

© П. Каднер, Э.Р. Маттис, 1995

*П. Каднер, Э.Р. Маттис*

## НЕКОТОРЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГЕРМАНИИ

Реабилитационная ортопедо-неврологическая клиника, Бад Теннштедт; Реабилитационная клиника, Бад Геггинг (Германия)

Ортопедическая помощь в Германии предусматривает профилактику, диагностику и лечение врожденных и приобретенных функциональных нарушений, болезней, повреждений и последствий повреждений опорно-двигательного аппарата, а также восстановительное лечение (реабилитацию) больных с патологией опорно-двигательного аппарата, т.е. по своему содержанию ортопедия как дисциплина в Германии соответствует травматологии и ортопедии в России.

Как и в других странах, в Германии ортопедия выделилась из общей хирургии. В 1888 г. в Лейпцигском университете, одном из старейших в стране, была открыта первая кафедра ортопедии, однако лекции по ортопедии еще долго оставались факультативными и экзамена по этой дисциплине не было. Лишь после второй мировой войны лекции стали обязательными и был введен экзамен по ортопедии. Сейчас преподавание ортопедии и соответствующие кафедры учреждены во всех университетах и медицинских институтах страны.

Объединение Германии в 1990 г. принесло с собой для обеих частей страны наряду с политическими многие экономические перемены, которые коснулись самых разнообразных сторон жизни государства. Существенно перестроилась и медицинская служба страны, в том числе ортопедическая помощь населению.

Германия — страна федеративная, в нее входят 16 так называемых «земель», являющихся субъектами федерации и обладающих самостоятельностью в решении многих вопросов, включая вопросы организации медицинской помощи.

Все врачи в Германии являются членами врачебных объединений — «союзов», причем в каждой земле имеется свой союз. Один раз в несколько лет проводятся земельные конгрессы врачебных союзов. Делегаты на них избираются от представителей всех специальностей пропорционально структуре специалистов в каж-

дой земле. Одно из ведущих мест среди обсуждаемых на конгрессах вопросов занимает вопрос подготовки врачей вообще и врачей-«специалистов» в частности.

Учеба в медицинском вузе (или на медицинском факультете университета) продолжается 6 лет. Последний год учебы представляет собой практику в клинике, после чего сдается государственный экзамен и на том собственно учеба заканчивается.

Выпускник медицинского вуза получает право работать по любой избранной им специальности, но *под обязательным наблюдением опытных специалистов*, которые несут за его работу юридическую ответственность. Врач на этом этапе называется *Arzt in Praxis (AiP)*, т.е. врач-практикант. Для приема на работу врачей-AiP клиника должна иметь разрешение местного (земельного) медицинского ведомства. Часть времени врач-AiP проводит в амбулаторных учреждениях, в том числе частных, имеющих на то соответствующее разрешение.

По окончании данного этапа, который длится не менее 18 мес, врач-AiP становится врачом, имеющим право работать самостоятельно по специальности, избранной им на этапе AiP, но только в должности врача-ассистента, не выше. Это обстоятельство стимулирует врачей к последующему обучению, специализации, которая строго регламентирована и в каждой земле строится на основании программы, утвержденной земельным конгрессом. Так, в Тюрингии на последнем конгрессе 12.07.94 были утверждены 41 специальность и программы подготовки по каждой из них. По ортопедии в частности предусмотрен 6-летний срок специализации с экзаменом по ее окончании. Сейчас в Германии обсуждается вопрос о введении единой программы специализации.

Из 6 лет специализации 1 год врач обязан провести в хирургии и 5 лет — непосредственно в ортопедии, однако из этих 5 лет он имеет право потратить полгода на терапию, неврологию или морфологию (по своему усмотрению), а 1 год обязан посвятить амбулаторной практике. Из 1 года работы в хирургии до полугода может быть потрачено на анестезиологию.

