

СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ФРГ В КОНТЕКСТЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ДИСПРОПОРЦИИ ГОСУДАРСТВА*

* Работа выполнена в рамках исследовательского проекта РГНФ 17-01-00190 "Региональная диспропорция современной Германии: сравнительный анализ социальных индикаторов".

THE HEALTH INSURANCE SYSTEM IN GERMANY IN THE CONTEXT OF REGIONAL DISPARITIES IN THE STATE

T. Khrishkevich

Annotation

The article presents the analysis of the history of reforming the system of compulsory medical insurance in the Federal Republic of Germany in the 1990s – 2000s, the Article examines the changing health insurance system in the context of regional disparities in Germany through the prism of such indicators as average life expectancy in Western and Eastern Germany, the level of fertility and mortality, changing age structure of society.

Keywords: Germany, regional disparities, health insurance, health system.

Хришкевич Татьяна Георгиевна
К.и.н., доцент,
Псковский Государственный
университет

Аннотация

В статье представлен анализ истории реформирования системы обязательного медицинского страхования в Федеративной Республике Германия в 1990–х – 2000–х гг. Статья рассматривает изменение системы медицинского страхования в контексте региональной диспропорции ФРГ через призму таких индикаторов как средняя продолжительность жизни в Западной и Восточной Германии, уровень рождаемости и смертности, изменение возрастной структуры общества.

Ключевые слова:

ФРГ, региональная диспропорция, медицинское страхование, система здравоохранения.

Федеративная Республика Германия является государством с одной из самых успешных рыночных экономик в мире, политическим лидером Европейского Союза, флагманом науки и индустрии. В ФРГ действует целостная система социальной защиты, охватывающая широкие слои населения, а социальные расходы занимают основное место в доле ВВП. В тоже время до настоящего времени не исчезли отдельные признаки региональной диспропорции между восточногерманскими и западногерманскими землями, особенно ощутимые на социальном уровне.

Система социального страхования в Германии охватывает широкий спектр услуг и основывается на ключевых принципах – солидарности, самоуправления, обязательности, эквивалентности и пр. В области здравоохранения доминирующей является система обязательного медицинского страхования (ОМС). Система ОМС – самый значительный финансовый источник услуг здравоохранения, в ней застраховано около 85% населения Германии [21, с. 18].

Обязательное медицинское страхование ФРГ совершенствовалось на протяжении всех лет единства. Одной из задач объединения стало перенесение социальных норм на восточные земли. В мае 1990 г. был подписан Государственный договор о валютном, экономическом и

социальном союзе между ФРГ и ГДР (Vertrag über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik (Staatsvertrag) vom 18. Mai 1990 [18]). Согласно Главе IV ГДР вводились западногерманские правила, касающиеся системы социального обеспечения: страхования по безработице, социальной помощи, пенсионного страхования и пр. Целью являлось соответствие организационных структур социального обеспечения по образцу ФРГ. Система здравоохранения и медицинское страхование в социальных преобразованиях заняли особое место. Пункты 21 и 22 Государственного договора предусматривали обязательство новых земель по адаптации медицинского страхования. На Восточную Германию были перенесены все нормы пятой книги Социального кодекса 1976 г. (SGB V) [16]. Это означало, что жители новых земель имеют право на получение всех преимуществ системы обязательного медицинского страхования. Для медицинских учреждений создавалась возможность отсрочки в пять лет, после чего они должны были перейти на договорные отношения с региональными ассоциациями врачей. Также в перспективе предусматривалось создание новой правовой базы. Таким образом на несколько лет оформились две юрисдикции в области здравоохранения – Восток и Запад.

В первые месяцы единства восточногерманская система здравоохранения столкнулась со многими проблемами. Большое число профессиональных врачей уехало в Западную Германию, начали закрываться амбулатории. К маю 1992 г. 91% работавших ранее в государственных учреждениях, занялись частной практикой. Восточногерманские больницы нуждались в реструктуризации, что привело к выделению нескольких миллиардов на обновление материально-технической базы. В целом интеграция Восточной Германии в западную систему здравоохранения обошлась правительству ФРГ в 3 млрд. марок (1,53 млрд. евро) [11, с. 55].

