



Eesti
Haigekassa

Годовой
финансовый отчёт
Больничной кассы
2012



Название	Эстонская Больничная касса
Регистрационный код	74000091
Адрес	Лембиту 10, 10114 Таллинн
Телефон	+372 62 084 30
Факс	+372 62 084 49
Эл. почта	info@haigekassa.ee
Адрес сайта	www.haigekassa.ee
Начало хозяйственного года	1 января 2012
Конец хозяйственного года	31 декабря 2012
Основной вид деятельности	государственное медицинское страхование
Правление	Танель Росс (председатель) Мари Матиесен Кулдар Куремаа
Аудиторское объединение	KPMG Baltics OÜ

ISSN 0131-5862
ISSN 2228-3692

Содержание

Обращение правления Больничной кассы – 2012 год в медицинском страховании Эстонии	3
Отчет о деятельности	7
Стратегические задачи Больничной кассы в 2012 году и их выполнение	11
Карта результатов 2012	12
Выполнение задач в 2012 году	13
Принципы обновления списка медицинских услуг	15
Рецептурные препараты стали для пациентов дешевле	17
Деятельность доверенного врача направлена на улучшение результата лечения	19
Нововведения при отслеживании очередей на лечение	21
Введен в использование электронный листок нетрудоспособности или E-TVL	23
Роль руководств по лечению и руководств для пациентов в повышении ориентированности на пациента и развитии партнерских отношений	24
Обратная связь для больниц – новый отчет Больничной кассы	26
Жители Эстонии больше всего ценят в организации здравоохранения систему семейных врачей и цифровой рецепт	28
Отчет о выполнении бюджета в 2012 году	31
Доходы	35
Расходы	37
Расходы на медицинское страхование	37
1. Медицинские услуги	37
2. Продвижение здорового образа жизни	56
3. Лекарственные препараты, стоимость которых компенсируется застрахованным лицам	59
4. Компенсация временной нетрудоспособности	63
5. Прочие денежные компенсации	69
6. Другие расходы на медицинские компенсации	72
Административные расходы Больничной кассы	77
Резервный капитал	79
Резерв по возрастающим рискам	79
Нераспределенная прибыль	79
Приложения к отчету о выполнении бюджета за 2012 год	80
Годовая бухгалтерская отчетность 2012	85
Баланс	86
Отчет о прибыли	86
Денежные потоки	87
Отчет об изменениях в нетто-имуществе	87
Приложения к годовому бухгалтерскому отчету	88
Отчет независимого присяжного аудитора	99
Подписи на отчете за хозяйственный год	100



Мари Матисен
член правления



Танель Росс
председатель правления



Кулдар Куремаа
член правления

Обращение правления Больничной кассы – 2012 год в медицинском страховании Эстонии

В прошлом году прошло 20 лет с момента создания современной системы медицинского страхования в Эстонии. Принципиальные решения, принятые более двух десятков лет назад, оказались верными и единственно возможными. Медицинское страхование в Эстонии обеспечивает жителям страны эффективную и отвечающую международным стандартам медицинскую помощь. В то же время проделанная работа помогла создать надежную основу для дальнейшего развития. Мы все больше ценим современность и доказательность страхового пакета, своевременность получения медицинских услуг, качество лечения и финансовую устойчивость медицинского страхования.

В 2012 году на расходы, связанные с медицинским страхованием, мы запланировали 779 миллионов евро. На финансирование семейной медицины предусмотрено 72 миллиона евро, а на специализированную медицинскую помощь 448 миллионов евро. На льготные лекарства запланировано 102 миллиона евро, на компенсации по временной нетрудоспособности 88 миллионов евро. К концу хозяйственного года мы в полном объеме выполнили бюджет медицинского страхования.

Для застрахованных лиц

Мы повысили доступность медицинского страхования

Одна из главных задач Больничной кассы заключается в обеспечении доступности медицинской помощи. Залогом этого является хорошо функционирующая система семейных врачей. Для повышения доступности общей медицинской помощи мы увеличили объем средств, выделяемых для тех списков пациентов, где много детей, пожилых и пациентов с хроническими заболеваниями. Также

возросла плата за отдаленность, призванная мотивировать семейных врачей, работающих в сельских районах, а также объем фонда исследований (бюджет, из средств которого семейный врач назначает пациенту обследования).

Эстонская Больничная касса стремится предлагать застрахованным лицам наиболее современный пакет медицинских услуг. Поэтому мы регулярно обновляем их список. В прошлом году мы добавили туда 30 новых услуг, связанных, например, с повышением качества трансплантологии, а также лечения рака и диабета. С помощью специалистов в сфере ортопедии, восстановительного лечения и радиотерапии мы обновили описания медицинских услуг в этих областях и модернизировали их финансирование.

В сотрудничестве с профессиональными ассоциациями и другими партнерами мы подготовили ряд изменений, вступающих в силу в 2013 году, для повышения доступности медицинских услуг. В числе прочего с этого года Больничная касса начнет финансировать вторую семейную сестру, что позволит больше консультировать людей по вопросам здоровья. У семейных врачей появится возможность в электронном виде запрашивать точный диагноз пациента и рекомендации по лечению у врачей-специалистов. Сокращаются очереди на проведение операций по эндопротезированию больших суставов, пересадке роговицы глаза, отоларингологических операций. В список медицинских услуг также были внесены услуги, повышающие качество диагностики и лечения диабета, неврологических болезней и онкологии. Восстановительное лечение теперь включает в себя групповые терапии.

Более рациональное использование средств медицинского страхования существенным образом изменило соотношение видов лечения. Так в 2012 году было также увеличено число амбулаторных приемов и приемов в рамках дневного лечения,



а число стационарного лечения сократилось. Поскольку население стареет, все больше требуется услуга медицинского ухода. В целях повышения доступности мы увеличили бюджет данной услуги в опережающем темпе.

Чтобы медицинские услуги были более доступными, мы вернули сниженные во время экономического спада предельные цены на докризисный уровень. Мы приступили к дополнительному глубокому анализу очередей и причин их возникновения для повышения и унификации доступности специализированной медицинской помощи.

Увеличилось число людей, проходящих плановое лечение за границей, а также соответствующее финансирование. В рамках координируемого Министерством социальных дел проекта мы начали подготовку к транспозиции директивы Евросоюза о правах пациента.

Помимо обеспечения доступности медицинской помощи мы также стремимся к тому, чтобы лекарства были пациентам по карману. В 2012 году доля самофинансирования пациентов при покупке рецептурных препаратов продолжила снижаться. За этим стоят различные государственные меры, но хорошие результаты также дала информационная компания Больничной кассы по разумному использованию лекарств. В 2012 году пациенты платили за один льготный рецепт в среднем 6,56 евро. За последние пару лет самофинансирование снизилось на 1,46 евро за рецепт. Таким образом, пациенты все больше выбирали себе в аптеке лекарства по более выгодным ценам. Только в 2012 году людям удалось сэкономить на этом около 9 миллионов евро.

Мы расширили ассортимент медицинских устройств, возмещаемых из средств медицинского страхования. Так же, как и для лекарств, выписка медицинских устройств теперь осуществляется дигитально. Упрощенная система позволила сделать их более доступными для застрахованных лиц.

Информирование застрахованных лиц и профилактика

Информированность жителей Эстонии о связанных с медицинской страховкой правах и обязанностях растет с каждым годом. В 2012 году информированность достигла наиболее высокого за последние

годы уровня в 78%. Больше всего люди знакомы с вопросами, связанными с семейными врачами, медицинской страховкой и скорой помощью. Знаний о страховых компенсациях и Европейской карточке медицинского страхования меньше. Поскольку подавляющая часть людей хочет легко и быстро получать информацию в интернете, мы начали подготовку к обновлению сайта Больничной кассы.

Мы организовали кампанию, популяризирующую разумное использование лекарств. Оказавшаяся очень успешной кампания призвала просить у врача рецепты на действующее вещество и выбирать в аптеке препараты по наиболее выгодной цене.

Мы продолжили совершенствовать организацию скрининговых обследований по выявлению рака груди и шейки матки, чтобы достичь международно признанного уровня охвата. Мы говорили о необходимости скрининговых осмотров в СМИ, отправляли персональные приглашения и предоставляли обратную связь семейным врачам и больницам об участии женщин в таких обследованиях. Мы также принимали участие в создании регистра скрининговых обследований по выявлению рака.

Для предупреждения болезней зубов у детей мы начали действовать не только в детских садах, но и в школах, чтобы обеспечить получение правильных знаний и навыков по поддержанию гигиены полости рта с младенчества до совершеннолетия.

Застрахованные лица могут также получить информацию и консультации в бюро обслуживания клиентов, по электронной почте и по инфо-телефону. На протяжении многих лет наш уровень обслуживания клиентов остается очень высоким. Мы с гордостью констатируем, что смогли поддерживать его и в 2012 году. Исследование показало, что уровень удовлетворенности клиентов обслуживанием в Больничной кассе достигает 97%. Высокие оценки были даны как прямому, так и телефонному и электронному общению.

Для партнеров Договорные отношения с оказывающими медицинские услуги

В 2012 году Больничная касса имела договорные отношения с 1052 предоставляющими медицинские

услуги, в том числе с 19 больницами, входящими в план развития Больничной сети, и 556 предоставляющими прочие услуги. Число партнеров из списка семейных врачей составило 477.

Поддержание и унификация качества медицинской помощи

Для поддержания качества медицинской помощи Больничная касса финансирует составление руководств по лечению. Опираясь на подготовленное в 2011 году справочное пособие по составлению руководств по лечению, в 2012 году мы подготовили руководство для семейных врачей по лечению гипертонической болезни у взрослых. Это в свою очередь дало толчок для того, чтобы со следующего года начать дополнять индикаторы системы качества семейной медицины.

В целях унификации качества специализированной медицинской помощи мы предоставляем нашим партнерам обратную связь об их работе и публикуем информацию, связанную с медицинской деятельностью. В 2012 году впервые был подготовлен отчет, который содержит сравнительные данные в разбивке по больницам, входящим в т.н. план развития Больничной сети. Подобные отчеты планируется публиковать и в дальнейшем.

Мы продолжили оценивать качество медицинских услуг. У медицинских экспертов было заказано 5 клинических аудитов. Методом случайного отбора мы проверили около 12 000 медицинских документов. Мы начали готовить новое справочное пособие по клиническим аудитам в Эстонии (описанные в нем принципы будут применяться с 2014 года), одновременно развивая поддерживающую проведение аудитов среду.

Политика здравоохранения

Развитие политики здравоохранения

В прошлом году в эстонском здравоохранении появилось несколько нововведений, которые будут иметь долгосрочное действие.

Представители работников здравоохранения (Эстонский союз врачей, Профессиональный

союз работников здравоохранения Эстонии), представители работодателей (Союз больниц Эстонии, Союз скорой помощи Эстонии и Эстонское общество семейных врачей) и привлеченные организации (Союз медсестер Эстонии, Союз профсоюзов работников здравоохранения) заключили коллективный договор на два года. В 2013 году вступают в силу более высокие минимальные ставки оплаты труда. С 1-го января врачам-резидентам начнет выплачиваться зарплата за полное рабочее время. С 1-го марта минимальная почасовая ставка попечителей возрастет на 23%, сестер и техников скорой помощи на 17,5% и врачей на 11%. Во время предшествующего коллективному соглашению трудового спора в октябре 2012 года произошла забастовка работников здравоохранения. Чтобы поддержать быстрый поиск устивающего стороны решения, Эстонская Больничная касса в течение всего периода забастовки поддерживала контакт со всеми сторонами, информируя их как о финансовых возможностях медицинского страхования, так и о плане развития и бюджете Эстонской Больничной кассы.

С октября 2012 года под руководством министра социальных дел действует рабочая группа соглашения доброй воли о сотрудничестве по развитию эстонской системы здравоохранения, в которой участвует и Эстонская Больничная касса. В результате конструктивных обсуждений к концу января 2013 года было подготовлено соглашение доброй воли. Его идея заключается в определении направлений деятельности и шагов, обеспечивающих устойчивое развитие системы здравоохранения, исходя из целей, описанных в Плане развития здоровья населения на 2009–2020 года и планах развития областей здравоохранения.

Развитие системы здравоохранения посредством ИТ-решений

В 2012 году карта медицинского устройства стала цифровой. Система аналогична системе цифровых рецептов. Пользователи медицинских устройств, компенсируемых Больничной кассой, теперь получают их по электронной карте. Мы надеемся, что нововведение повысит качество данных о здоровье и удобство пользования услугой как для пациентов и врачей, так и для продавцов медицинских устройств.



Дигитальный рецепт является одним из важнейших ИТ-проектов Больничной кассы. В течение последних двух лет мы вели серьезную подготовку по передаче хостинговой среды дигирецепта в ведение Больничной кассы. В ходе этой подготовки мы сосредоточились на создании нового, более стабильного и менее ресурсоемкого программного обеспечения для обмена данными, а также на совершенствовании инфраструктуры для хостинговой среды.

В октябре 2012 была завершена работа над новым программным обеспечением для обмена данными. Оно будет внедрено в апреле 2013 года. Пока ПО проходит различные функциональные и нагрузочные тесты в целях более эффективного обеспечения продуктивности и надежности инфосистемы дигитальных рецептов. Интеграция хостинговой среды в инфраструктуру Больничной кассы существенно снизит и связанные с дигитальными рецептами административные расходы.

Мы также приступили к последнему этапу перехода на электронные листки нетрудоспособности. В 2012 году врачи передали заметно большее количество именно электронных листов нетрудоспособности. В конце года мы начали тестировать работодателей, которые заполняют листки нетрудоспособности в электронном виде и отправляют их нам через электронные каналы. Изменение должно ускорить движение данных, поэтому застрахованные лица будут получать компенсацию на руки раньше.

Для организации

Для укрепления организации: празднование 20-летнего юбилея и новое правление Больничной кассы

2012 год стал для Больничной кассы праздничным. У нашей системы медицинского страхования юбилей. С момента ее создания в Эстонии прошло 20 лет. Чтобы отметить эту важную веху, мы выпустили сборник «История Эстонской Больничной кассы. 20 лет лечения и страхования». Мы организовали конференцию «20 лет лечения и страхования. Детство прошло. Что принесет завтрашний день?» Обсуждая эту тему, мы, прежде всего, сосредото-

чили свое внимание на пациентах, их ожиданиях и возможностях в системе медицинского страхования сегодня и в будущем.

По случаю памятной даты Больничная касса обновила свой фирменный стиль. Черепаха по-прежнему остается нашим символом, но гербовое животное теперь выполнено в новых красках и имеет более современный дизайн.

В 2012 году совет Больничной кассы выбрал нового председателя правления. С октября Больничной кассой руководит Танель Росс. В январе 2013 года в правление вошел еще один новый член – Кулдар Куремаа. Мари Матиесен продолжает работать в правлении. Поскольку организация Больничной кассы ориентирована на развитие, то в прошлом году были созданы должности руководителя по развитию и руководителя по защите данных.

В качестве признания нашей деятельности по управлению организацией в прошлом году мы получили сертификат ISO 9001:2008. Он подтверждает, что система управления качеством Больничной кассы отвечает международным стандартам.

С точки зрения международного сотрудничества следует отметить проект по сотрудничеству между больничными кассами Эстонии и Молдовы, в котором мы делимся своими знаниями для развития системы медицинского страхования в Молдове.

Летом 2012 по инициативе Больничной кассы в Таллинне была организована летняя школа, посвященная DRG как одному из методов финансирования здравоохранения. Эксперты в области здравоохранения из разных стран делились своим опытом, рассказывая об истории, развитии и перспективах своих систем DRG. Еще большее значение имеет организованное в Таллинне при участии Больничной кассы годовое собрание экспертов в области бюджета и здравоохранения из стран-членов ОЭСР и ВОЗ Центральной, Восточной и Южной Европы.

Основной темой этих двух дней стали уроки, которые преподал нам экономический кризис.