Местом специализации являются клиники, имеющие на то специальное разрешение (чаще всего университетские клиники), т.е. соответствующим образом оснащенные и укомплектованные. Этот «допуск» выдается по решению специальной комиссии земельного ведомства здравоохранения — бессрочно или на опреде-

ленный срок. По каждому разделу специализации предусмотрен обязательный минимум знаний и навыков. Например, в Баварии необходимо среди прочего выполнить самостоятельно не менее 180 операций на тазе и нижних конечностях (не менее 35 вмешательств на мягких тканях, в том числе на коже, мышцах, сухожилиях и нервах; не менее 50 операций на костях, в том числе на костный и внутрикостный остеосинтез и ампутации; не менее 95 операций на суставах, включая артроскопию, эндопротезирование, синовэктомию) и не менее 10 операций на позвоночнике, в том числе открытые и закрытые биопсии, эксцизии, некрэктомии, дренирование, декомпрессии, закрытые и открытые вмешательства на дисках и оперативные вмешательства при переломах.

Предусмотрено участие в операциях (не менее 100) высшей степени сложности, в том числе не менее чем в 30 операциях на позвоночнике, конечностях, не менее чем в 10 пластических операциях и т.д.

Программа специализации предусматривает подготовку по патоанатомии и патофизиологии (применительно к ортопедии), основам биомеханики, рентгенодиагностики, ультразвуковой диагностики, реанимации, включая терапию шока, физиотерапии, протезно-ортопедической техники, лабораторной диагностики, реабилитации. В соответствии с этим в рамках специализации врач проходит курсы по рентгенологии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии и др. с получением соответствующих удостоверений. Эти курсы оплачиваются самим врачом, тогда как за всю специализацию он не только не платит, но и получает во время ее прохождения врачебную (ассистентскую) зарплату.

По окончании специализации врач-ортопед получает документ, удостоверяющий его теоретические познания и практические навыки в части диагностики и лечения повреждений и болезней опорно-двигательного аппарата, в том числе оперативного лечения с применением «обычных», «типичных», «не специальных» вмешательств. Для работы с применением так называемых «специальных» ортопедических методов (например, микрохирургических, ревматологических) требуется дополнительное 2-летнее усовершенствование с получением соответствующего сертификата.

Усовершенствование проводится, кроме того, в виде краткосрочных курсов (обычно по выходным дням) — на протяжении нескольких недель или месяцев, в зависимости от програм-

мы. На указанные цели врач имеет право использовать 5 оплаченных рабочих дней в году. За такое обучение платит обычно сам врач. По окончании курсов выдается документ, удостоверяющий право врача-ортопеда выполнять определенные лечебные или диагностические манипуляции — соответственно программе этих курсов.

Принципиально важно, что врач в Германии имеет право оказывать лишь те виды помощи, которые четко определены его подготовкой, обучением. Исключается, например, аппендэктомия в исполнении ортопеда, не имеющего сертификата о подготовке по абдоминальной хирургии, даже если он прекрасно владеет техникой этой операции. Исключается «самодеятельная» хиропрактика (мануальная терапия) в исполнении ортопеда, не получившего соответствующей подготовки. Неотложные манипуляции по жизненным показаниям выполняются независимо от специальности врача, однако эти манипуляции включены в программу обучения врачей всех специальностей.

Ортопедическая помощь в Германии осуществляется: 1) в так называемых «острых» больницах; 2) в больницах для восстановительного лечения (Reha-клиниках); 3) в частных ортопедических амбулаториях. Около 55% врачей, в том числе ортопедов, ныне работают в системе частной практики, около 40% — в клиниках (стационарах), остальные 5% — в министерствах, управлениях, страховых компаниях (больничных кассах), фармацевтической промышленности и т.д., т.е. собственно лечебной работой не занимаются.

Разделение больниц на «острые» и «Reha» основано на том известном факте, что консервативное, в том числе послеоперационное лечение ортопедических больных в хирургических стационарах обходится неоправданно дорого. В «острых» больницах пациенты получают в основном ортопедо-хирургическую и травматологическую помощь, в том числе неотложную консервативную, либо те виды помощи, которые требуют специального оборудования, специальных условий. В послеоперационном периоде, а также в случаях, когда больной с самого начала нуждается в «типовом» консервативном лечении (например, консервативное лечение при большинстве артрозов), пациенты поступают в Reha-клиники.