С 1992 г. начался длительный период реформ, цель которых заключалась в более эффективном использовании ресурсов и рационализации системы в целом. В 1992 г. был принят закон об охране и совершенствовании структуры государственного медицинского страхования. Он инициировал реформу больничных касс, реорганизацию финансирования больниц. Закон ввёл необходимость составления бюджета во всех областях медицинского страхования (расходы на гонорары врачам, закупки лекарственных средств). В 1996 г. новый закон увеличил платежи пациентов, сократил пособия по болезням и снизил продолжительность контроля за лечением. С 1996 г. застрахованные могли сами выбирать больничную кассу. Реформа 1997 г. способствовала усилению самоуправления медицинского страхования, повышению финансовых показателей [20, с. 375]. Особое внимание уделялось больницам, как одному из "столпов здоровья". Инфраструктура по уходу за больными была существенно обновлена за счёт федеральных средств. На Востоке была инициирована инвестиционная программы федерального государственного здравоохранения, цель которой заключалась в увеличении эффективности благодаря сокращению больничных коек. Постепенно уровень стационарной помощи населению был полностью адаптирован к стандартам Западной Германии.

В 1999 г. реформы были продолжены. Согласно закону от 1 января 1999 г. ряд предыдущих нововведений отменялись (например, доплата за медикаменты). В 2000 г. больничные кассы получили возможность привлекать клиентов не только за счёт низких тарифов, но и различных форм обслуживания. В 2001 г. был завершён процесс выравнивания системы обязательного медицинского страхования (Die gesetzliche Krankenversicherung, GKV) с принятием закона, который отменял специальные правила для восточных земель и ликвидировал разницу в условиях для медицинских работников и медицинских страховых компаний. Отменялось бюджетирование медицинских средств. Оно заменялось регулированием медицинских расходов за счёт соглашений между ассоциациями больничных касс и ассоциаций врачей. В 2004 г. был принят закон о системе государственного медицинского страхования. Всё это потребовало дополнительных расходов от государства, в том числе для сглаживания неравенства между востоком и западом.

Новый этап реформ в области здравоохранения связан с деятельностью правительств А. Меркель. Их целью стало сокращение государственных расходов за счёт повышения конкуренции в сфере страховых услуг. К 2006 г. в систему здравоохранения Германии входили 252 государственные компании медицинского страхования (больничные кассы), которые покрывали около 90% населения, т.е. почти 73 млн. человек. Колоссальные расходы на медицинское страхование создали многомиллионный дефицит бюджета, планов по преодолению которого было предложено несколько. В частности, предлагалось отменить систему частного финансирования здравоохранения, чтобы направить деньги богатых в общий котел, повысить налоги, увеличить взносы. В результате реформа приобрела следующий вид. В феврале 2007 г. предусматривалось введение единого для всех больничных касс медицинского страхового взноса и создание общего фонда здравоохранения. С 1 января 2009 г. создавался так называемый "Фонд здоровья" и устанавливалась единая величина страхового взноса по всей стране для всех государственных больничных касс (14,9% от дохода застрахованного, что означало повышение на 0,5%). Средства в фонд должны были отныне поступать из трех источников – примерно поровну от самих застрахованных и их работодателей, а также из госбюджета (в первый год планировалось получить в качестве отчислений от налогов 1,5 млрд. евро). Из этого общего котла деньги перечисляются в больничные кассы с учётом не только количества застрахованных, но и их возраста, пола, состояния здоровья, и наличия, например, хронических болезней. Если кассам денег не хватает, они могут взыскивать со своих членов дополнительные взносы, но не выше 1% зарплаты, а могут вернуть часть, если хозяйствуют бережливо. В результате была упрощена система финансового контроля. Позитивным результатом учреждения Фонда стал процесс слияния больничных касс, которых осталось 186.