Обсуждалось, как восстановить фискальную дисциплину и обеспечить финансовую устойчивость системы здравоохранения. ■

The background is a solid green color with several overlapping, curved white shapes that create a sense of movement and depth. The text is centered in the lower half of the page.

Отчёт
о деятельности



Система медицинского страхования

Организацией системы здравоохранения в Эстонии занимается Министерство социальных дел. В сотрудничестве с подведомственными учреждениями разрабатывается и претворяется в жизнь политика здравоохранения, а также осуществляется надзор за ее реализацией. В качестве самостоятельного публично-правового учреждения в ведении министерства находится и Больничная касса, которая отвечает за область медицинского страхования.

На центральном месте в системе здравоохранения Эстонии стоит действующая медицинская страховка. Больничная касса оплачивает медицинские услуги и прочие блага только в том случае, если они были оказаны застрахованному лицу. С оказывающими услуги, такими как семейные врачи и лечебные учреждения, Больничная касса заключает договоры. При покупке услуг и заключении договоров учитываются потребности застрахованных лиц и рациональное использование средств медицинского страхования. В управление лечебными учреждениями Больничная касса не вмешивается. Таким образом, гарантируется беспристрастность финансирования.

Система медицинского страхования финансируется из социального налога. В Эстонии применяется солидарная система медицинского страхования: все лица, имеющие медицинскую страховку, получают одинаковую медицинскую помощь, независимо от величины их финансового вклада, личных рисков, связанных со здоровьем, или возраста.

Эстонская система медицинского страхования следует одобренным на международном уровне принципам:

- медицинская страховка должна быть у как можно большей части населения;
- медицинское страхование должно иметь как можно больший охват, т. е. солидарное медицинское страхование должно предлагать как можно более обширный и целостный пакет современных медицинских услуг;
- медицинское страхование должно быть как можно более глубоким, т. е. объем самофинансирования человека в расходах на его лечение должен быть оптимальным, не приводя к возникновению риска бедности.

Сегодняшняя система медицинского страхования действует с 1992 года. В прошлом году Больничная касса отмечала двадцатилетие системы медицинского страхования в восстановившей свою независимость Эстонии. Публично-правовая Эстонская Больничная касса в сегодняшнем ее виде была создана в 2001 году.

Роль Больничной кассы

Основной целью Больничной кассы является оплата медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам. Кроме того, мы оплачиваем большую часть лекарств и медицинских устройств, выплачиваем компенсации по временной нетрудоспособности, возмещения за стоматологическое лечение и пр., принимаем меры по укреплению здоровья населения и повышаем качество медицинских услуг.

Основные ценности Больничной кассы:

- **прогрессивность** – мы настроены на постоянное и устойчивое развитие, залогом которого являются компетентные, лояльные и ориентированные на результат работники;
- **заботливость** – мы открыты и доброжелательны. Мы принимаем прозрачные решения, учитывая интересы других;
- **сотрудничество** – мы создаем атмосферу доверия внутри нашей организации и во взаимоотношениях с нашими партнерами и клиентами.

Миссия Больничной кассы заключается в организации медицинского страхования таким образом, чтобы оно обеспечивало застрахованным лицам равное обращение и своевременную доступность соответствующих их нуждам качественных и экономически эффективных медицинских услуг, устройств, препаратов и денежных компенсаций.

Стратегическое видение Больничной кассы заключается в заботе о том, чтобы люди чувствовали себя защищенными при возникновении и решении проблем со здоровьем.

Организация и управление

Высшим органом управления в Больничной кассе является Совет, куда входят 15 членов. Из них 5 членов представляют организации работодателей, 5 – объединения застрахованных лиц и 5 – органы государственной власти. Руководит Советом Министр социальных дел.

Больничной кассой руководит правление, состоящее из трех членов. Его председатель руководит всей организацией. Сфера ответственности членов распределена между областями здравоохранения, финансов и ИТ.

По состоянию на 31.12.2012 в Больничной кассе работало 210 сотрудников.

Основные задачи Больничной кассы, направленные на достижение целей больничного страхования, заключаются в оценке потребностей в медицинской помощи, модернизации пакета медицинских услуг, планировании бюджета и заключении договоров на оказание медицинских услуг с лечебными учреждениями в целях обеспечения доступности необходимых услуг. Для наиболее эффективного использования ресурсов Больничная касса сотрудничает с профессиональными объединениями и больничными учреждениями.

Основываясь на законе, Больничная касса проверяет целевое использование средств медицинского страхования, в т. ч. качество и обоснованность купленных услуг. Для этого мы проверяем счета за лечение и медицинские документы: за год около 12 000 историй болезни / карт здоровья. Мы субсидируем составление руководств по лечению и заказываем клинические аудиты. Мы внедрили предназначенную для семейных врачей систему платы за качество, цель которой заключается в том, чтобы обеспечить единые для всей Эстонии основы профилактики заболеваний и качества отслеживания хронических заболеваний на первичном уровне, т. е. на уровне семейных врачей.

Больничная касса финансирует укрепление здоровья населения и профилактику заболеваний на основании Закона о медицинском страховании посредством целевых проектов, согласованных с Министерством социальных дел, и в соответствии с приоритетами, одобренными советом Больничной кассы. Эти приоритеты определяются, исходя из анализа проблем со здоровьем, которые испытывает население. Согласно анализу потерянных из-за бремени болезней лет жизни наибольшую потерю здоровья вызывают сердечнососудистые заболевания, злокачественные опухоли, повреждения и отравления. Все эти проблемы влияют и на расходы Больничной кассы, связанные с медицинскими услугами, лекарствами и нетрудоспособностью. Части из них можно избежать или минимизировать вытекающий из них ущерб посредством укрепления здоровья и профилактической работы.

Обзор наиболее важных показателей Больничной кассы приведен в таблице 1. ■

Таблица 1 Основные показатели за 2008–2012 гг.

	2008	2009	2010	2011	2012	Изменение, в сравнении с 2011 годом, %
Количество застрахованных лиц в конце года	1 281 718	1 276 366	1 256 240	1 245 469	1 237 104	-1
Доходы (тыс. евро)	824 452	730 501	694 438	735 112	783 131	7
Расходы медицинского страхования (тыс. евро)	781 189	764 336	693 377	718 418	773 575	8
Расходы на деятельность Больничной кассы (тыс. евро)	7 435	6 842	6 888	7 080	7 331	4
Доля расходов медицинского страхования от ВВП (%)*	4,8	5,6	4,8	4,5	4,6	0
ПОКАЗАТЕЛИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ						
Число застрахованных лиц, воспользовавшихся специализированной медицинской помощью	819 055	800 578	797 048	807 875	795 581	-2
Средняя продолжительность лечения в днях	6,3	6,1	6,1	6	6,1	2
Доля неотложной специализированной медицинской помощи (%), в том числе						
амбулаторной	17	17	18	18	17	-1
дневной	6	9	9	7	8	1
стационарной	63	67	67	64	66	2
Средняя стоимость одного случая лечения у врача-специалиста (евро), в том числе						
амбулаторное лечение	43	44	43	45	52	16
дневное лечение	468	449	404	371	435	17
стационарное лечение	1 008	1 011	982	1 008	1 124	12
Количество визитов к семейным врачам на 1000 застрахованных лиц	4 039	3 895	3 831	4 228	4 364	3
Направления на лечение за границей и компенсации, связанные с правовыми актами Европейского Союза (тыс. евро)	3 554	4 352	3 810	8 210	7 193	-12
ПОКАЗАТЕЛИ КОМПЕНСИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВ						
Количество льготных рецептов	6 636 410	6 435 700	6 689 886	6 945 735	7 438 670	7
Число застрахованных лиц, воспользовавшихся льготными лекарствами	840 847	829 748	822 440	841 533	841 387	0
Средняя стоимость льготного рецепта для Больничной кассы (евро)	12,3	13,7	13,6	13,2	13,3	1
Средняя стоимость льготного рецепта для пациента (евро)	7,7	8,1	7,7	7,0	6,6	-6
ПОКАЗАТЕЛИ КОМПЕНСАЦИЙ ПО НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ						
Количество дней нетрудоспособности, компенсируемых Больничной кассой	9 182 077	7 379 379	4 600 139	4 937 836	4 954 761	0
Средняя стоимость компенсации одного дня нетрудоспособности (евро)	16,6	19,1	17,7	16,4	17,0	4

* Показатели за 2008–2011 годы изменены в соответствии с ВВП, скорректированным Департаментом статистики.



Стратегические
задачи Больничной
кассы в 2012 году
и их выполнение

Карта результатов 2012

Задача	Проц. соотношение %	Показатель	Единица измерения	Объяснение	Выполнение в 2011	Задача на 2012	Выполнение в 2012	% выполнения
	6,0	Удовлетворенность застрахованных лиц системой здравоохранения	%	Удовлетворенность системой здравоохранения, определенная в ходе общего опроса застрахованных	62	64	67	6,0
1. Обеспечение доступности медицинских услуг, лекарств и денежных компенсаций	28,5							28,1
	7,5	Удовлетворенность доступностью медицинской помощи	%	Одна часть общего опроса	51	58	55	7,1
Обеспечение одинаковой доступности компенсаций медицинского страхования	7,5	Привлечение застрахованных к деятельности, которая позволяет улучшить процессы наблюдения за состоянием здоровья хронических больных	%	Соотношение числа привлеченных застрахованных к общему числу застрахованных	95	95	98	7,5
	7,5	Максимальное время ожидания в очереди на операцию по удалению катаракты	время	Максимальное время ожидания операций по удалению катаракты поддерживается на уровне 2010 года.	1,5 года	1,5 года	1,5 года	7,5
	6,0	Максимальное время ожидания в очереди на эндопротезирование	время	Максимальное время ожидания операций по эндопротезированию поддерживается на уровне 2010 года.	2,5 года	2,5 года	2,5 года	6,0
2. Поддержка развития качества оказания медицинских услуг в системе здравоохранения	20,0							20,0
	10,0	Удовлетворенность качеством медицинской помощи	%	Одна часть общего опроса населения	72	77	78	10,0
Повышение эффективности системы оценки качества и надзора	5,0	Количество клинических аудитов	шт.	Количество проведенных клинических аудитов	5	5	5	5,0
Развитие обратной связи с партнерами и публикация результатов работы, проделанной в целях улучшения качества	5,0	Удовлетворенность партнёров сотрудничеством с Больничной кассой	%	Результат опроса партнеров	95	95	96	5,0
3. Повышение осведомленности населения и направление поведения в отношении здоровья	20,0							19,8
	7,0	Заметность социальных кампаний	%	Измеряется в ходе общего опроса застрахованных	41	46	85	7,0
Повышение осведомленности населения о системе здравоохранения и факторах, влияющих на здоровье	6,0	Осведомленность застрахованных об их правах	%	% опрошенных застрахованных, которые знают свои права в следующих областях: общая медицинская помощь, специализированная медицинская помощь, компенсации по нетрудоспособности, льготные лекарства, охват страховой защиты, как минимум на уровне «хорошо»	76	77	78	6,0
Обеспечение целенаправленной реализации проектов пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний	7,0	Охват скрининговых обследований на предотвращение рака	%	Охват определяется на основании базы данных медицинского страхования в процентах от числа приглашенных на осмотр	рак груди 65%; рак шейки матки 73%	рак груди 70%; рак шейки матки 70%	рак груди 66%; рак шейки матки 71%	6,8

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ БОЛЬНИЧНОЙ КАССЫ В 2012 ГОДУ И ИХ ВЫПОЛНЕНИЕ

Задача	Проц. соотношение %	Показатель	Единица измерения	Объяснение	Выполнение в 2011	Задача на 2012	Выполнение в 2012	% выполнения
4. Обеспечение эффективного использования средств медицинского страхования и устойчивого развития системы медицинского страхования	15,0							4,8
Повышение затратоэффективности использования средств медицинского страхования	15,0	Средняя стоимость одного лечебного случая	%	Процент структурного подорожания средней стоимости случая оказания стационарной специализированной медицинской помощи, по сравнению с предыдущим периодом	2,4	1	3,1	4,8
5. Повышение эффективности деятельности организации	10,5							10,0
Повышение эффективности деятельности организации и развитие компетентности сотрудников Больничной кассы	10,5	Удовлетворенность сотрудников руководством и организацией работы Больничной кассы	%	% довольных работников по результатам опроса сотрудников	90	93	89	10,0
ИТОГО	100,0							88,8

Выполнение задач в 2012 году

Задача	Показатель	Выполнение целей
	Удовлетворенность застрахованных лиц системой здравоохранения	Удовлетворенность жителей Эстонии организацией системы здравоохранения была самой высокой за последние годы. Организацией системы здравоохранения были довольны 67% жителей Эстонии, т. е. на 5% больше, чем в 2011 году
1. Обеспечение доступности медицинских услуг, лекарств и денежных компенсаций		
	Удовлетворенность доступностью медицинской помощи	Доступность медицинской помощи оценивают положительно 55% респондентов. Удовлетворенность, по сравнению с прошлым годом, немного выросла.
Обеспечение одинаковой доступности компенсаций медицинского страхования	Привлечение застрахованных к деятельности, которая позволяет улучшить наблюдение за состоянием здоровья хронических больных	К наблюдению за хроническими больными, по данным системы управления качеством, для семейных врачей были привлечены 98% застрахованных.
	Максимальное время ожидания в очереди на операцию по удалению катаракты	Очередь на проведение операции по удалению катаракты находится в рамках утвержденного Советом времени ожидания (1,5 года).
	Максимальное время ожидания в очереди на эндопротезирование	Очередь на проведение операции эндопротезирования находится в рамках утвержденного Советом времени ожидания (2,5 года).
2. Поддержка развития качества оказания медицинских услуг в системе здравоохранения		
	Удовлетворенность качеством медицинской помощи	Пациенты по-прежнему признают высокое качество медицинской помощи в Эстонии. Оценку «хорошо» дали 78%. По сравнению с 2011 годом, оценки стали более высокими.
Повышение эффективности системы оценки качества и надзора	Количество клинических аудитов	Было проведено 5 клинических аудитов. Подготовлено два клинических аудита: «Оценка лечения карциномы простаты» и «Оценка ортодонтических услуг». Во II-ом полугодии были начаты аудиты «Обращение с больными инфарктом миокарда в эстонских больницах», «Обоснованность антибактериального лечения детей до 7 лет в семейной медицине», «Острый панкреатит – дополнительный аудит» и «Качество независимой пренатальной (дородовой) акушерской помощи».

Задача	Показатель	Выполнение целей
Развитие обратной связи с партнерами и публикация результатов работы, проделанной в целях улучшения качества	Удовлетворенность партнёров сотрудничеством с Больничной кассой	<p>В период 25.01.2012–09.02.2012 прошло исследование удовлетворенности партнеров, в котором приняли участие 576 партнеров, с которыми заключен договор. Цель исследования заключалась в сборе оценок сотрудничества. Данные собирались посредством веб-анкеты, в которой содержалось 47 вопросов.</p> <p>96% партнеров были довольны сотрудничеством. Из них 30% оценили общее сотрудничество как «очень хорошее» и 66% как «скорее хорошее». Из тех, кто оценил сотрудничество как «очень хорошее» было больше партнеров, оказывающих услугу медицинского ухода (61%). Неудовлетворительную оценку дали 4%. Половина, т. е. 51% партнеров считают, что за последние пару лет сотрудничество улучшилось. Сотрудничеством с аптеками партнеры остались довольны. Больше всего заслужило признание своевременное осуществление платежей. По оценке некоторых партнеров, большего внимания заслуживает предоставление населению информации о медицинском страховании. Существующим положением вещей остался недоволен каждый четвертый респондент. Партнерам также задавались вопросы о скорости выхода на связь с контактным лицом в Больничной кассе, приятности общения, компетентности служащих, поиске решения проблем, своевременности предоставления важной информации и ее понятности. В зависимости от сферы работы с контактным лицом было довольно 92–95% респондентов.</p>

3. Формирование осведомленности населения и направление поведения в отношении здоровья

	Заметность социальных кампаний	Кампания по рациональному использованию лекарств началась в сентябре 2012 года. Результаты измерялись с помощью исследования замечаемости в IV квартале. Исследование показало, что заметность кампании достигла 85%. Как предыдущие кампании, так и кампания 2012 года помогли достичь снижения доли самофинансирования застрахованных до 33%, т. е. 6,56 евро за один льготный рецепт.
Повышение осведомленности населения о системе здравоохранения и факторах, влияющих на здоровье	Осведомленность застрахованных об их правах	В 2012 году информированность достигла наиболее высокого за последние годы уровня в 78%. Больше всего люди знакомы с вопросами, связанными с семейными врачами, медицинской страховкой и скорой помощью. Знаний о страховых компенсациях и Европейской карточке медицинского страхования меньше. Многие застрахованные хотят получать информацию о своих правах в интернете. Поэтому мы начали обновлять наш сайт.
Обеспечение целенаправленной реализации проектов пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний	Охват скрининговых обследований по предотвращению рака	Охват женщин, приглашенных на скрининговое обследование рака шейки матки, за последние 3 года составил 71% (целью являлось 70%). Охват женщин, приглашенных на скрининговое обследование рака груди, за последние 3 года составил 66% (планировалось 70%).

