirschner und Gerhard Meinschmidt)
- 2000-02 United Kingdom: Exploratory Analysis of the Mortality-Unemployment Relationship with Poisson Distributed Lags (Günter Edenharter, Dieter Friedrich, M. Harvey Brenner)
- 2000-04 Prävention bei Vergiftungsunfällen im Kleinkindalter I Akzeptanz neuer Notfallmaßnahmen durch Ärzte, Laien- Ersthelfer und die betroffenen Kinder (Konrad W. Tietze, Matthias Brockstedt, Ursula Oberdisse)
- 2000-07 Zertifizierung und Qualitätspreise  
Ein Leitfaden für Einrichtungen im Gesundheitswesen (Christa Weßel)
- 2001-04 Tötung auf Verlangen: Das Beispiel Niederlande – Konsequenzen für Deutschland  
Dokumentation zum Symposium am 26.01.2001

### **Reihe C: Veröffentlichungen aus dem Graduiertenkolleg „Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung“ Herausgeber: BZPH**

- 98-5 Graduiertenkolleg Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung  
-Grundlagen einer optimalen Allokation der Ressourcen-
- 2000-03 Fachkonferenz: Integrierte Versorgung – von der Konzeption zur Umsetzung  
-Materialsammlung
- 2001-01 Prioritäten in der psychiatrischen Versorgung (Stefan Weinmann)
- 2001-02 Graduiertenkolleg Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung  
-Grundlagen einer optimalen Allokation der Ressourcen-  
Arbeits- und Ergebnisbericht zum 1.4.2001
- 2001-03 Graduiertenkolleg Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung  
-Grundlagen einer optimalen Allokation der Ressourcen-  
Fortsetzungsantrag für den Zeitraum vom 1.4.2002 bis 31.5.2005

Die Veröffentlichung 99-4 aus der Reihe A ist für 30,00 DM bei der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen zu bestellen. Alle anderen Veröffentlichungen sind gegen Rechnung oder Barzahlung vor Ort für 6.- DM pro Exemplar erhältlich bei:

Berliner Zentrum Public Health  
Geschäftsstelle TEL 11-4  
Ernst-Reuter-Platz 7, 10587 Berlin  
Tel.: 030/314 21 970  
Fax: 030/ 314 21 578, e-mail: [bzph@tu-berlin.de](mailto:bzph@tu-berlin.de)  
[www.tu-berlin.de/bzph](http://www.tu-berlin.de/bzph)

## **Glossary Health Care System**

Russian – German – English

German – Russian – English

This Glossary consists of two parts. In the first, the German and Russian health care systems are described with a focus on the mandatory and the private insurance system.

The second and main part of the glossary presents about 200 terms used in the field of health insurance, hospitals and the ambulatory health services. The glossary offers both translations of Russian terms into German and English and, vice versa, German into Russian and English terms. Detailed explanations are given for about two thirds of all terms in Russian and German.

The glossary is addressed especially to the leadership of health boards and ministries, insurance companies and medical centers as well as for scientists, faculties and students of medicine and economics.