С 2011 г. вводился закон об устойчивом и социально справедливом финансировании обязательного медицинского страхования. Реформа подразумевала повышение взносов в государственные больничные фонды (до 15,5%), введение новых условий их взимания и субсидирование неимущих слоёв населения. Взнос работодателей поднимался с 7,0 до 7,3%, личный взнос застрахованных граждан с 7,9 до 8,2%. В отношении Восточной Германии основной упор делался на стимулирование медицинского образования, расширение медицинской практики и центров медицинской помощи на муниципальном уровне, открытие больниц для амбулаторного лечения. Особое внимание уделялось сельским районам, например, через организацию фондов для реструктуризации, а также поддержку хосписов и паллиативной помощи. Результатом вновь стала положительная динамика в занятости в медицинской сфере и рост заработной платы. В тоже время ОМС продолжает испытывать определённые трудности. Показательными являются расходы

на ОМС, которые росли весь период объединения. С 1999 по 2005 г. они увеличились с 124 млрд. до 143 млрд. евро, т.е. на 16%. В то же время поступления в систему ОМС увеличились на 21%: с 120 до 145 млрд. евро [17, с. 21]. Имеющийся дефицит между поступлением средств и расходами имеет частичный региональный контекст. Действие таких факторов как растущая безработица, изменение демографической ситуации (рост числа пенсионеров) в значительной мере характерно для восточногерманских земель. Для компенсации разрыва фонды ОМС имеют определённые финансовые резервы, которые, например, в конце 2014 г. составили около 28 млрд. евро [11, с. 56].

Недостаточность финансирования ОМС связана с тем, что размер взноса напрямую зависит от заработной платы. То обстоятельство, что взносы в систему обязательного медицинского страхования делают только работающие граждане и их вклад зависит от зарплаты, осложняется ситуацией, в которой с увеличением числа безработных и работающих на неполный рабочий день возникает необходимость увеличения размеров взносов. Кроме того, система обязательного медицинского страхования не в состоянии компенсировать убытки за счет дополнительных поступлений в результате увеличения уровня доходов хорошо зарабатывающих граждан. Основанием для беспокойства становится действие двух параллельных систем – обязательного и частного медицинского страхования. Участниками частного страхования в ФРГ могут быть граждане, чей доход превышает определённый минимальный уровень (Mindestein kompensgrenze), т.е. наиболее обеспеченные. Зачастую это чиновники и служащие, чья медицинская страховка состоит из двух частей: частичное страхование по специальным тарифам для служащих и субсидируемая государством (при наступлении страхового случая часть расходов по лечению покрывает госбюджет) [19, с. 12]. Таким образом, их деньги уходят в систему частного страхования. Возникает замкнутый круг региональной диспропорции в системе ОМС. Население Восточной Германии имеет в среднем меньший доход и среди них большее количество людей находится за чертой уровня бедности. В Восточной Германии проживает большее количество тех, кто относится к системе обязательного медицинского страхования. Так, средние расходы на одного страхователя в системе частного страхования в период с 1992 г. по 2001 г. возросли на 43 %, а расходы на одного страхователя в системе обязательного – на 29% [14, с. 48].

Особенности системы обязательного медицинского страхования и медицинского обеспечения в целом в постобъединительный период стали предметом анализа ряда научных учреждений в ФРГ. Заметное место среди них занимает Институт Роберта Коха (Robert-Koch-Institut, RKI) [7], Рейнско-Вестфальский Институт экономических исследований (Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung, RWI) [13], выпускающие многочисленные обзоры, статьи и исследования о состоянии

немецкого здравоохранения и его отдельных элементов [9; 10; 1; 3]. Проблемы здравоохранения на Востоке и Западе Германии нашли отражение в Ежегодных отчётах федерального правительства о германском единстве, издаваемых с 2013 г. [11; 12] Обширные сведения о состоянии здравоохранения в ФРГ содержатся в материалах Федерального министерства здравоохранения [5] и Федерального ведомства статистики [8]. Все они уделяют пристальное внимание результатам реформы системы медицинского страхования, состоянию больниц, проблемам ухода, а также индикаторам, указывающим на достижение медицинского страхования. В первую очередь за основу берутся как демографические показатели, так и данные относящиеся к системе здравоохранения в целом. Это сведения о продолжительности жизни, росте числа пенсионеров, уровне рождаемости и смертности, количестве сердечно-сосудистых заболеваний, уровне смертности от них, количестве врачей, больниц и медицинских центров.