4. Обеспечение эффективного использования средств медицинского страхования и устойчивого развития страховой системы

Повышение затратоэффективности использования средств медицинского страхования	Средняя стоимость одного лечебного случая	В 2012 году структурное подорожание случая предоставления специализированной медицинской помощи составило 3,1% (планировалось удержать структурное подорожание в рамках 1%). Важную роль в этом сыграл больший, чем предполагалось, процент сверхдорогих случаев (0,8%). Для обеспечения выполнения поставленных целей в дальнейшем необходимо проводить более эффективный мониторинг договоров о финансировании помощи и более регулярно оценивать воздействие возможных изменений.
---	---	--

5. Повышение эффективности деятельности организации

Повышение эффективности деятельности организации и развитие компетентности сотрудников Больничной кассы	Удовлетворенность сотрудников руководством и организацией работы Больничной кассы	Исследование удовлетворенности клиентов показывает, что недовольство увеличилось на 3%. Причина, в основном, связана с оплатой труда. Сотрудникам также не нравится медленная передача информации как в отделениях, так и между ними. Общая степень удовлетворенности работников руководством и организацией работы Больничной кассы получила оценку 3,92 по 5-балльной шкале. В качестве сильных сторон Больничной кассы работники отмечают стабильность работодателя и четко поставленные цели для организации. Важными считают гибкость организации работы, современные средства труда и приятных коллег.
---	---	--

Принципы обновления списка медицинских услуг

Список медицинских услуг обновляется при взаимодействии врачей и Больничной кассы

Эстонская Больничная касса может оплачивать только те медицинские услуги, на тех условиях и в соответствии с тем потолком цен, которые установлены в постановлении Правительства Республики «Перечень медицинских услуг Эстонской Больничной кассы» (далее «перечень»). Стоимость средств оказания услуг, таких, например, как оборудование, инструменты и пр., меняется, а применяемые в здравоохранении методики и организация лечения развиваются. Это отражается на расходах. Могут возникать ситуации, когда действительная клиническая практика отличается от того, что указано в перечне медицинских услуг. Это усложняет кодировку услуг на счетах за лечение, анализ и отслеживание услуг, а также их оказание в рамках доказательного подхода.

Поэтому необходимо постоянно обновлять состав перечня, его структуру и предельные цены на медицинские услуги. Сотрудники Больничной кассы не могут это делать в одиночку: у них нет специальных знаний. По этой причине Больничная касса всегда обновляет перечень медицинских услуг во взаимодействии со специалистами в соответствующих областях. В команду Больничной кассы входят специалисты в сфере здравоохранения, экономисты и доверенные врачи.

Каким именно образом осуществляется обновление?

Как правило, перечень медицинских услуг обновляется один раз в год. Соответствующие предложения могут вносить профессиональные ассоциации врачей, Союз больниц Эстонии, а также сама Боль-

ничная касса. Ход работы можно разделить на два направления:

- 1) добавление новых услуг, основывающихся на доказательном подходе, и изменение отдельных имеющихся услуг в соответствии с внесенными предложениями;
- 2) обновление структуры услуг, их описаний и предельных цен в рамках одной области медицины, например, кардиологии.

Действия и порядок обновления в первом случае подробно регулирует постановление Правительства Республики. Согласно этому постановлению желаемую новую услугу необходимо оценить с точки зрения медицинской доказательности, т. е. оценить ее воздействие на здоровье пациента, затратоэффективность, последствия для бюджета медицинского страхования, а также воздействие на общество и политику здравоохранения. Каждую конкретную оценку дает специалист в соответствующей области. Медицинскую доказательность определяет врач-специалист, рекомендованный медицинским факультетом Тартуского университета или Фармацевтическим департаментом. Затратоэффективность и последствия для бюджета медицинского страхования, в основном, оценивают экономисты Больничной кассы, специализирующиеся на здравоохранении. К работе привлекается также Министерство социальных дел, которое занимается вопросом необходимости услуг для общества и устанавливает приоритеты в политике здравоохранения.

В обоих случаях в основе определения цен на услуги лежит введенная постановлением министра социальных дел методика ценообразования, которая устанавливает правила учета средств и расходов и расчета предельных цен. По своей сути это – широко применяемый в мире расчет себестоимости по видам деятельности. Для того чтобы рассчитать цену на конкретную услугу, сперва нужно описать необходимые для ее оказания действия, а затем связать их с требуемой рабочей силой (напр., врач, медсестра и пр.) и ресурсами (напр., оборудование, принадлежности, помещения и пр.). Чтобы подготовить описание, нужны знания специалистов во всех затрагиваемых областях.



Керсти Эснар
Руководитель службы ценообразования



При обновлении цен на медицинские услуги большое значение имеет сотрудничество между сторонами: с одной стороны, мы имеем знания врачей об используемых ресурсах, с другой – знания работников Больничной кассы о методике и принципах расчета цен. Кроме того, к ценообразованию привлечен Союз больниц Эстонии, члены которого представляют для корректировки стоимость ресурсов своих медицинских учреждений и расходы на оказание услуг. Участвовать должны, как минимум, одна региональная, одна центральная и одна общая больницы. Также учитываются предложения профессиональной ассоциации врачей. Чтобы новая структура услуг и цен как можно лучше отражала действительность, экономисты и врачи Больничной кассы посещают медицинские учреждения, знакомятся с оказанием услуг и организацией работы в больницах и обсуждают модернизацию услуг.

После предварительной работы первоначальные новые описания услуг сравниваются с расходами и использованием ресурсов в предшествующем году. Затем необходимые изменения обсуждаются со специалистами, и, при необходимости, описания мероприятий корректируются, чтобы они лучше соответствовали действительности. На основании составленных описаний рассчитываются цены на услуги.

Помимо изменения наименований и стоимости имеющихся услуг, в перечень вносятся и новые услуги. Выбор, прежде всего, базируется на медицинской доказательности и затратоэффективности. Новая услуга должна иметь больший положительный эффект на здоровье пациента, чем существовавшая ранее.

Также следует учитывать расходы: стоит ли получаемый положительный эффект для здоровья больше или меньше альтернативы, а также влияет ли он на качество жизни и спасает ли жизни людей? Например, при модернизации услуги ортопедических операций было учтено, что количество малотравматичных операций растет, поэтому они должны быть более детально разграничены в списке. Таким образом, было добавлено несколько артроскопических или миниартротомических операций, которые являются больше щадящими для пациентов, требуют более короткого периода восстановления и позволяют быстрее вернуться на работу. При обновлении услуг восстановительного лечения в список были добавлены услуги физиотерапии и трудовой терапии, оказываемые нескольким пациентам сразу, т. е. в группе. Разграничение услуг индивидуальной и групповой восстановительной терапии позволяет

более эффективно планировать работу трудотерапевтов, подбирать необходимые пациенту услуги и повышать их доступность.

Совет Больничной кассы отбирает ходатайства, дает письменное заключение по обновлениям перечня медицинских услуг и предлагает министру социальных дел представить новый список Правительству Республики для одобрения. Скорректированные услуги и цены вносятся в перечень медицинских услуг. При необходимости, добавляются также условия применения.

Что было сделано в 2012 году?

В сотрудничестве с тремя профессиональными ассоциациями были обновлены перечни ортопедических операций и процедур, а также перечни услуг радиотерапии и восстановительного лечения. Обычно процесс обновления занимает один год, в исключительных случаях дольше. Например, описание услуг восстановительного лечения началось еще в 2011 году.

Причиной длительного согласования зачастую является не само ценообразование, а общие вопросы организации здравоохранения, требующие уточнения и консенсуса.

Число привлекаемых к процессу оказывающих медицинские услуги зависит от того, насколько специфичной является услуга. Например, в обновлении перечня услуг радиотерапии принимали участие два оказывающих медицинские услуги, так как услуга оказывается только в двух учреждениях. В обновлении перечня услуг восстановительного лечения, помимо специалистов в данной области, принимали участие семь медицинских учреждений, а в случае перечня ортопедических услуг – пять учреждений.

В заключение можно сказать, что Больничная касса не может обновлять перечень медицинских услуг и цены на них в одиночку. Она всегда ведет сотрудничество, привлекая как врачей-специалистов с глубокими знаниями, так и собственных доверенных врачей. Взаимодействие продолжается и после подготовки проекта перечня. Для тех, кто не участвовал в процессе ценообразования, составляются вспомогательные материалы. Осуществляется мониторинг применения обновленного списка. При необходимости список можно уточнить или изменить. ■

Рецептурные препараты стали для пациентов дешевле

В Эстонии часто звучат жалобы на дороговизну лекарств. Обыкновенно подразумевается та часть стоимости, которую оплачивает пациент. Зачастую проблему упрощают, считая, что надо лишь увеличить долю, которую оплачивает Больничная касса. Технически это действительно было бы простейшим и быстрейшим решением, но по сути это повернуло бы вспять реформу фармацевтического сектора, причем не важно, путем смягчения политики предельных цен или повышения льготных ставок. Оба варианта потребовали бы дополнительных денег из бюджета страховой медицины. Анализ, проведенный отделом лекарственных препаратов Больничной кассы, уже в 2009 году доказал, что при более рациональном использовании лекарств доля пациента может быть значительно меньше. В последующие годы Больничная касса и Министерство социальных дел инициировали действия, направленные на оптимизацию применения лекарств.

Министерство социальных дел внесло в правовые акты поправки с целью улучшения возможностей пациента по выбору наиболее дешевого лекарства. Важным шагом было введение в 2010 году обязательства аптек предлагать пациенту по рецепту на основании действующего вещества самый дешевый препарат. За исполнением этого обязательства следит Департамент лекарственных средств. Благодаря дигитальному рецепту, резко возросла выписка рецептов по действующему веществу – до 75% от общего числа. Но окончательный выбор делает пациент в аптеке, и поэтому Больничная касса с 2010 года проводит информационные кампании для повышения осведомленности пациентов. Все эти меры дали положительный результат. Ниже на рисунке 1 видно, что рост доли самофинансирования сменился снижением. В сравнении с пиковым показателем 2009 года произошло снижение на 18%.

Кроме повышения сознательности населения, необходимо продолжать работу над оптимизацией выбора лекарств врачами – от этого, кроме здоровья пациента, зависит и эффективность использования бюджетных денег. Хороший пример тому – составленная в 2011 году уже в новом духе инструкция «Ведение взрослых пациентов с гипертонией на первичном уровне». Кроме медицинских аспектов, перед изложением непосредственных лечебных рекомендаций инструкция анализирует и материальные. Например, рекомендуется применять недорогие альтернативы, если между альтернативными действующими веществами нет клинически существенных различий. Исходя из приведенных в инструкции рекомендаций, с Обществом семейных врачей были согласованы и первые показатели, которые будут наблюдаться и которые



Эрки Лайдмяэ
Заведующий отделом лекарственных препаратов

евро



Рисунок 1 Доля собственного участия застрахованного на один рецепт в период 2005–2012 (в евро)



с 2013 года включены в систему качества семейных врачей. Один из показателей направлен на оптимизацию применения лекарств путем наблюдения за выпиской лекарств на основании действующего вещества. В последующие годы планируется развивать систему обратной связи для врачей. Это облегчит нахождение и учет аспектов, позволяющих пациенту использовать лекарства более рационально.

В целом изменение привычного отношения к применению лекарственных препаратов явля-

ется комплексным вопросом, который невозможно решить упомянутыми в начале этой статьи простыми способами. Опыт Северных стран показывает, что наши коллеги сталкиваются с такими же проблемами и решают их схожими методами. Оптимизация применения лекарств даже в благополучных странах помогает сохранять приемлемые для пациента цены и находить в системе медицинского страхования средства на новые лекарства. Таким образом, это еще одна область, в которой мы догоняем Северные страны. ■



Деятельность доверенного врача направлена на улучшение результата лечения

Доверенные врачи играют в Больничной кассе очень важную роль. Именно они, обладая глубокими познаниями в области медицины, помогают системе здравоохранения принимать наилучшие для здоровья застрахованных решения.

Деятельность доверенного врача делится на три основных направления.

Одно из них – консультирование. Все больницы, центры здоровья и семейные врачи имеют своего доверенного врача, к которому можно обратиться с вопросами – по поводу преискуранта Больничной кассы, составления счета за лечение и т. п. Доверенный врач может консультировать также пациентов, аптекарей и работодателей. В будущем желаем уделить особое внимание именно этой области, чтобы всячески поддерживать партнеров.

Второе важное направление – проверка правильности и обоснованности счетов за лечение, справок о нетрудоспособности и льготных рецептов на основании медицинской документации. Обнаружив ошибку, доверенный врач, во избежание новых ошибок, информирует о ней партнера, а при необходимости – рассматривает требования.

Третья важная область – работа с договорами лечебных учреждений. Доверенный врач участвует в составлении договоров и осуществляет надзор за их выполнением, чтобы при толковании численных показателей учитывались интересы застрахованных, а также медицинские аспекты. Доверенный врач следит и за выполнением других договорных условий, например, соблюдением сроков ожидания, соответствием организации работы лечебных учреждений установленным требованиям и т. п.

Доверенные врачи также участвуют в экспертной оценке новых услуг, например совместно с объединениями специализированных врачей в составе рабочих групп по рассмотрению предложений об изменении преискуранта лечебных услуг.

В 2012 году в работе доверенных врачей произошли большие изменения. В ходе проверки выполнения договоров, заключенных между Больничной кассой и учреждениями здравоохранения, доверенный врач контролирует работу семейных врачебных центров, в т. ч. доступность услуг. Если раньше мы, посещая семейного врача, проверяли, прежде всего, выполнение договора, то теперь обращаем больше внимания на информирование и консультирование. Для повышения уровня медицинского обслуживания решено обсуждать темы, которые могут повысить информированность семейных врачей, на местах. Перед встречей доверенный врач подготавливает несколько тем, например, об использовании фонда обследований или результатах проверки медицинской документации. К таким темам относятся также сотрудничество семейного врача с другими специалистами, доступность специализированной помощи и лечебного ухода, участие женщин из списка семейного врача в скрининговых обследованиях рака груди и рака шейки матки, организация школьного здравоохранения, выписка рецептов на основе действующего вещества, инструкции по лечению. Польза от таких обсуждений, несомненно, взаимная. Вместе достигнуто понимание того, что именно обеспечит лучшие результаты для пациентов и повысит эффективность использования денежных средств страховой медицины. Семейным врачам это дало обратную связь, а Больничная касса, в свою очередь, узнала о недочетах в предоставлении специализированной врачебной помощи и лечебного ухода. Это же позволило привлекать к обсуждению и совместному поиску



Майви Парв
Директор тартуского
отделения



Сирье Саарма
Руководитель
бюро компенсаций
медицинского
страхования



решений объединения специализированных врачей или больницы.