«Острые» больницы, как правило, многопрофильны, что облегчает лечение больных с сопутствующей патологией и политравмой.

Больницы для восстановительного лечения чаще монопрофильны либо состоят из двух-трех клиник. Ортопедические клиники часто «соседствуют» с неврологическими, что позволяет наиболее эффективно помогать нейроортопедическим больным. «Острые» клиники чаще принадлежат государству в лице местной администрации — земельной, городской, окружной и др. Больницы для восстановительного лечения обычно являются частной или коллективной собственностью и принадлежат больничной кассе, акционерному обществу, частному лицу. Известны крупные концерны, владеющие значительными группами клиник в разных городах, например, «AG MEDIAN-Klinik».

Потенциал больницы определяется не ее официальным административным уровнем, а только «калибром» работающих в ней специалистов. Это исключает необходимость направления сложных больных «снизу вверх», но не исключает возможности обратного перемещения пациентов, если «внизу» работает авторитетный специалист в том или ином разделе ортопедии.

Объем помощи в разных клиниках также не определяется их административным уровнем и существенно различается. Для самой клиники это имеет исключительно финансовое значение: меньше объем оказываемой помощи — меньше доход и прибыль клиники.

В «острых» больницах пациенты находятся обычно до 4 нед, потом при необходимости дальнейшего лечения переводятся в Reha-клиники, где средняя продолжительность их пребывания составляет 4—6 нед (для больных травматологических — несколько больше). Кроме собственно лечения, в этих клиниках осуществляется и медицинская часть профессиональной реабилитации или, при необходимости, профессиональной переориентации пациентов. В случае значительного снижения трудоспособности здесь готовят документы для перевода больного на пенсию по нетрудоспособности.

Амбулаторная ортопедическая помощь оказывается преимущественно частнопрактикующими ортопедами.

Общая тенденция состоит в максимально рациональном использовании стационарных коек. Широкое распространение получила практика так называемых «частичных» стационаров: больной живет дома, но получает лечение в стационаре в полном объеме. Разумеется, это требует безупречной организации лечеб-

ного процесса, и она, как правило, бывает обеспечена.

Расширяются показания к амбулаторному лечению, в том числе к амбулаторным хирургическим пособиям. Для этого необходимы соответствующая квалификация персонала и соответствующее оснащение амбулаторного учреждения. То и другое оценивается по конкретным критериям специальными комиссиями, которые определяют право ортопеда-«частника» на выполнение тех или иных манипуляций. Некоторые операции, еще недавно бывшие «прерогативой» исключительно стационаров, ныне стали полностью амбулаторными, например, артроскопия. В целом же границы между амбулаторными и стационарными манипуляциями являются предметом постоянных дискуссий. Надо думать, эти границы никогда не будут окончательными.

В Германии лечение всегда платное. За лечение платят обычно больничные кассы, которые, в свою очередь, получают деньги в виде страховых взносов: страхование от несчастного случая и болезни в Германии обязательно для всех. При невозможности уплаты взносов гражданином это делается государством в рамках социальной помощи. Наряду с обязательным имеется добровольное страхование. Обязательное страхование осуществляется через социальные, т.е. по сути государственные больничные кассы, а добровольное страхование — через частные компании.

Наиболее популярная из социальных касс — так называемая АОК (Allgemeine Ortskrankenkasse). АОК обеспечивает все виды помощи, но по необходимому минимуму, который, однако же, достаточно высок. Эта касса не оплачивает некоторые операции или пособия, не обязательные для сохранения здоровья, но зато оплачивает в необходимых случаях отдельные палаты с соответствующим медицинским и общим обслуживанием. В АОК застрахованы многие рабочие, крестьяне, мелкие служащие, пенсионеры.

Частные больничные кассы оплачивают больший перечень лечебных и диагностических манипуляций, более комфортные условия при лечении в стационаре, но и ежемесячные взносы в них выше.

Стоимость лечения больного определяют сами клиники, точнее — по согласованию с больничной кассой, устанавливается стоимость каждой манипуляции и процедуры. Цены эти пересматриваются ежегодно.