По оценкам Ежегодных отчетов о германском единстве важнейшим индикатором положительной динамики в системе ОМС и здравоохранения является изменение демографической ситуации. С улучшением системы медицинского страхования и ухода за больными, средняя продолжительность жизни в Восточной Германии за последние 25 лет заметно возросла. Так в 1991 г. у мужчин бывшей ГДР она составляла 70 лет, у женщин 77, в 2014 г. – 76 и 83 соответственно [12]. Для сравнения в старых землях ФРГ: у мужчин: в 1991 г. – 73 года, в 2014 г. – 77 лет, у женщин – 79 и 83 года. Сокращение различий между востоком и западом Германии в продолжительности жизни обусловлено как повышением качества жизни в целом, так и обеспечением на высоком уровне комплексного и легкодоступного медицинского лечения и ухода. Снижается смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. В начале 1990-х годов количество смертей от них у женщин и мужчин в Восточной Германии было 1,5 раза выше, чем в Западной Германии. В 2014 г. она снизилась с 700 случаев до 290 у мужчин и 450 до 190 у женщин (на 100 тыс. человек) [12].

Увеличение продолжительности жизни оказывает и обратное воздействие на социальную систему Германии в целом. Одновременно с ростом продолжительности жизни изменилась возрастная структура населения, влияя на расходы здравоохранения и медицинского страхования. В частности, увеличение количества пожилых людей приводит к повышению расходов на пенсионное обеспечение и на GKV. Так, с 1992 по 2005 г. расходы на GKV выросли на 40,1%, в то время как ВВП увеличился на 38,4%. Перепись, проведённая в 2011 г. показала, что возрастная категория "старше 65 лет" составила 16 млн. 517 тыс. 450 человек при общей численности населения 80 млн. 219 тыс. 695 человек. Количество жителей в возрастной группе "моложе 18 лет" насчитывает всего 13 млн. 138 тыс. 580 человек, в группе "от 18 до 29 лет" – 11 млн. 391 тыс. 700, "от 30 до 49 лет" – 22 млн. 838

Таблица

Структура населения по возрастным группам в 1990, 2014 и 2030 гг. (в %) [12, с. 49].

	Западная Германия				Восточная Германия			
	Моложе 20	От 20 до 64	От 65 до 79	Старше 80	Моложе 20	От 20 до 64	От 65 до 79	Старше 80
1990	21,0	63,8	11,4	3,8	25,2	61	10,3	3,4
2014	18,7	60,7	15,1	5,5	15,7	60,2	17,8	6,4
2030	17,7	55,7	19,1	7,5	16,4	51,4	23,0	9,2

тыс. 880 и "от 50 до 65 лет" – 16 млн. 333 тыс. 080 человек [4]. В динамике численность людей старше 60 лет в старых и новых землях выглядит следующим образом: в 1980 г. – 15,2 млн. (19,4%), в 1990 г. – 16,3 млн. (20,4%), в 2000 г. – 18,4 млн. (22,4%) [2, с. 360].

Прогнозы показывают, что при сохранении нынешних темпов снижения рождаемости к 2050 г. количество пенсионеров может составить 38,9 % при общей численности населения 74 млн. человек [2, с. 170], что увеличит нагрузку на социальные фонды.