В этом году повысилась ответственность доверенного врача за проверку медицинской документации. Часть доверенных врачей являются координаторами по темам общегосударственного контроля медицинской документации, отвечая за его проведение и представление сводного отчета. Целью координационной работы является равномерность проверок, повышение эффективности оценки изложенных в медицинской документации действий врача и оказание доверенным врачам содействия в обсуждении и совместном поиске

путей решения наиболее сложных ситуаций. В 2012 году проверки медицинской документации по сосудистой хирургии, лечению аппаратом постоянного положительного давления и документов онкологического консилиума координировали доверенные врачи Харьковского, Тартуского и Пярнуского региональных отделений.

В итоге можно признать, что доверенные врачи ежедневно работают над тем, чтобы совместно с лечебными учреждениями обеспечить застрахованным хороший уровень медицинской помощи. Повышение роли доверенного врача еще более способствует достижению этой цели. ■



Нововведения при отслеживании очередей на лечение

Согласно исследованию «Оценка здоровья и медицинской помощи населением 2012» доступностью медицинской помощи было довольно больше половины населения страны, т. е. 55%. По сравнению с предшествующим годом, удовлетворенность выросла на 4%. Каждый человек надеется как можно быстрее найти решение для своей проблемы со здоровьем, но система здравоохранения ни одной страны не может гарантировать немедленное попадание на прием к врачу всех желающих.

Необходимо найти баланс между быстрым определением серьезности заболевания и быстрой помощью людям, находящимся в опасном для жизни состоянии. Например, в случае острой проблемы со здоровьем человек должен попадать к семейному врачу в тот же день. В иных случаях, например, для регулярного медосмотра при хроническом заболевании – в течение пяти дней. В области специализированной медицины время ожидания составляет шесть недель в случае амбулаторной помощи и восемь месяцев в случае планового стационарного лечения. Это максимальные временные сроки. Время ожидания конкретного пациента зависит от его медицинских показаний.

Для Больничной кассы важно получить обзор очередей на лечение: посредством этого мы отслеживаем доступность медицинской помощи. Раз в месяц больницы представляют Больничной кассе отчеты об очередях на лечение, где указывается длина очереди, а также скольким пациентам приходится ждать дольше обещанного времени и по каким причинам.

На рисунке 2 видно, что общее число людей, находящихся в очереди на получение специализированной медицинской помощи, более чем удвоилось за последние несколько лет. В тоже время нельзя на

основании этого сделать вывод о том, что доступность лечения снизилась, так как причины нахождения в очереди разнятся.

Количество вставших в очередь людей зависит от многих факторов. Например, если запись ведется за несколько месяцев, число ожидающих с виду кажется большим. Помимо людей, обращающихся впервые, статистика очередей на лечение охватывает также приглашенных на повторный визит, а также тех, кто встал в очередь, но на прием к врачу не идет. По мнению медицинских учреждений, таких пациентов может быть до 10%.



Трийн Хабихт
Руководитель отдела здравоохранения

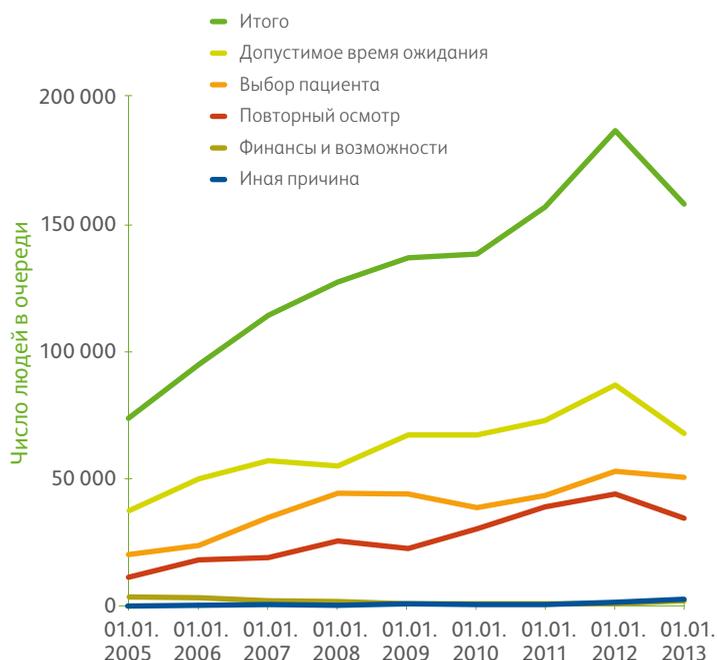


Рисунок 2 Число пациентов, стоящих в очереди на лечение в больницах, входящих в план развития Больничной сети, в разбивке по причинам



На основании графика можно сказать, что по состоянию на 1 января 2013 года на прием к врачу в допустимое время попало 43% ожидающих (в 2005 году этот показатель составлял 50%). Однако нельзя утверждать, что у остальных 57% возникли проблемы. 39% ожидавших своей очереди должны были попасть на последующий осмотр, а 56% ждали долго по собственному желанию. Примерно 3% (около 2500 человек) ждали приема врача более шести недель из-за нехватки персонала, операционных, аппаратуры, денег и пр. В эту группу также входят те, кто не знает о возможности обратиться к другому врачу-специалисту в том же медицинском учреждении или выбрать другое медицинское учреждение.

Шаги, предпринятые в 2012 году

Для Больничной кассы очень важно, чтобы люди попадали на прием в нужное время. Поэтому вместе со всеми региональными отделениями мы рассмотрели имеющуюся отчетность об очередях на лечение и действия, связанные с отслеживанием и повышением доступности.

При взаимодействии с больницами мы разработали новую форму отчета об очередях на амбулаторное лечение, в которой дается ежемесячный обзор действительного времени ожидания. Новый отчет вводится в использование в 2013 году. В первые

месяцы вместе с больницами мы будем анализировать качество данных. Это позволит нам убедиться в их достоверности. Прежняя форма отчета базировалась на прогнозе и давала информацию о числе людей в очереди. Часть из них так и не приходила на прием, некоторые попадали к врачу без очереди в силу характера заболевания. Сравнительный анализ двух отчетов поможет Больничной кассе лучше понять упущения и начать искать решения вместе со своими партнерами. Помимо получения регулярных отчетов, мы также проводили проверки на месте, чтобы определить причины длинных очередей в медицинских учреждениях и вместе понять, как решать проблему.¹ Мы планируем продолжить проверки и в 2013 году.

Следует учитывать, что причины длинных очередей могут быть разными: организация работы в больнице, сотрудничество семейного врача и врача-специалиста и ограниченный бюджет. Если причина заключается в нехватке денег, то Больничная касса могла бы вместе с медицинским учреждением пересмотреть объемы по договору и изменить их. В большинстве случаев, однако, проблема не в деньгах, и нужно заняться двумя первыми факторами. Больничная касса не может делать это сама, но мы можем обсудить узкие места и пригласить руководителей больниц, врачей-специалистов и семейных врачей для поиска решений. Выровнять длину очередей на лечение помогла бы единая общегосударственная система цифровой регистратуры. Ведь цель у всех одна: чтобы пациент получал необходимую медицинскую помощь в нужное время. ■



¹Краткое изложение итогов контроля можно прочесть на нашей домашней странице <http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/jarjekorrad>

Введен в использование электронный листок нетрудоспособности или E-TVL

До сих пор листки нетрудоспособности всегда выдавались на бумаге. Поэтому необходимые для выплаты пособия данные передавались очень медленно. На длительную процедуру тратились большие ресурсы лечебных учреждений, работодателей и Больничной кассы. Врач выдавал пациенту листок нетрудоспособности на бумаге. Пациент приносил документ работодателю, который затем направлял его в Больничную кассу. Обычно учреждения не сразу посылали каждый листок в Больничную кассу, так как для больших фирм это влекло за собой большие расходы на дело-производство и почтовые услуги. Поэтому листки передавались Больничной кассе раз в неделю. В период высокой заболеваемости в Больничную кассу поступало очень много листков нетрудоспособности. Ввод данных в систему и расчет пособия зачастую занимал до трех недель. В таких случаях длительное время ожидания выплаты пособия ставило людей в трудное финансовое положение. По этой причине Больничная касса решила упростить процесс, сделав обмен необходимыми для перечисления пособия по нетрудоспособности данными электронным.

Переход на электронный листок нетрудоспособности (E-TVL) осуществлялся постепенно. Во-первых, в 2006-2008 годах все программное обеспечение для обработки денежных пособий было переведено на новую платформу, более подходящую для электронного обмена данными. Затем началась разработка системы электронного обмена данными для медицинских учреждений, так как обязательным условием для введения системы E-TVL был запуск передачи электронных листков нетрудоспособности от врачей в Больничную кассу.

Пилотное испытание новой системы позволяет выяснить ожидания работодателей и выявить незамеченные ранее недостатки выработанного решения. В конце 2012 года электронная услуга подачи листков нетрудоспособности была открыта для работодателей в пилотном режиме. Первыми к стали пользоваться такие крупные партнеры как Северо-Эстонская региональная больница и Ида-Таллиннская центральная больница, а также предприятие Stoneridge Electronics. Сейчас к услуге присоединились все крупные торговые сети и банки. Несмотря на отдельные выявленные упущения, использовавшие систему E-TVL работники остались довольны: новое решение удобно для пользователей и хорошо работает.

Больничная касса планирует открыть услугу E-TVL для всех предприятий к началу 2014 года, когда вступят в силу необходимые для обмена данными E-TVL изменения в законодательстве. Пока каждое учреждение, желающее передавать информацию о листках нетрудоспособности в электронном виде, должно заключить с Больничной кассой договор об обмене данными.

Планируется, что работодатели полностью перейдут на систему E-TVL в 2015 году. В дальнейшем медицинским учреждениям больше не придется выдавать листки нетрудоспособности на бумаге. Все соответствующая информация будет передаваться в электронном виде.

С новой системой в конечном итоге выиграют все: у медицинских учреждений отпадет необходимость выдавать листки на бумаге, работодатели будут экономить время и средства при передаче данных, а работники смогут быстрее получать пособия в случае болезни. ■



Лий Пярк
Руководитель отдела обслуживания клиентов



Адо Вийк
Директор харьюского отдела

Роль руководств по лечению и руководств для пациентов в повышении ориентированности на пациента и развитии партнерских отношений



Сирье Вааск
Руководитель службы качества

Оказание ориентированных на пациента медицинских услуг – это процесс, который опирается на партнерские отношения между врачами, медсестрами и пациентом. Доверие и взаимодействие не возникают в два счета. Для этого обеим сторонам требуются информация из различных источников.

Врачи обладают большим преимуществом по части знаний, но значительный объем информации и от них требует времени и умения ее систематизировать. Большую помощь в этом оказывают руководства по лечению и руководства для пациентов, которые помогают как работникам здравоохранения, так и пациентам принимать правильные решения в отношении лечения и ухода.

Цель руководств по лечению заключается в том, чтобы применять надежные и эффективные вмешательства, снижающие уровень заболеваемости и смертности и улучшающие качество жизни пациентов. Наилучший результат – это улучшение состояния здоровья пациента. Руководства помогают унифицировать подход к лечению и возможности пациента, независимо от того, в каком учреждении проводится лечение.

Брошюра для пациентов помогают повысить информированность пациента и создают для него возможность активно участвовать в процессе лечения. Это также значит то, что человек принимает на себя обязательство соблюдать договоренности, например, делать физические упражнения или принимать лекарства. Мы заметили, что в случае проблем со здоровьем у себя или своих близких люди все больше сами активно ищут информацию

и спрашивают, составлены ли в Эстонии руководства по тому или иному заболеванию. Все же следует учитывать, что руководства по лечению применимы не в каждой ситуации. Состояние каждого пациента имеет свои особенности, поэтому пациенту и его близким следует при принятии решений доверять профессионализму врача. Также далеко не все области медицины и состояния здоровья описаны в руководствах по лечению и руководствах для пациентов. Руководства по лечению целесообразно составлять тогда, когда у врачей или медсестер отсутствует полная информация о наилучшей практике, и базирующиеся на доказательном подходе источники могут дать ответ на возникающие вопросы.

В 2012 году в Эстонии было подготовлено первое, основанное на новых принципах руководство по лечению «Помощь взрослым при гипертонической болезни на первичном уровне»². Анализ Больничной кассы показал очень большую вариативность в подходах к лечению пациентов с гипертонией. Сердечнососудистые заболевания находятся на первом месте в Эстонии в числе причин заболеваемости и смертности. Очень распространена гипертоническая болезнь: среди пожилых процент достигает 60. Распространенность последующих осложнений можно существенно снизить путем раннего обнаружения высокого давления. Еще можно эффективно менять поведенческие привычки и назначать лекарства. Именно поэтому гипертоническая болезнь была выбрана первой для составления руководства по лечению. Первая обратная связь о данном руководстве от семейных врачей и студентов медицинского факультета вполне положительная. По их словам, наконец-то в их распо-

²Руководство по лечению можно найти на веб-странице www.ravijuhend.ee

ряжении появился материал, касающийся гипертонической болезни, в котором эта тема изложена кратким, ясным, понятным и удобным образом.

Одновременно с этим был подготовлен предназначенный для пациентов дневник давления, который стал настолько популярным, что уже требует переиздания. Больничная касса также профинансировала следующие руководства для пациентов по той же теме: «Высокое давление. Как защитить сердце?», «Береги здоровье, береги сердце!», «Дневник здоровья для пациентов с высоким давлением» и «Здоровое движение. Начать легко». Кроме того, любой может воспользоваться веб-решением Института развития здоровья «Калькулятор соли»³.

В 2012 году совету по составлению руководств по лечению, которым руководит медицинский факультет Тартуского Университета, было представлено 12 предложений о возможных темах. Для новых

руководств по лечению совет выбрал следующие: «Предотвращение и уход за пролежнями», «Подход к лечению астмы у взрослых в семейной медицине» и «Подход к лечению тревожных расстройств в семейной медицине». Данные руководства будут готовы к концу 2013 года. По этим же темам впоследствии будут составлены также руководства для пациентов.

Руководства для пациентов дают людям возможность принимать осознанные решения и помогают делать правильный выбор с учетом как базирующейся на доказательном подходе информации, так и личных потребностей и предпочтений больного. Это создает предпосылку тому, что пациент будет соблюдать договоренности и сможет отслеживать изменения в своем состоянии. Мы считаем важным более активно привлекать пациентов для составления руководств, еще больше учитывая их потребности и предпочтения. ■



³Веб-решение калькулятора соли можно найти на веб-странице <http://www.toitumine.ee/kampaania/sool/ru>

Обратная связь для больниц – новый отчет Больничной кассы



Яне Алоп

Главный специалист по здравоохранению отдела здравоохранения

Управленческие решения в здравоохранении должны опираться на факты

В 2012 году Больничная касса впервые опубликовала отчет, содержащий индикаторы доступности лечения, эффективности лечебного процесса и деятельности всех 19 больниц, включенных в программу развития Больничной сети⁴. Показатели были согласованы в ходе многолетнего сотрудничества больниц, объединений врачей-специалистов и Больничной кассы.

Новый отчет нацелен на предложение больницам методически единой формы обратной связи по их деятельности, а также возможности сравниться с другими больницами Эстонии. Многолетнее сотрудничество со специалистами больниц показывает, что подобная информация упрощает обмен опытом и знаниями. В международной практике представление сравнительных данных в подобной форме довольно распространено. Главная проблема заключается в доступности и качестве данных из-за различий в мотивации учреждений здравоохранения. Пользуясь в основном одним источником финансирования эстонская система медицинского страхования и электронная передача счетов за лечение предоставляют уникальную возможность для разностороннего анализа данных, собранных с общей целью.

Счет за лечение – ценный источник информации

Услуги здравоохранения оплачиваются на основании предъявляемых Больничной кассе счетов. Счет за лечение – это финансовый документ, показывающий, кто и кому оказал услугу. Документ содержит, по возможности, подробное описание услуги и, конечно же, ее стоимость. Указанные в счетах данные достоверны, поскольку с одной стороны, лечебные учреждения сами заинтересованы в корректном оформлении счетов за лечение, а с другой стороны, Больничная касса постоянно контролирует их правильность.

