

德国卫生系统

德国卫生系统的资金筹措

德国医疗服务资金的来源主要包括医疗保险参保人缴纳的款项以及企业雇主的必缴部分款项。此外，还包括联邦州的税收资金补贴，例如：资助医院的翻新项目或者新建项目。各个联邦州，当然也包括柏林联邦州，负责医院的规划工作，并将会酌情确定对补助金的需求以及补助金的具体数目。

德国医疗保险体系

德国公民有缴纳医疗保险的义务。主要分为两类：大约有 90% 的公民参加的是公立医疗保险，有大约 10% 的公民参加的是私人医疗保险。参加公立保险的患者，在入院诊治前不必预付任何治疗费用。医院会为患者提供医疗服务，并与患者参保的医疗保险公司结算费用。医院还额外提供所谓的可选服务，只有当这些服务项目超出了必要的医疗护理标准时（例如：主任医师治疗、单间病房或者舒适病房），才必须由患者额外进行支付。参加私人保险的患者在接受治疗之后将收到一份其先支付费用的发票，患者持该发票可在其保险公司处重新取回这笔费用。私人保险有时候也会为可选服务的费用提供报销，这样主任医师治疗或者搬入单间病房的费用便可以完全由保险公司承担。

德国卫生系统之对比

根据经合组织的调查研究，德国卫生系统在国际层面的对比中脱颖而出。患者候诊时间低于平均水平，而在与总人口数量的对比中，医生和医院床位的数量则要高于平均水平。在经合组织的对比调查中可以看到，护理人员的数量也超出了平均水平。德国患者对门诊服务也给予了高出平均水平的评价，德国门诊时间专门设了一位提供咨询服务的医生，患者可以向其提出问题，了解医疗方案的具体实施。

德国卫生系统的特点

德国卫生系统是以分散组织形式构建的，并采用了自我管理的原则。尽管国家为医疗服务设定了主要的框架条件，但组织以及融资方面仍由医生、医院、医疗保险公司和医疗保险投保人代表董事会所掌控。他们构成了所谓的联合联邦委员会，其有权作出决定的内容包括：保险公司需承担哪些服务，或者为保证卫生系统门诊部及住院部的质量需要采取哪些措施。

德国医院和诊所的质量保证

医生执业条例中规定必须定期进行进修，这样医生才能够有资格按照最新公认的标准对患者进行治疗。此外，还对诊所和医院提出了其他质量要求：医院必须每两年创建并公布一份结构化质量报告。同样，医院必须将其医疗治疗的数据转交给一家独立的机构（负责医疗保健质量保证和透明度的机构），该机构将以严格的标准对可能存在的异常事件进行审核。

并且还对诊所作出了法律层面的规定，必须采用一种质量管理体系。由联邦州开业医生协会以抽样的方式进行相关的审核，并予以公布，以确保遵守了这项规定。很多医院自愿参加了进一步的认证，而诊所很少这样做。

德国卫生保健服务的结算体系

医疗治疗费用在德国是通过强制性计费目录来确定的：在门诊就诊或者住院接受所需的主任医生服务时，将会应用所谓的医生收费条例（GOÄ）。该费用是统一的，并且是强制性规定的，也就是说没有任何执业医师可以随意结算费用。

所谓的 DRG 目录（诊断相关分类）规定了住院治疗时的费用。其是根据所作诊断及所推荐相应治疗方案计算得出的。选择诸如主任医生治疗或入住单间病房或舒适病房之类的额外服务时，可能会产生其他费用。患者需承担非医疗服务费用，例如：要求机场接机或者口译服务，这些费用可能还需要额外计费。

其他信息请参见以下网站 www.berlin-health-excellence.de