Существенным индикатором является уровень рождаемости и смертности. В период с 1990 по 2013 г., население восточных земель сократилось на 15% (за счёт всех показателей, включая сокращение рождаемости и миграцию). В целом в Германии прирост населения начал сокращаться с начала 1970-х гг. и число умерших превысило число родившихся. Смертность в Германии ежегодно составляет около 1% от общего числа населения, т.е. от 820 тыс. до 850 тыс. человек. Коэффициент рождаемости начал непрерывно увеличиваться с 1997 г. по 2006 г., но это не компенсировало количество умерших [17]. В процессе объединения старые земли смогли несколько компенсировать дефицит рождаемости в основном за счёт иммиграции, но в Восточной Германии этого не произошло [15]. Кратковременное увеличение рождаемости было отмечено в Восточной Германии в первые четыре года объединения. С 1995 г. началось падение. Эта тенденция усилилась в Восточной Германии в связи с массовым исходом, особенно в 1990-х гг. Заметную часть выезжающих составляли молодые женщины. Только в 2007 г. общий коэффициент рождаемости восточногерманских земель достиг уровня Западной Германии, началось небольшое увеличение, но не превышающее необходимых для восполнения населения показателей. Так в 2014 г. в Западной Германии коэффициент рождаемости на одну женщину составил 1,47, в восточной Германии – 1,54. Подобное увеличение рождаемости не может остановить спад и старение населения в долгосрочной или даже среднесрочной перспективе. Для того, чтобы заменить предыдущее поколение, общий коэффициент рождаемости должен составить 2,1 ребенка на одну женщину. Кроме того, к 2020 г. в ФРГ ожидается снижение числа потенциальных матерей. По результатам последнего демографического прогноза, до 2030 г. в восточногерманских землях рождаемость составит около

22% и около 4% в западногерманских [17].

Стремление к повышению эффективности медицинского обслуживания, и конкуренции производителей медицинских услуг привело к тому, что в Германии с 1991 по 2015 г. заметно сократилось количество больниц. В 1991 г. их число составляло 2 411, в 1995 г. – 2 325, в 2000 г. – 2 242, в 2005 г. – 2 139, в 2010 г. – 2 064. В 2015 г. их осталось 1 956 [10, с. 11]. Одновременно с этим шёл рост частных клиник. На начало объединения количество частных больниц достигало 15%. В настоящее время их численность выросла в два раза. Сравнение динамики количества частных, государственных и благотворительных больниц в Германии показывает систематическое снижение численности государственных клиник при росте коммерческих. Востребованность частного сектора здравоохранения приводит к улучшению его финансового положения. Анализ экономической ситуации в клиниках ФРГ, проведённый Рейнско-Вестфальским институтом экономических исследований показывает, что каждая шестая государственная больница в Германии находится под угрозой банкротства [13]. При этом сопоставление западногерманских и восточногерманских больниц показывает, что положение в клиниках в Восточной Германии заметно улучшилось. Если в таких западногерманских землях как Бремен, Баден-Вюртемберг, Бавария и Гессен ситуация ухудшается, то в Восточной Германии структурные изменения за последние десятилетия принесли свои положительные плоды.

Накопившиеся проблемы вызвали к жизни очередной этап законотворчества бундестага. 23 июля 2015 г. вступил в силу закон об усилении обеспечения обязательного медицинского страхования [6]. Основными целями которого являются обеспечение комплексного амбулаторного медицинского обслуживания, расширение доступа пациентов к медицинским услугам и продвижение инновационных форм помощи. В соответствии с законом увеличивается поддержка экономически слаборазвитых земель и коммун. Закон позволит в будущем создавать местные медицинские центры и, таким образом, активно влиять на предложение медицинских услуг в регионе, улучшая социальную инфраструктуру. Эти меры ориентированы на усиление контроля за качеством медицинских услуг, развитие финансирования больниц и перераспределение контроля над ними. Для проведения реформы выделяется финансирование в объёме до 660 млн. евро.

За 25 лет единства Федеративной Республики Германия система здравоохранения подвергалась реформированию 14 раз. Наиболее частым предметом изменений являлось обязательное медицинское страхование, что объясняется изменением возрастной структуры населения, сокращением рождаемости, увеличением количества пенсионеров. Непрерывающийся рост нагрузки на социальное страхование, увеличение расходов государства требовали оптимизации. Проведённые реформы имели как положительные, так и негативные последствия. Рост конкуренции в медицинской сфере, повышение качества медицинского обслуживания до некоторой степени способствовали росту продолжительности жизни, сокращению смертности от различных заболеваний. Реформы увеличили количество врачей. В тоже время были повышены цены на лекарства, введены доплаты на услуги зубных врачей, сократилось количество

больниц. На пациентов остаётся всё меньше времени, а клиники вынуждены экономить.