Больничная касса обрабатывает около 7,6 миллионов счетов в год. Около половины из них предъявляют, главным образом, больницы – за специализированные медицинские услуги. В наши дни подобный объем информации является нормальным, важно суметь его проанализировать и, в результате, улучшить организацию своей деятельности.

Обратная связь больниц

В Эстонии 19 больниц, услуги которых Больничная касса обязана оплачивать по закону. Цены услуг утверждаются в перечне медицинских услуг. Их объем и структуру учреждение здравоохранения согласовывает с Больничной кассой на

⁴Включенные в программу развития больничной сети больницы утверждены постановлением министра социальных дел № 105 от 02.04.2003

ежегодных переговорах. Методическая обработка и анализ предъявленных данных позволяют оценить, насколько успешно организована работа больниц. Ниже два примера.

Благодаря современным методам лечения, после многих операций у больных нет необходимости оставаться на ночь в больнице. Лечение в дневной хирургии для пациента удобнее и безопаснее (меньше шансов заразиться больничной инфекцией), а для больницы – эффективнее (ресурсы направляются на лечение вместо оказания гостиничных услуг). В 2012 году в больницах, включенных в программу развития больничной сети, 26% операций паховой грыжи было проведено в условиях дневной хирургии. Удельная доля дневной хирургии в больницах различалась в пределах 1–81%.

Длинные очереди на лечение у всех на устах и вызывают недовольство пациентов. Больницы обязаны регулярно отчитываться об очередях перед Больничной кассой. По состоянию на 1 января 2012 года сроки ожидания в больницах больничной сети программы развития в 38% случаев превышали допустимые предельные сроки, причем лишь в редких случаях (1%) это было обусловлено недостаточными ресурсами больницы. Различия в средних сроках ожидания в разрезе отдельных больниц дают их руководству повод для размышления.

Твердо решено продолжить

Опубликованный в 2012 году отчет стал первым шагом на пути к публичности сравнительных показателей работы больниц. Благоприятные отклики больниц ободряют.

Приятно признавать, что отчет привлек публичное внимание, прежде всего, местных газет. Это дало и больницам возможность для комментариев, а застрахованные получили представление о соответствии деятельности больниц ожиданиям общественности.

Совместно с больницами и специалистами Больничная касса подбирает новые индикаторы, которые будут включены в последующие отчеты. Отчет за 2012 год размещен на сайте Больничной кассы⁵. В будущем отчет с данными за прошедший год будет публиковаться на нашем сайте ежегодно к 15 мая. Мы считаем, что предоставление публичной обратной связи является важным аспектом гарантирования прозрачности системы здравоохранения, а также способствует как развитию организации работы больничных учреждений, так и обеспечению качества предлагаемого пациентам здравоохранения. ■



⁵С отчетом по обратной связи за 2012 год можно ознакомиться на нашем сайте: <http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/kvaliteet/tagasiside>

Жители Эстонии больше всего ценят в организации здравоохранения систему семейных врачей и дигитальный рецепт



Эвелин Коппель
Руководитель
отдела по связям с
общественностью

С 2001 года Больничная касса и Министерство социальных дел заказывают общенациональный опрос общественного мнения «Оценка здоровья и медицинской помощи жителями страны», целью которого является определение удовлетворенности населения Эстонии системой здравоохранения и доступностью медицинской помощи.

Исследование проводится каждую осень. Опрашиваются около 1500 жителей в возрасте 15–74 лет.

Полученные данные Больничная касса использует для составления своего плана развития, сбора обратной связи и оценки результатов.

Забастовка серьезно не сказалась на удовлетворенности системой здравоохранения

Результаты исследования за прошлый год показывают, что жители сталкивались с системой здравоохранения немного меньше, чем в 2011 году, но, несмотря на это и забастовку работников здравоохранения, удовлетворенность системой слегка выросла. На прием к врачу ходила примерно треть жителей Эстонии. Больше всего людей (61%) были у семейного врача. К врачу-специалисту обращались 38%, а к стоматологу 33% населения.

Медицинскими услугами больше пользовались женщины. Частота визитов существенно зависит от возраста пациентов. Как и ожидалось, со всеми услугами (за исключением стоматологических)

больше всего соприкасались люди в возрасте 60–74 лет. Пациенты в возрасте 50–59 лет посещали как семейных врачей, так и врачей-специалистов тоже довольно часто. К стоматологам лица этой возрастной группы, напротив, обращались реже остальных. Больше всего на прием к врачу ходят жители Северной Эстонии, меньше всего – жители Северо-Восточной Эстонии.

Качество медицинской помощи оценивается высоко

В организации здравоохранения людям больше всего нравится система семейной медицины, хорошее и приветливое отношение врачей, наличие и доступность медицинской помощи, а также дигитальный рецепт и электронная система в целом.

Системой семейной медицины довольны 38% населения, удовлетворенность личным семейным врачом и медсестрой достигает 90%. На протяжении целого ряда лет оценки остаются положительными, но в этом году удовлетворенность самая высокая за последние годы. Большинство тех, кто нуждается в помощи, попадает к семейному врачу в рамках допустимого времени ожидания, т. е. в течение 5 рабочих дней.

Пациенты продолжают оценивать качество предлагаемого в Эстонии медицинского обслуживания. Хорошим его посчитали 78% жителей (см. график 3). По сравнению с прошлым годом оценки стали более высокими. Больше всего качеством довольны люди в центре и на западе Эстонии. Выше оценивают качество учащиеся, ниже – безработные. Более высокие оценки качеству дают те, кто посещал

семейного врача, более негативные – те, кто стал-квивался со скорой помощью.

Больше вариантов по выгодным ценам для тех, кто покупает лекарства

Рецептурные препараты в прошлом году приобрело 64% населения. Довольными остались около 90% людей, купивших лекарства и соприкоснувшихся с системой дигитальных рецептов. Удовлетворенность системой выкупа медикаментов остается высокой уже многие годы.

В 2012 году Больничная касса продолжила кампанию, посвященную разумному использованию лекарств, в рамках которой мы призывали людей просить у врачей рецепты на действующее вещество и выбирать в аптеке наиболее выгодный по цене вариант среди одинаковых по действию медикаментов.

61% людей, купивших рецептурный препарат в прошлом году, заявили, что смогли выбрать в аптеке наименее дорогое лекарство. По сравнению с 2011 годом число таких покупателей увеличилось на целых 20%. При этом существенно выросла информированность как пациентов и врачей, так и самих аптекарей. Больше всего лекарств на выбор предлагали аптекари или спрашивали пациенты на севере Эстонии. Реже более выгодные в ценовом отношении препараты выбирали или спрашивали жители в западной или северо-восточной части Эстонии.

Важна доступность

Очевидно, что больше всего людей беспокоят длительное время ожидания и длинные очереди к врачам-специалистам. Примерно треть обратившихся к врачам-специалистам оценили время ожидания как слишком продолжительное.

Доступность медицинской помощи оценивают положительно 55% респондентов, отрицательно – 44%. По сравнению с прошлым годом удовлетворенность все же немного выросла (см. рисунок 4). Более низко доступность оценивают жители Таллинна и безработные. Наиболее высокие оценки дают учащиеся и люди, живущие в Центральной Эстонии. Несколько



Рисунок 3 Оценка качества медицинской помощи, %



Рисунок 4 Оценка доступности медицинской помощи, %

более высоко доступность медицинской помощи оценивают также те, кто сам с системой не сталкивался. Более половины пациентов попадают на прием к врачу-специалисту в рамках допустимого времени ожидания, т. е. в течение шести недель. Также несколько выросло число тех, кто должен ждать шесть недель и больше.



Выровнять длину очередей на лечение помогла бы единая общегосударственная система дигитальной регистратуры. 80% респондентов хотели бы видеть очереди к оказывающим специализированную медицинскую помощь в интернете. По сравнению с предшествующим годом этот показатель остался на прежнем уровне.

Хотя длительные очереди вызывают обеспокоенность, 63% жителей все же отдают предпочтение существующей системе финансирования здравоохранения, в соответствии с которой медицинская страховка покрывает все услуги, даже если очереди

могут иногда быть очень длинными. Признание преимуществ данной системы растёт с каждым годом.

Удовлетворенность жителей системой здравоохранения имеет для Больничной кассы большое значение. Планируя свои действия и принимая решения, мы учитываем мнение людей. Приоритетами Больничной кассы на следующие годы является сокращение очередей на лечение, укрепление системы семейной медицины, поддержка роста качества лечения и повышение информированности пациентов об их правах и обязанностях в системе медицинского страхования. ■



The background is a solid green color with several overlapping, curved white shapes that create a sense of movement and depth. The text is centered in the lower half of the page.

Отчёт
о выполнении
бюджета в 2012 году

Таблица 2 Бюджет (в тыс. евро)

	2011 в реаль- ности	2012 бюд- жет	2012 в реаль- ности	Выполнение бюджета, %	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
ДОХОДЫ БОЛЬНИЧНОЙ КАССЫ					
Часть социального налога, выделяемая на медицинское страхование	725 580	771 884	776 919	100,7	7,1
Доходы, поступающие на основании договора о приравнивании к застрахованным лицам	3 040	3 000	1 318	43,9	-56,6
Взыскания с других лиц	890	700	607	86,7	-31,8
Финансовые доходы	2 760	2 200	1 241	56,4	-55,0
Прочие доходы	2 842	2 840	3 046	107,3	7,2
Целевое финансирование	1 542	1 476	1 625	110,1	5,4
Прочие доходы	1 300	1 364	1 421	104,2	9,3
ИТОГО ДОХОДЫ БЮДЖЕТА	735 112	780 624	783 131	100,3	6,5
РАСХОДЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ					
Расходы на медицинские услуги	522 525	562 718	563 944	100,2	7,9
Расходы на предупреждение заболеваний	6 528	7 330	6 854	93,5	5,0
Расходы на общую медицинскую помощь	66 108	71 538	70 212	98,1	6,2
Расходы на специализированную медицинскую помощь	417 017	448 105	450 472	100,5	8,0
Расходы на медицинский уход	14 816	16 502	17 538	106,3	18,4
Расходы на стоматологическое лечение	18 056	19 243	18 868	98,1	4,4
Расходы на пропаганду здорового образа жизни	806	968	814	84,1	1,0
Расходы на компенсирование льготных лекарств застрахованным	91 465	101 841	98 967	97,2	8,2
Расходы на компенсации по временной нетрудоспособности	80 770	88 468	84 265	95,2	4,3
Расходы на другие денежные компенсации	8 295	8 975	9 136	101,8	10,1
Прочие расходы	14 557	16 174	16 449	101,7	13,0
Расходы, финансируемые из госбюджета целевым образом	1 461	1 476	1 572	106,5	7,6
Прочие расходы медицинского страхования	13 096	14 698	14 877	101,2	13,6
ИТОГО РАСХОДЫ НА МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ	718 418	779 144	773 575	99,3	7,7
РАСХОДЫ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ БОЛЬНИЧНОЙ КАССЫ					
Расходы на персонал и управление	4 380	4 792	4 645	96,9	6,1
Оплата труда	3 262	3 567	3 460	97,0	6,1
в т.ч. вознаграждение членам правления	139	138	153	110,9	10,1
Страхование от безработицы	44	48	45	93,8	2,3
Социальный налог	1 074	1 177	1 140	96,9	6,1
Хозяйственные расходы	1 011	1 131	1 012	89,5	0,1
Расходы на ИТ	834	964	773	80,2	-7,3
Расходы на развитие	159	225	151	67,1	-5,0
Обучение	76	113	86	76,1	13,2
Консультации	83	112	65	58,0	-21,7
Финансовые расходы	87	87	0	0,0	-
Прочие расходы на деятельность	609	841	750	89,2	23,2
Надзор за системой медицинского страхования	53	102	75	72,8	41,5
Связи с общественностью / информирование	68	114	108	94,7	58,8
Прочие расходы	488	625	567	90,9	16,2
Итого расходы на деятельность Больничной кассы	7 080	8 040	7 331	91,2	3,5
ИТОГО РАСХОДЫ БЮДЖЕТА	725 498	787 184	780 906	99,2	7,6
Доход годового бюджета	9 614	-6 560	2 225	-	-
РЕЗЕРВ					
Изменение резервного капитала	0	0	0	-	-
Изменение рискованного резерва	0	854	857	-	-
Изменения нераспределенного дохода	9 614	-7 414	1 368	-	-
Итого изменение резервов	9 614	-6 560	2 225	-	-

Число застрахованных

Право не медицинскую страховку имеют постоянные жители Эстонии, а также лица, которые живут здесь на основании временного вида на жительство или права на жительство, если за лицо вносится или оно само вносит за себя социальный налог. Медицинскую страховку также имеют люди, приравненные к застрахованным на основании Закона о медицинском страховании или соответствующего договора.

В статистике, касающейся медицинского страхования, лица, имеющие медицинскую страховку на различных основаниях, делятся на пять групп:

- **работающие застрахованные лица** – лица, застрахованные работодателем, предприниматели-физические лица (в т. ч. участвующие в их деятельности супруги), члены руководящего органа, лица, заключившие обязательственный-правовой договор;
- **лица, приравненные к застрахованным** – пенсионеры, дети, ученики, беременные, состоящие на иждивении супруги;

- **лица, застрахованные государством** – безработные, лица, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком, лица, ухаживающие за человеком с ограниченными возможностями, военнослужащие срочной службы;

- **лица, застрахованные по международному договору** – пенсионеры, прибывающие на жительство в Эстонию из других стран-членов Европейского Союза, работники, отправленные в командировку в Эстонию из других стран-членов ЕС, пенсионеры Эстонии, уезжающие в другую страну-член ЕС, военные пенсионеры Российской Федерации;

- **лица, приравненные к застрахованным по договорам добровольного страхования** – лица, застрахованные договором добровольного страхования.

Действует принцип статистического приоритета категории работающих застрахованных лиц. Это значит, что, если у человека есть несколько действующих страховок, то в статистических данных по медицинскому страхованию будет отражена только одна. Таким образом, люди, застрахованные одновременно как пенсионеры и как работающие лица, статистически относятся к категории работающих застрахованных лиц.

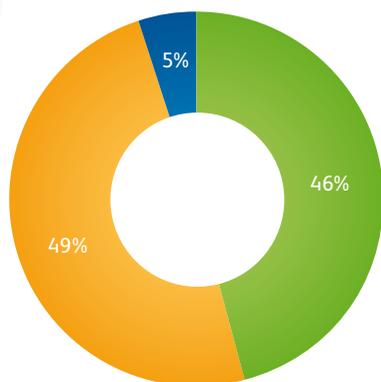
Таблица 3 Число застрахованных

	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	Изменение за период 31.12.2012–31.12.2011 (человек)	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
Лица, приравненные к застрахованным	609 467	608 708	602 249	-6 459	-1
Работающие застрахованные лица	565 933	568 434	575 277	6 843	1
Прочие застрахованные лица	80 840	68 327	59 578	-8 749	-13
Лица, застрахованные государством	77 038	65 463	57 619	-7 844	-12
Лица, застрахованные по международным договорам	3 586	2 600	1 642	-958	-37
Лица, приравненные к застрахованным по договорам добровольного страхования	216	264	317	53	20
ИТОГО	1 256 240	1 245 469	1 237 104	-8 365	-1

Изменения в количестве застрахованных лиц в 2012 году характеризуются увеличением числа работающих застрахованных, благодаря улучшению ситуации с занятостью, а также уменьшением числа лиц, застрахованных государством, в связи с возвращением безработных на рынок труда (см. таблицу 3).

Доля лиц, застрахованных по международным договорам, снижается, так как военные пенсионеры Российской Федерации продолжают пользоваться правом ходатайствовать о получении эстонской пенсии по старости.

Число лиц, заключивших договор добровольного страхования, с 2010 года в среднем растет на 50 человек в год. Заключение договора страхования дает возможность получить медицинскую страховку тем, кого Закон о медицинском страховании не относит напрямую к застрахованным лицам. Заключение договора добровольного страхования влечет за собой обязательство вносить страховые платежи в размере 13% от средней месячной брутто-зарплаты за прошлый календарный год.