Деньги, получаемые клиниками за лечение больных, обычно являются единственным источником их существования (не считая благотворительных фондов и сборов, которые все-таки ведущей роли не играют). Основная часть дохода клиники (60—70%) идет на заработную плату. Прибыли исчисляются достаточно скромными процентами, но они стабильны, и больничный бизнес считается поэтому выгодным.

Пациенты направляются в ортопедические клиники больничными кассами, которые оплачивают при этом определенный перечень лечебных пособий, заранее согласованный между кассой и клиникой. Клиника может использовать и другие пособия, ей дозволенные к применению, но они не будут оплачены кассой. Если клиника намерена расширить объем помощи, она должна некоторое время выполнять вновь вводимые манипуляции бесплатно (т.е. с убытком для себя), затем получить заключение соответствующих специалистов со стороны о том, что вновь вводимые методы обладают достаточной эффективностью в данной клинике и обеспечивают повышение эффективности лечения в данной клинике. Лишь на этом основании кассы могут согласиться (могут и не согласиться!) на оплату новых видов помощи, лишь после этого новые методы станут для клиники выгодными.

В ряде случаев тот или иной метод в той или иной клинике оказывается по той или иной причине недостаточно эффективным. По проведению проверки данного обстоятельства и выяснении его причин касса может прекратить оплату данного метода лечения в данной клинике. Если клиника в целом перестала удовлетворять кассу (например, стали систематически поступать жалобы пациентов), касса может перестать посылать в данную клинику пациентов или сократить их количество. Последствия таких санкций для клиники очевидны.

Как правило, клиники имеют договоры одновременно с несколькими кассами.

В случае, если больному в процессе лечения по вине врача был нанесен вред, больничная касса выплачивает больному соответствующую компенсацию, но она же может возбудить иск о возмещении ей ущерба виновным врачом. Иски могут достигать значительных размеров, поэтому большинство врачей (ортопедов в том числе) имеют на эти случаи соответствующую стра-

ховку на 3—5 млн марок, что обходится самому врачу в 200—300 марок в год.

Руководство клиники состоит обычно из управляющего (со штатом помощников) и шеф-врачей, являющихся по сути медицинскими руководителями отделений. При наличии двух и более отделений из числа «шефов» один назначается главным шеф-врачом или медицинским директором, т.е. по сути заместителем по лечебной части. В компетенцию шеф-врачей входят вопросы исключительно медицинские, но не административные и не хозяйственные.

Число коек в ортопедических стационарах колеблется обычно от 65 до 100, в больницах для восстановительного лечения оно нередко достигает 150—200. На одного врача приходится, как правило, 25—27 пациентов, на 2—3 ассистентов приходится один старший врач и один шеф — на клинику.

Число клиник и врачей в стране регулируется в основном рыночными механизмами. Ныне один частнопрактикующий врач приходится на 42 тыс. населения в среднем по стране при существенных колебаниях в разных местностях. В Тюрингии, например, при населении 2,5 млн человек в частной практике занято в настоящее время около 100 ортопедов.

Медицинская помощь, как уже говорилось, представляет собой выгодное помещение капитала, поэтому при необходимости в создании новых медицинских учреждений быстро находят инвесторы. Так, в городе Lorach (земля Баден-Вюртемберг) до недавнего времени не было своей детской ортопедической клиники и родители возили детей в соседний город Базель (Швейцария). Однажды муниципалитет подсчитал, сколько денег «уплывает» к соседям, и через год была построена первоклассная детская ортопедическая клиника с полным комплексом хирургического и стационарного лечения. Клиника приняла на себя и помощь окрестным населенным пунктам.

Не лишенная определенных недостатков, система ортопедической помощи в Германии в целом демонстрирует достаточно высокую эффективность и высокое качество лечения больных. С учетом этого обстоятельства основные принципы нынешней организации ортопедии в Германии, очевидно, могут быть использованы или учтены при организации ортопедической помощи в современной России в условиях становления рыночных механизмов хозяйствования.