Несмотря на то, что немецкая система здравоохранения считается весьма эффективной она обходится государству дороже с каждым годом, а решающих улучшений не следует. Свою роль играет сохраняющаяся региональная диспропорция. Она ощутима в демографическом контексте, уровне доходов населения, что автоматически сказывается на ОМС. Государству всё еще приходится выделять деньги на экономически неблагоприятные земли. Политика государства в области здравоохранения сегодня далека от завершения. Она потребует дополнительного совершенствования и финансирования. И речь должна идти в первую очередь о снижении демографического эффекта на систему обязательного медицинского страхования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Anzahl der Krankenhauser in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2015 [Электронный ресурс]: URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000/> (дата обращения: 04.08.2017).
2. Backer G., Naeyele G., Bispinck R., Hofemann K., Neubauer J. Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. B. II. Heidelberg, 2010. 616 s.
3. Beitrage zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin, Robert Koch-Institut, 2009.
4. Bevolkerung [Электронный ресурс]: URL: https://www.destatis.de/DE/Methoden/Zensus/_/Zensus.html (дата обращения: 26.07.2017).
5. Daten des Gesundheitswesens 2016. Bundesministerium fur Gesundheit. Berlin, 2016. 164 s.
6. Das Gesetz zur Starkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstarkungsgesetz – GKV-VSG) [Электронный ресурс]: URL: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1211.pdf#_bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1211.pdf%27%5D__1501842196990 (дата обращения: 04.08.2017).
7. Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes [Электронный ресурс]: URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=gast&p_aid=41020254&p_sprache=D (дата обращения: 03.08.2017).
8. Gesundheitsausgaben [Электронный ресурс]: URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html> (дата обращения: 04.08.2017).
9. Gesundheit in Deutschland / Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: Robert Koch-Institut, 2015. 510 s.
10. Grunddaten der Krankenhauser. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2016. 155 s.
11. Jahresbericht der Bundesregierung zum Stand der Deutschen Einheit. Berlin, Bundesministerium fur Wirtschaft und Energie, 2015. 118 s.
12. Jahresbericht der Bundesregierung zum Stand der Deutschen Einheit 2016. Berlin, Bundesministerium fur Wirtschaft und Energie, 2016. 100 s.
13. Krankenhaus Rating Report 2015: Kurzfristig höhere Erträge, langfristig große Herausforderungen [Электронный ресурс]: URL: <http://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/198/> (дата обращения: 03.08.2017).
14. Lauterbach K.W. Die Burgerversicherung. Berlin, 2004.
15. Migrantanteil in Deutschland nach Bundesländern [Электронный ресурс]: URL: http://www.statistik-portal.de/BevoelkGebiet/Indikatoren/BV-BS_migranten.asp (дата обращения: 03.07.2017).
16. Sozialgesetzbuch (SGB V). Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung [Электронный ресурс]: URL: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/5.html> (дата обращения: 04.08.2017).
17. Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede, April 2011 [Электронный ресурс]: URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_fid_anzeige?p_fid=13932&p_fund_typ=TXT&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=3706708&p_prot=1 (дата обращения: 04.08.2017).
18. Vertrag uber die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik (Staatsvertrag) vom 18. Mai 1990 [Электронный ресурс]: URL: <http://www.kas.de/wf/de/71.4517/> (дата обращения: 26.07.2017).
19. Иудин А. А., Шпилев Д. А. Современная немецкая социология (обзор). Исследования в области здравоохранения. Нижний Новгород: НИСОЦ, 2010. 72 с.
20. Социальная политика и социальное государство в Германии / Л. Н. Корнева, С.В. Арапина, А.М. Бетмакаев и др. / отв. ред. проф. Л. Н. Корнева. Кемерово: Кузбассвузиздат, 2014. 455 с.
21. Юнусов Ф., Эберхард Г., Зимина Э., Комаров С. Управление здравоохранением и организация медицинского страхования: Этюды сравнительного анализа в России и Германии. Москва: Артиком, 2007. 142 с.