- “Работающие застрахованные лица”
 - доля в числе всех застрахованных 46%
 - внесено социального налога в расчете на одного застрахованного в среднем 1286 евро”
- “Лица, приравненные к застрахованным”
 - доля в числе всех застрахованных 49%
 - внесено социального налога в расчете на одного застрахованного 0 евро”
- “Прочие застрахованные лица”
 - доля в числе всех застрахованных 5%
 - внесено социального налога в расчете на одного застрахованного в среднем 643 евро”

Рисунок 5 Доля разных категорий в общем числе застрахованных лиц и их вклад в оплату социального налога

Основной причиной снижения общего числа лиц, имеющих медицинскую страховку, является отъезд за границу и также то обстоятельство, что в 2012 году смертность превысила рождаемость⁶.

Доля разных категорий в общем числе застрахованных лиц и вклад застрахованных при внесении той части социального налога, которая относится к медицинскому страхованию, представлены на рис. 5.

Обзор средней суммы расходов на одного застрахованного приведен в таблице 4. ■

Таблица 4 Средняя сумма расходов на одного застрахованного в 2012 году

Возраст застрахованных лиц	Число застрахованных лиц по состоянию на 31.12.2012	Расходы на общую медицинскую помощь в евро	Расходы на специализированную медицинскую помощь в евро	Расходы на лекарства в евро	Итого расходы в евро
0–9	148 235	61	241	29	331
10–19	126 839	44	238	27	309
20–29	160 883	45	245	37	327
30–39	158 465	47	273	49	369
40–49	156 176	50	281	61	392
50–59	165 824	63	419	104	586
60–69	142 048	65	606	167	838
70–79	115 170	76	817	210	1 103
80–89	56 880	71	836	173	1 080
90–99	6 431	64	730	100	894
100–109	153	60	610	50	720

⁶Согласно данным Департамента статистики в 2012 году покинули Эстонию 10 871 человек, и прибыли в Эстонию 4416 человек. То есть из государства убыло на 6455 человек больше, чем въехало. Снижение рождаемости и рост числа смертей также повлияли на естественный прирост, который снова оказался негативным – умерло на 1460 человек больше, чем родилось.

Доходы

Обзор доходов Больничной кассы в 2012 году представлен в таблице 5.

Таблица 5 Доходы (в тыс. евро)

	2011 в реальности	2012 бюджет	2012 в реальности	Выполнение бюджета, %	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
Часть социального налога, отведенная на медицинское страхование	725 580	771 884	776 919	101	7
Доходы, поступающие на основании договора о приравнивании к застрахованному лицу	3 040	3 000	1 318	44	-57
Взыскания с других лиц	890	700	607	87	-32
Финансовые доходы	2 760	2 200	1 241	56	-55
Прочие доходы	2 842	2 840	3 046	107	7
в т. ч. целевые отчисления из государственного бюджета	1 542	1 476	1 625	110	5
прочие доходы	1 300	1 364	1 421	104	9
ИТОГО	735 112	780 624	783 131	100	7

Большую часть доходов Больничной кассы (99,2% всех доходов в 2012 году) составляет **часть социального налога, отведенная на медицинское страхование**. Доход от социального налога составил 776,9 миллионов евро и превысил бюджет, запланированный на 2012 год (бюджет был выполнен на 100,7%). 95,2% социального налога платят работодатели. Остальные 4,8% государство платит за безработных и лиц, получающих социальные пособия (см. рис. 6)



Рисунок 6 Доля участия при внесении социального налога

Обзор доходов от отведенной для медицинского страхования части социального налога, а также колебания поступления представлены на рисунке 7.



Рисунок 7 Доход от отведенной для медицинского страхования части социального налога. Рост и уменьшение поступлений за период 2005–2012

По договору о приравнивании к застрахованному лицу за отчетный период был получен доход в размере 1317,8 тысячи евро, в т. ч. на основании договоров о добровольном страховании поступило страховых платежей на сумму 386,0 тысяч евро, а страховые платежи неработающих пенсионеров вооруженных сил Российской Федерации составили 931,8 тысячи евро.

Взыскания с других лиц составили примерно 607,2 тысячи евро. В качестве взысканий отражаются требования, выдвинутые в результате проверок оказывающим медицинские услуги, аптекам, застрахованным лицам и работодателям.

Финансовый доход за хозяйственный год составил 1240,9 тысячи евро. Доход был получен от инвестирования резервов и свободных средств.

С 2012 года денежные средства Больничной кассы (резервный капитал, рисковый резерв, нераспределенная прибыль и свободные денежные средства) хранятся на концерновом счете государства. На основании заключенного с министерством финансов депозитного договора Больничная касса получает с остатка хранящихся на счетах денежных средств проценты, размер которых равен доходности кассового резерва государства.

Прочие доходы включают в себя целевое финансирование, доход от медицинских услуг, оказанных в Эстонии застрахованным лицам из стран-членов ЕС, и другие доходы.

Больничная касса получила целевое финансирование из государственного бюджета в размере 1572,0 тысяч евро для оплаты лекарств и медицинских услуг на основании Закона об искусственном оплодотворении и защите эмбрионов. Министерство иностранных дел поддержало развитие системы медицинского страхования Молдовы, выделив на это 22,8 тысячи евро. ■

Расходы

Расходы Больничной кассы делятся на расходы на медицинское страхование и расходы на деятельность.

Расходы на медицинское страхование

1. Медицинские услуги

Средства из бюджета 2012 года на медицинские услуги были использованы по заданному плану (см. таблицу 6). По сравнению с 2010 годом расходы выросли на 8%. Из них 5,3% роста было обусловлено отменой с 01.01.2012 коэффициента 0,95, применяемого к предельным ценам перечня медицинских услуг.

По отдельным медицинским услугам использование бюджета немного отличалось от запланированного. Если расходы на специализированную медицинскую помощь оказались выше на 1% и расходы на медицинский уход на 6%, то в бюджете на профилактику заболеваний 6% отведенных средств остались неиспользованными. В следующих подразделах представлено описание расходов с разбивкой по видам услуг и компенсаций.

Таблица 6 Расходы на медицинские услуги (в тыс. евро)

	2011 в реальности	2012 бюджет	2012 в реальности	Выполнение бюджета, %	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
Расходы на профилактику заболеваний	6 528	7 330	6 854	94	5
Расходы на общую медицинскую помощь	66 108	71 538	70 212	98	6
Расходы на специализированную медицинскую помощь	417 017	448 105	450 472	101	8
Расходы на медицинский уход	14 816	16 502	17 538	106	18
Расходы на стоматологическое лечение	18 056	19 243	18 868	98	4
ИТОГО	522 525	562 718	563 944	100	8

1.1. Предотвращение заболеваний

Целью предотвращения заболеваний является как можно более раннее выявление предшествующего заболеванию состояния и принятие мер по недопущению развития болезни. В 2012 году расходы на предотвращение заболеваний составили 6,9 миллиона евро, т. е. 94% от запланированного бюджета (см. таблицу 7).

По сравнению с тем же периодом прошлого года расходы на предотвращение заболеваний выросли на 5%. Основная причина заключается в повышении предельных цен на медицинские услуги. Расходы на пренатальную диагностику уменьшились, что связано с более эффективным предварительным тестированием (более подробно см. ниже). Расходы в проектах по раннему обнаружению сердечных заболеваний и остеопороза также оказались ниже запланированных. Обзор числа участвовавших в

Таблица 7 Предотвращение заболеваний (в тыс. евро)

	2011 в реальности	2012 бюджет	2012 в реальности	Выполнение бюджета, %	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
Школьное здравоохранение	3 198	3 499	3 342	96	5
Развитие репродуктивного здоровья молодежи	833	895	882	99	6
Раннее обнаружение рака груди	817	960	916	95	12
Раннее обнаружение рака шейки матки	178	212	209	99	17
Предотвращение сердечных заболеваний в группах риска	149	188	120	64	-19
Раннее обнаружение остеопороза	42	48	40	83	-5
Обследования для выявления фенилкетонурии и гипотиреоза	179	201	180	90	1
Пренатальная диагностика наследственных заболеваний	325	408	319	78	-2
Проверка слуха у новорожденных	257	302	283	94	10
Контроль состояния здоровья молодых спортсменов	550	617	563	91	2
ИТОГО	6 528	7 330	6 854	94	5

Таблица 8 Число участвовавших в проектах по предотвращению заболеваний

	Действительное число участво- вавших 2011	Запланированное число участво- вавших 2012	Действительное число участво- вавших в 2012	Выполнение целей, %
Школьное здравоохранение	155 476	156 289	148 504	95
Развитие репродуктивного здоровья молодежи	32 929	32 800	32 680	100
Раннее обнаружение рака груди	31 287	34 000	33 079	97
Раннее обнаружение рака шейки матки	13 111	15 000	13 518	90
Предотвращение сердечных заболеваний в группах риска	3 943	4 800	2 647	55
Раннее обнаружение остеопороза	947	1 000	866	87
Обследования для выявления фенилкетонурии и гипотиреоза	14 459	15 600	14 039	90
Пренатальная диагностика наследственных заболеваний	1 406	1 800	1 432	80
Проверка слуха у новорожденных	13 324	14 000	13 915	99
Контроль состояния здоровья молодых спортсменов	10 026	11 500	9 750	85

проектах по предотвращению заболеваний приведен в таблице 8.

Половина, или 48,8% расходов на предотвращение заболеваний приходится на услугу школьного здравоохранения. С 2012 года в школах с учениками, имеющими особые образовательные потребности, на полную ставку работают сестры из расчета 1 сестра на каждые 200 учащихся. В таких школах учатся примерно 3600 учеников. По данным профи-

лактических осмотров учеников основными проблемами со здоровьем в школьном возрасте являются нарушения зрения (31%), нарушения осанки (21%) и лишний вес (10,3%). В течение года качество оказания услуги оценивалось в 20 школах с учениками, имеющими особые образовательные потребности. Прежде всего, проблемы возникали в школах, где у сестры есть несколько работодателей (т. е. медсестра работает как в лечебном учреждении, так и в школе). В результате оценки был сделан вывод о том, что необходимо

расширить преподавание первой помощи, ввести сопутствующий осмотру учеников опрос о здоровье и составить планы сестринского обслуживания, в которых будут прописаны дальнейшие мероприятия, касающиеся проблем со здоровьем учеников.

Услугами по консультированию в области репродуктивного здоровья молодежи и предотвращению заболеваний, передающихся половым путем, в прошлом году воспользовалось 31 907 молодых людей. 6% из обратившихся были юношами. Около одной пятой молодых людей в этом году первый раз получили консультацию в центре молодежи. Заболевания, передающиеся половым путем, были обнаружены у 2% молодых людей. Из посетивших центры девушек в возрасте до 19 лет 1% был направлен на постановку на учет по беременности и столько же выразили желание прервать беременность.

Цель проектов по раннему обнаружению рака груди и шейки матки заключалась в том, чтобы поднять степень участия в скрининговых обследованиях. В январе женщины могли узнать о предупреждении рака шейки матки из статей и плакатов. В мае отмечалась неделя, посвященная борьбе с раком груди. В качестве вспомогательных средств использовались плакаты, телеклипы и пр. Осенью женщинам еще раз напомнили о необходимости участия в скрининговом обследовании. Помимо организации медиаподдержки, 117 000 женщин получили соответствующие приглашения. Более половины цитологических обследований шейки матки проводятся в ходе обычных медицинских осмотров. В течение года скрининговое обследование позволило выявить 135 случаев рака груди, 72% из них – на ранней стадии заболевания. Состояния, предшествующие раку шейки матки, были обнаружены у 3% обследованных женщин. Было диагностировано 4 случая рака шейки матки.

В проекте по предупреждению сердечнососудистых заболеваний на первом месте была деятельность уездных центров по предупреждению болезней сердца. Туда семейные врачи могли направлять пациентов с высоким риском заболевания, в т. ч. для вторичной профилактики. Потребность в направлении оказалась меньше, чем было запланировано. Кроме того, это показывает готовность к интеграции услуги в систему семейной медицины.

Проект по раннему обнаружению остеопороза предназначен только для пациентов, относящихся к группе риска, в основном для тех, кто проходит лечение кортикостероидами. В силу повышения доступности биологического лечения число таких паци-

ентов уменьшается. Также существенно улучшились возможности диагностики и лечения остеопороза для всего населения. Благодаря этому, целевая группа проекта по остеопорозу уменьшилась, и расходы на него снизились.

Проекты по предупреждению сердечных заболеваний и раннему обнаружению остеопороза будут интегрированы в систему общей и специализированной медицинской помощи в 2013 году.

Размер целевой группы для скрининговых обследований на выявление фенилкетонурии, гипотиреоза и проблем со слухом у новорожденных зависит от уровня рождаемости. Фенилкетонурия новорожденных была обнаружена у одного ребенка и гипотиреоз у двух. От теста отказались тридцать четыре родителя. В ходе скринингового обследования слуха нарушения были выявлены у тринадцати детей, родившихся в 2012 году. Кроме того, окончательно подтвердился диагноз у девяти детей, родившихся в 2011 году. В скрининговом обследовании слуха у новорожденных требуется меньше дополнительных обследований. Доля ложноположительных результатов в лечебных учреждениях оказалась меньше ожидаемой.

Необходимость проекта пренатальной диагностики наследственных заболеваний обусловлена числом беременностей с высоким риском, выявленных в ходе предшествующего скринингового обследования сыворотки крови. Диагностика осуществлялась в объеме, который был меньше запланированного. Инвазивные процедуры потребовались лишь в 885 случаях. В остальных случаях была предложена консультация генетика. Хромосомная аномалия плода была обнаружена в 54 случаях, из которых синдром Дауна в 27 случаях.

Программа контроля состояния здоровья молодых спортсменов направлена на молодых людей в возрасте 9–19 лет, которые, помимо посещения школьных уроков физкультуры, регулярно занимаются спортом не менее 5 часов в неделю. В 2012 году было проверено больше молодежи, занимающейся спортом свыше 8 часов в неделю, чем ожидалось. Для этой группы показано больше обследований, поэтому стоимость одного случая оказалась выше. Снижение числа обследований, по сравнению с 2011 годом, обусловлено не меньшей потребностью, а, прежде всего, возможностями медицинских учреждений. Период ожидания предупреждающих обследований составляет в среднем один месяц. В целях повышения доступности в 2013 году к проекту присоединяется Ида-Таллиннская центральная больница.

1.2. Общая медицинская помощь

В 2012 году расходы на общую медицинскую помощь составили 70,2 миллиона евро. По сравнению с 2011 годом они выросли, в основном, за счет увеличения расходов фонда обследований и базовых денежных средств.

Структура расходов на общую медицинскую помощь менялась так же, как и в предыдущий период: снова большая часть средств ушла на подушное финансирование (64%). Доля фонда обследований выросла

на 1%, а доля базовых денежных средств на 2% (см. таблицу 9). Доля расходов фонда обследований в расходах подушного финансирования выросла с 29% до 31% (более подробно см. ниже).

По состоянию на 2012 год в Эстонии было 800 списков лиц, обслуживаемых семейными врачами (см. таблицу 10). За год 53 спискам были выплачены базовые суммы с коэффициентом 1,5, потому что у семейного врача было несколько мест, где он вел прием.

Таблица 9 Медицинские услуги в рамках общей врачебной помощи (в тыс. евро)

	2011 в реальности	2012 бюджет	2012 в реальности	Выполнение бюджета, %	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
Базовые денежные средства	7 375	9 016	8 981	100	22
Надбавка за дальность	329	502	492	98	50
Суммарное подушное финансирование*	44 225	45 257	44 878	99	1
Подушное финансирование для застрахованных в возрасте до 3-х лет	–	2 744	2 674	97	–
Подушное финансирование для застрахованных в возрасте 3–6 лет	–	2 804	2 843	101	–
Подушное финансирование для застрахованных в возрасте 7–49 лет	–	19 314	18 983	98	–
Подушное финансирование для застрахованных в возрасте 50–69 лет	–	11 974	11 927	100	–
Подушное финансирование для застрахованных в возрасте старше 70 лет	–	8 421	8 451	100	–
Фонд обследований	12 787	14 980	14 050	94	10
Надбавка семейным врачам за качество**	813	1 064	1 192	112	47
Консультационный телефон семейного врача	579	623	619	99	7
Резерв на общую медицинскую помощь***	0	96	0	–	–
ИТОГО	66 108	71 538	70 212	98	6

*Сравнительные данные за 2011 год по возрастным группам отсутствуют, поскольку в 2012 году были изменены принципы классификации подушного финансирования для застрахованных.

**Плату за качество планируют и выплачивают в III квартале по результатам предшествующего (-их) периода (-ов) в виде единовременной выплаты.

*** В резерв на общую медицинскую помощь планируются средства на ведение беременности и на вскрытия. В графе «Выполнение бюджета» они отражаются в строке фонда обследований.

Таблица 10 Число списков лиц, обслуживаемых семейными врачами, и число застрахованных лиц в списке

	2011 в реальности	2012 в реальности	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
ЧИСЛО СПИСКОВ			
Число списков	802	800	0
Число списков, которым выделяется доплата за дальность	198	195	–2
Средний размер списка (число застрахованных в списке)	1 566	1 559	0
ЧИСЛО ЛИЦ*			
Подушное финансирование для лиц в возрасте до 3-х лет (застрахованных)	–	43 185	–
Подушное финансирование для лиц в возрасте 3–6 лет (застрахованных)	–	61 219	–
Подушное финансирование для лиц в возрасте 7–49 лет (застрахованных)	–	659 132	–
Подушное финансирование для лиц в возрасте 50–69 лет (застрахованных)	–	305 846	–
Подушное финансирование для лиц старше 70 лет (застрахованных)	–	177 841	–
СУММАРНОЕ ЧИСЛО ЛИЦ, НА КОТОРЫХ БЫЛО ВЫДЕЛЕНО ПОДУШНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ	1 255 971	1 247 223	–1

*Сравнительные данные за 2011 год по возрастным группам отсутствуют, поскольку в 2012 году были изменены принципы классификации подушного финансирования для застрахованных.

Отмена общего коэффициента 0,97 для базовых сумм должна была обусловить рост этих расходов на 3,1%. Из-за снижения числа финансируемых застрахованных лиц на 0,7% расходы на базовые суммы выросли лишь на 1,5%.

По сравнению с 2011 годом расходы на фонд обследований выросли на 10%. Чтобы компенсировать расходы на дополнительно проведенные исследования, в прошлом году семейным врачам в первый раз выплатили в общей сложности 16 000 евро с коэффициентом 0,3 для покрытия обследований, превышающих предусмотренную на календарный год сумму из фонда обследований. В 2012 году эта сумма уменьшилась до 13 185 евро. Бюджет вырос, в основном, из-за увеличения объема фонда

обследований, что было вызвано повышением максимальной ставки (максимальный процент от оговоренного подушного финансирования фонда обследований). Если в 2011 году разрешенная ставка подушного финансирования у врачей, не участвовавших в системе качества, составила 27%, то в 2012 году она выросла до 29%. У участвующих в системе качества семейных врачей ставка выросла с 32% до 34%. У врачей, достигших положительного результата в системе качества, ставка выросла с 32% до 37%.

Увеличение базовых денежных средств на 22% связано с изменением предельной цены с 1 января 2012 года. На данную сумму также несколько влияет рост плат за дальность.

Таблица 11 Участие семейных врачей в системе качества в период 2010–2011 и результаты

	2010	2011
Число семейных врачей, ходатайствовавших о доплате за качество	718	755
Число семейных врачей, получивших доплату за эффективную работу по проведению предупредительных мер и ведению хронических больных	282	397
в т. ч. с коэффициентом 1,0	182	311
с коэффициентом 0,8	100	86
Доплата за профессиональную компетентность (действующая сертификация, проведение гинекологических осмотров и мелких хирургических операций в определенном объеме)	155	106

В общем числе списков стало на два списка меньше, а число включенных в списки застрахованных лиц уменьшилось на 1%.

Маленьких списков, в зоне обслуживания которых проживает менее 1200 человек, но для которых Больничная касса выделяет подушное финансирование, исходя из количества 1200 лиц, оставалось, как и в предшествующий год 15.

Из средств, запланированных в резерв на общую медицинскую помощь, было выплачено 11 739 евро на ведение нормальной беременности и 31 368 евро на покрытие расходов на вскрытия.

Число семейных врачей, участвующих в системе качества, постоянно увеличивается с 2007 года. В 2011 году в ней принимали участие 95% семейных врачей, в прошлом году – 98%.

Лица в списках семейных врачей, присоединившихся к системе качества, лучше охвачены мерами по предупреждению заболеваний, и их хронические болезни находятся под систематическим наблюдением.

Результаты участия семейных врачей, участвующих в системе качества, обобщаются раз в году. Таким образом, в расходах за 2012 год отражается доплата по результатам 2011 года.

В 2011 году в системе качества приняли участие все семейные врачи Хийуского, Йыгеваского, Ида-Виурского и Пылваского уездов (см. рисунок 8). Из них

положительного результата добились 100%, 75%, 52% и 44% соответственно. Доплату за дополнительную профессиональную компетентность получили 13% семейных врачей. Изменение, по сравнению с предшествующим годом, связано с изменением основ индикатора оценки компетентности семейных медсестер.

Суммарно общее число визитов семейных медсестер в период 2008–2012 увеличилось в 1,6 раза. Это подтверждает тот факт, что доля семейных медсестер в консультировании пациентов выросла (ст. таблицу 12).

Услуга общегосударственного консультационного телефона семейного врача 1220 предлагается в Эстонии круглосуточно, чтобы люди могли быстро получить совет в случае проблем со здоровьем. Кроме того, там можно получить информацию по организации здравоохранения. Популярность консультационного телефона семейного врача выросла. В 2012 году врачи и медсестры ответили в общей сложности на 222 287 звонков. В среднем в сутки поступало 609 звонков (в 2011 году было принято 216 984 звонка, в среднем 595 звонков в день). Больше всего спрашивали совета о связанных со здоровьем проблемах. Информация об организации здравоохранения требовалась лишь 1% звонивших.

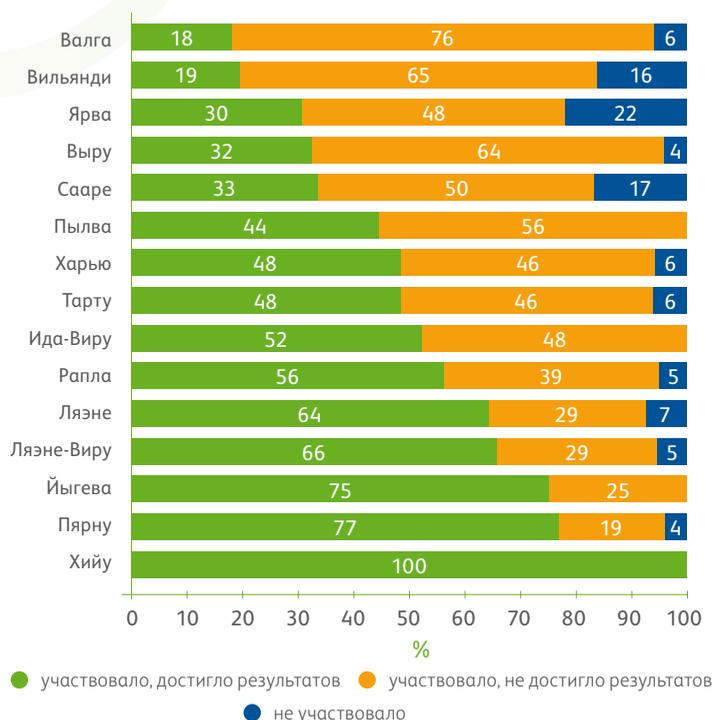


Рисунок 8 Распределение семейных врачей в системе качества по уездам в 2011 году

Таблица 12 Число приемов семейных врачей и семейных медсестер в 2008–2012 гг.

	2008	2009	2010	2011	2012
Число приемов семейных врачей	4 368 668	4 182 361	3 994 334	4 411 214	4 523 318
Число приемов семейных медсестер	370 853	418 305	480 269	535 240	592 690
Число профилактических приемов	450 309	387 782	394 360	363 182	326 747
Число приемов	5 189 830	4 988 448	4 868 963	5 309 636	5 442 755
Число лиц, пришедших на прием	983 466	973 129	957 090	981 575	973 882
Число лиц в списках семейных врачей	1 286 597	1 280 795	1 271 082	1 255 971	1 247 223
Доля лиц, ходивших на прием к семейному врачу, от числа лиц в списках семейных врачей (%)	76	76	75	78	78

1.3. Специализированная медицинская помощь

В 2012 году расходы на специализированную медицинскую помощь составили в общей сложности 450,5 миллионов евро. Расходы распределились между амбулаторной, дневной и стационарной специализированной медицинской помощью, расходами на подготовку больниц и расходами на центральную закупку медицинских услуг. За последние было заплачено 4,5 миллиона евро.

По сравнению с предыдущим годом, расходов выросли на 8% (см. таблицу 6). Прежде всего, это было вызвано ликвидацией коэффициента предельной стоимости (воздействие 5,3%). Также на рост повлияло структурное подорожание одного случая лечения (воздействие 3,1%, от этого показателя

незапланированное исключительно дорогое лечение составило 0,8%) и обновление перечня медицинских услуг. Забастовка медицинских работников, прежде всего, повлияла на плановое амбулаторное лечение. На частично неполное число случаев лечения повлиял неожиданно резкий рост исключительно дорогих случаев лечения (подробнее см. ниже).

Выполнение бюджета оценивается в двух аспектах. Во-первых, рассматриваются расходы на специализированную медицинскую помощь без расходов на централизованную закупку медицинских услуг. Во-вторых, отдельно оценивается выполнение бюджета на централизованную закупку медицинских услуг. Расходы на эти услуги составляют около 1% от общих расходов на специализированную медицинскую помощь.

1.3.1. Специализированная медицинская помощь, за исключением централизованной закупки медицинских услуг

Расходы на лечение и случаи лечения по типам лечения

На специализированную медицинскую помощь, за исключением централизованной закупки медицин-

ских услуг, было потрачено столько средств, сколько и было запланировано в бюджете (см. таблицу 13). На выполнение бюджета оказало влияние число случаев лечения, превысившее оговоренный объем, в больницах, входящих в план развития больничной сети, ситуация, возникшая в связи с забастовкой медицинских работников в 2012 году, и, учитывая возможности бюджета на 2012 год, Больничная касса в порядке исключения приняла решение в качестве единичного случая оплатить всем входящим в план

Таблица 13 Расходы на специализированную медицинскую помощь, за искл. расходов на централизованную закупку медицинских услуг, в тысячах евро и случаи лечения по типам лечения

	2011 в реальности	2012 бюджет	2012 в реальности	Выполнение бюджета, %	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
РАСХОДЫ НА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ					
Итого (за исключением стоимости готовности)	395 025	434 816	436 696	100	11
Амбулаторное лечение	130 233	149 110	148 291	99	14
Дневное лечение	24 061	26 288	28 322	108	18
Стационарное лечение	240 731	259 418	260 083	100	8
Стоимость готовности	8 423	9 250	9 250	100	10
ИТОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ	403 448	444 066	445 946	100	11
СЛУЧАИ ЛЕЧЕНИЯ					
Итого (за исключением стоимости готовности)	3 207 049	3 209 917	3 162 267	99	-1
Амбулаторное лечение	2 903 380	2 905 556	2 865 870	99	-1
Дневное лечение	64 899	66 254	65 092	98	0
Стационарное лечение	238 770	238 107	231 305	97	-3
Стоимость готовности	380	382	382	100	1
ИТОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ	3 207 429	3 210 299	3 162 649	99	-1



развития больничной сети больницам, которые в 2012 году оказали медицинские услуги, превысившие оговоренный объем в денежном эквиваленте, счета за лечение с коэффициентом 0,3. Также было оплачено дополнительно 23 000 случаев лечения (в т. ч. 17 000 амбулаторных и 5000 стационарных случаев лечения). От выполнения общего бюджета на специализированную медицинскую помощь эти расходы составили 0,7. По типам лечения расходы на стационарные услуги были произведены согласно бюджету. Расходы на дневное лечение оказались больше запланированных. Расходы на амбулаторное лечение оказались выполненными частично. Случаи лечения остались выполненными частично по всем типам лечения.

Лучше всего был выполнен бюджет на амбулаторное лечение: как расходы, так и случаи были выполнены на 99%. Недостаточное выполнение случаев дневного лечения и стационарных случаев повлияло на повышение средней стоимости одного случая лечения. В некоторой степени это было вызвано перемещением определенных услуг из стационарных условий в условия дневного лечения.

По сравнению с предыдущими годами, доля случаев лечения и расходов на амбулаторное и дневное лечение постоянно возрастала. Это связано с общей тенденцией по возможности оказывать услуги за пределами стационара.

Круглосуточную готовность больниц, входящих в план развития больничной сети, или больниц ПРБС, входящую в число общих расходов на специализированную медицинскую помощь, Больничная касса профинансировала согласно бюджету, запланированному на 2012 год.

По специальностям объем расходов и число случаев лечения по сравнению с запланированным бюджетом, а также изменения по сравнению с 2011 годом представлены в приложениях 1 и 2 к отчету относительно выполнения бюджета.

Важные изменения по специальностям:

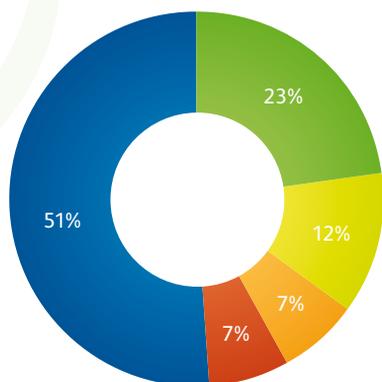
- **Хирургию, а также ортопедию**, которая по большей части является хирургической специальностью, характеризует тенденция, описание которой приводится во вводной части – перемещение пациента из стационарного лечения в дневную хирургию. В ближайшие годы переход должен продолжиться, т.к. было осуществлено обновление главы об операциях в перечне меди-

цинских услуг больничной кассы. Это обуславливает добавление современных, менее инвазивных возможностей лечения и создает более хорошие предпосылки для работы с пациентом в дневной хирургии. Меньший объем стационарных случаев лечения в хирургии, чем был запланирован, связан со значительно большим числом дорогих случаев, чем было запланировано.

В ортопедии было проведено меньше планового эндопротезирования, чем ожидалось. Это обусловлено недостаточным количеством стационарных случаев лечения во всей специальности. По оценке Больничной кассы, на нехватку оказала влияние забастовка, т.к. ранее не наблюдалось неполного выполнения договоров на эндопротезирование в подобном объеме. Несмотря на то, что число пациентов в очереди на эндопротезирование постепенно растет (например, в IV квартале 2012 г. на 100 человек), среднее время ожидания операции составляет около 1,5 лет.

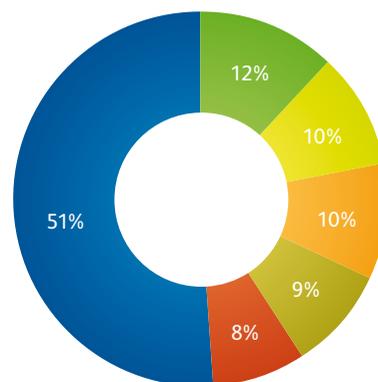
- **В оториноларингологии** недостаточное выполнение было заметно уже в итоговом отчете за третий квартал 2012 года. Недостаточное выполнение как в денежном отношении в плане договоров, так и в части случаев лечения, несмотря на достаточно длинные очереди на лечение, указывает на нехватку производительности поставщиков медицинских услуг. В сентябре Больничная касса провела анализ причин очередей на лечение. Результат показал, что в Северо-Эстонской Региональной больнице более длинные очереди на лечение обусловлены, прежде всего, нехваткой персонала. Также частично выполненным остался договор с Клиникой Тартуского Университета, преимущественно по причине забастовки медицинского персонала.
- Устойчивый рост случаев **неврологического** лечения обусловлен общим структурным изменением заболевания в соответствии со старением населения. Если в предыдущие годы запланированное число случаев лечения постоянно превышалось, то в прошлом году действительное число случаев лечения стало более низким, чем было запланировано. С одной стороны, у поставщиков соответствующей услуги не хватает мощностей, например, в Северо-Эстонской Региональной больнице не хватает врачей-специалистов. С другой стороны, используется более дорогая медицинская технология, которая способствовала повышению средней стоимости одного случая лечения.

- В специальности **офтальмология** финансирование новых медицинских технологий также оказало влияние на подорожание случаев лечения. В то время как общее число случаев лечения по всей специальности оказалось частично невыполненным, число стационарных случаев лечения оказалось выше запланированного. Хорошей новостью является стабилизация числа операций с целью лечения катаракты, которое стремительно росло в последние годы. Эти операции проводились согласно плану. Количество пациентов в очереди на этот тип лечения во II полугодии 2012 года уменьшилось на 1000 человек. Среднее время ожидания составляет 1–1,5 года.
- Из расходов на **дерматовенерологию** с 2012 года финансируется биологическое лечение тяжелой формы псориаза, которое раньше финансировалось посредством централизованной закупки. Дополнительные средства, выделенные на биологическое лечение, были запланированы на специализированное амбулаторное лечение, однако относительно дорогое лечение всё же проводилось преимущественно в дневном отделении. Имеются различия в типах лечения, однако в целом расходы соответствуют запланированному бюджету. Недостаточное выполнение амбулаторных случаев, в общем, связано с тем обстоятельством, что средняя стоимость амбулаторных случаев лечения оказалась выше запланированной.
- В следующих специальностях: **педиатрия, пульмонология и внутренние болезни** подорожание специализированной медицинской помощи в рамках дневного лечения также объясняется переводом биологического лечения, которое раньше финансировалось через централизованные закупки, в договоры о специализированной медицинской помощи.
- Дневное лечение по специальности **психиатрия** проводилось больше, чем ожидалось. Рост преимущественно обусловили случаи, когда пациенты оставались под наблюдением, в то время как непосредственное лечение не проводилось. Показания к применению дневного лечения и содержание лечения, по оценке Больничной кассы, требуют более точного соглашения с психиатрами. Соответствующие мероприятия запланированы на 2013 год. Перемещение случаев лечения в амбулаторное и дневное лечение способствовало сокращению стационарных случаев. Использование амбулаторной услуги на протяжении нескольких лет было относительно однообразным и возросло лишь незначительно.
- Случаи лечения по специальности **онкология**, а также соответствующие расходы возросли в отношении всех типов лечения. Причиной, прежде всего, являются постоянно улучшающиеся возможности диагностирования и лечения опухолей. С расширением возможностей лечения растёт и число лечебных курсов на одного больного. На превышение пределов бюджета также повлияло то, что AS Ida-Tallinna Keskhaigla со II квартала получило разрешение на оказание стационарных медицинских услуг в области онкологии.
- В **пульмонологии** число амбулаторных случаев лечения и расходы на лечение возросли. Одной из причин является добавление новых услуг в перечень (исследования апноэ во сне).
- На изменения в специальности **инфекционных заболеваний**, прежде всего, влияет число людей с диагнозом ВИЧ и СПИД, а также изменения в потребностях в лечении. К счастью, число заболевших пациентов и пациентов, нуждающихся в лечении, оказалось ниже прогнозируемых показателей. Это также подтверждает статистика поражения инфекционными заболеваниями, составленная Департаментом здоровья.
- Случаи лечения, требующие **первичного последующего лечения**, и соответствующие расходы остались недостаточно выполненными в бюджете. Причиной является рост возможностей восстановительного лечения. Также уменьшилась средняя стоимость одного случая лечения.
- Число случаев **восстановительного лечения** по-прежнему увеличивается темпами, превышающими запланированные в бюджете, преимущественно за счет случаев амбулаторного лечения. Больничная касса постоянно поддерживает развитие восстановительного лечения и улучшение уровня его доступности, т. к. потребность в услугах, связанных с восстановительным лечением, постоянно растёт. Частично это вызвано учащением восстановительного лечения после заболеваний, связанных со старением населения (заболевания суставов, инсульты, переломы костей). Во-вторых, возросла важность восстановительного лечения в целом.



- Заболевания системы кровообращения
- Заболевания скелета и мускулатуры и соединительной ткани
- Заболевания органов пищеварения
- Заболевания нервной системы
- Другие группы

Рисунок 9 Распределение расходов на стационарное лечение по группам основных диагнозов



- Заболевания системы кровообращения
- Заболевания скелета и мускулатуры и соединительной ткани
- Беременность, рождение и послеродовой период
- Факторы, влияющие на здоровье, и прочие контакты со службами здоровья
- Заболевания органов пищеварения
- Другие группы

Рисунок 10 Распределение случаев стационарного лечения по группам основных диагнозов

Использование бюджета по основным группам диагнозов

Помимо наблюдения в разрезе обычных специальностей, использование бюджета также можно оценить по основным группам диагнозов. Анализ основывается на основном диагнозе, описание которого приводится при помощи кода RНК-10⁸ в счете за лечение. По сравнению с анализом на основании специальностей, этот метод позволяет дать более содержательную оценку использованию бюджета на основании вылеченных болезней или групп болезней.

Подразделение на группы основных диагнозов основывается на кодах RНК и по большей части осуществляется на основании системы органов (например, нервная система, органы дыхания, женская/мужская репродуктивная система и т.д.). В общей сложности существует 25 различных групп основных диагнозов, в отчете используют четыре наиболее крупные группы в части расходов на лечение и пять основных групп в части случаев лечения.

Всего Больничная касса в 2012 году заплатила около 260 миллионов евро за стационарное лечение. Сумма распределилась по основным диагнозам таким образом, как представлено на рисунке 9.

Половина бюджета на стационарное лечение распределилась между четырьмя наиболее крупными группами заболеваний. Из них, в свою очередь, наиболее крупных расходов потребовали заболевания системы кровообращения – около 1/4 от общей суммы расходов на стационарное лечение.

Распределение случаев лечения между пятью наиболее крупными группами основных диагнозов видно на рисунке 10. Результат в некоторой степени отличается от результата по расходам, т. к. в определенных группах основных диагнозов имеется относительно большее число, однако в среднем более дешевых случаев лечения. Прежде всего, они связаны с периодом беременности и родами, а также с послеродовым периодом и с контактами со службой здоровья, основным содержанием которых являются счета за лечение, выставляемые лицом, сопровождающим находящегося на стационарном лечении ребенка.

Самая большая доля заболеваний системы кровообращения как среди расходов на лечение, так и среди случаев лечения указывает на нагрузку заболеваемости среди населения, означающую, что хронические заболевания, связанные с органами кровообращения, встречаются чаще всего.

⁸RНК-10 – Международная классификация заболеваний, 10 редакция

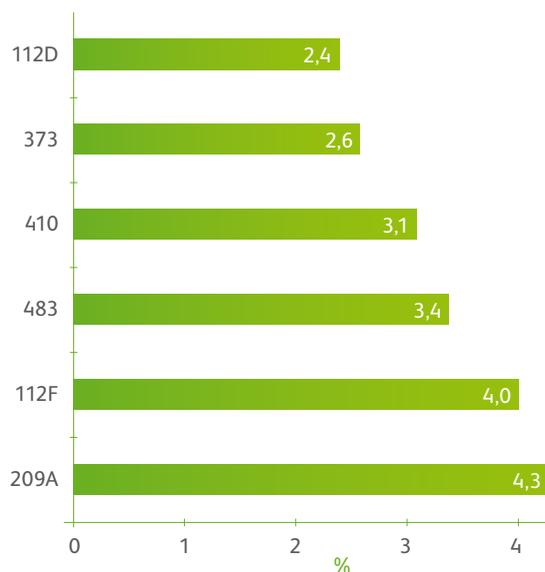


Рисунок 11 Распределение расходов на стационарное лечение по DRG

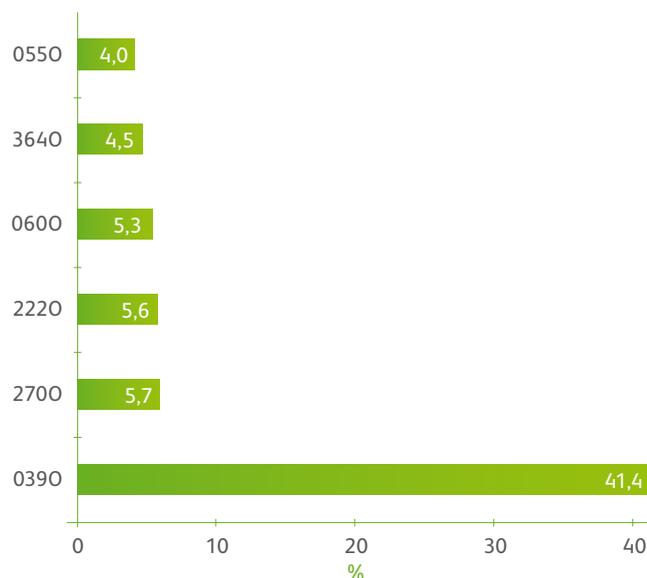


Рисунок 12 Распределение расходов на дневное лечение по DRG

Использование по группам диагнозов в больницах ПРБС

В анализе использования бюджета по группам диагнозов использовались DRG⁹, на основании которых счета за лечение застрахованных пациентов распределены по группам, сходным с клинической точки зрения и с точки зрения ресурсов. На этом основании можно оценить и проанализировать клиническую работу и расходы больниц. DRG в качестве метода финансирования используются в Эстонии с 2004 года. В отчете приводится обзор стационарных расходов на лечение, а также расходов, связанных с дневной хирургией, и случаев лечения в больницах ПРБС согласно счетам DRG. Представлено 5–6 наиболее часто используемых DRG.

Расходы на лечение

В стационарном лечении DRG с шестью наиболее крупными группами расходов на лечение составляют 1/5 (около 50 миллионов евро), а в дневном лечении – 2/3 (около 9 миллионов евро) от всех расходов соответствующего типа лечения, оплаченных на основании DRG.

Из числа стационарных DRG (см. рисунок 11) наиболее затратными являются первичные эндопро-

тезирования нижних конечностей и крупных суставов (209A), за которыми следуют DRG, связанные с различными кардиоинвазивными мероприятиями (112F и 112 D), трахеотомией (483), химиотерапией (410) и вагинальными родами (373). Распределение расходов между DRG в стационаре в последние годы существенно не изменилось.

В дневном лечении (см. рисунок 12) расходы на основании DRG, главным образом, связаны с операциями по лечению катаракты (0390, около 5 миллионов евро), которые составляют более 40% от всех расходов, выплаченных в дневном лечении на основании DRG. Со значительным отрывом следуют операции на коже и подкожной ткани (2700) и оториноларингологические (0600 и 0550), ортопедические (220) и гинекологические мероприятия (3640).

Случаи лечения

Как и в предыдущие годы, в 2012 году наибольший перевес имели случаи лечения DRG 467, куда входят, прежде всего, счета за лечения, выставяемые лицом, сопровождающим больного ребенка, находящегося на лечении в стационаре. Этот DRG составляет около 8% от всех прочих счетов за стационарное лечение в 2012 году. Поскольку DRG 467

⁹DRG – (англ.яз. - diagnoses related groups) система финансирования на основании случаев лечения, используемая в Эстонии, согласно которой пациенты со сходной клинической картиной и затратами ресурсов классифицируются в одну группу.

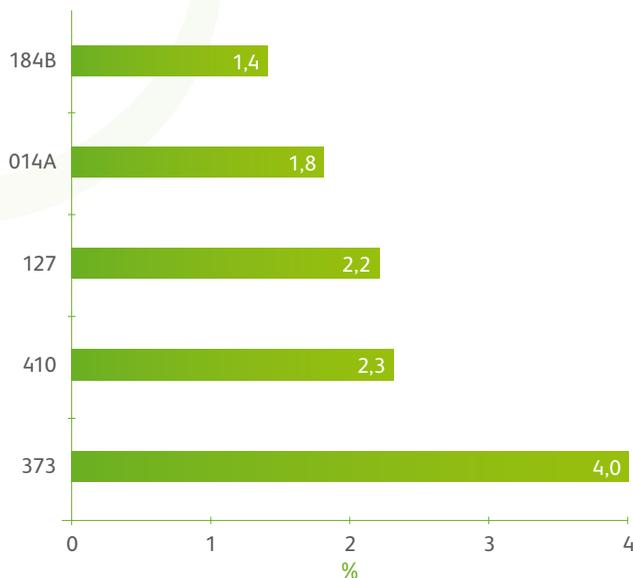


Рисунок 13 Распределение случаев стационарного лечения согласно DRG

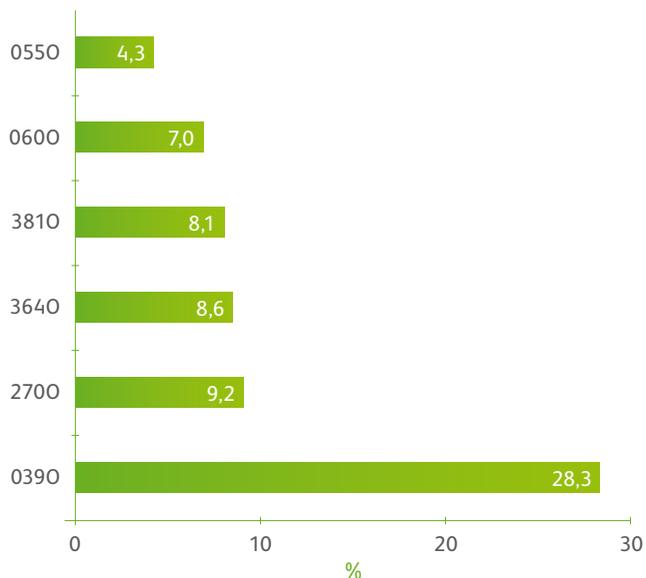


Рисунок 14 Распределение случаев дневного лечения согласно DRG

не характеризует напрямую работу больниц, он также не отображается среди наиболее используемых DRG в отчете.

По сравнению с распределением расходов на стационарное лечение, в отношении случаев лечения имеются определенные отличия, поскольку в число DRG с наибольшей долей случаев лечения попадают относительно дешевые случаи. Наибольшую долю, около 9000, или 4% от числа стационарных случаев лечения, сгруппированных в DRG, имеет DRG 373, куда входят случаи лечения последствий вагинальных родов. Меньшую долю случаев лечения имеют DRG, связанные с хроническими заболеваниями (DRG 127 и 014A), химиотерапией (410) и заболеваниями органов пищеварения (184B).

Аналогично расходам на лечение, в дневном лечении наибольшую долю случаев лечения имеют DRG 0390 (см. рисунок 14), связанные с операциями по лечению катаракты. Прочие DRG связаны с гинекологией (3640 и 3810), оториноларингологией (0600 и 0550) и общей хирургией (2700), и их доля, по сравнению с долей операций по лечению катаракты, значительно меньше.

В зависимости от типов больниц использование DRG в стационаре и дневном лечении с наиболее значительным числом случаев лечения в некоторой степени различается, в зависимости от оказываемых услуг и пациентов. Использование DRG по типам

больниц приведено в приложениях 3 и 4 к отчету о выполнении бюджета.

Особые случаи специализированной медицинской помощи

Планируя бюджет и наблюдая за его выполнением, Больничная касса отдельно анализирует использование определенных услуг, связанных с очередями на лечение, ведущимися централизованным образом, или с услугами, которые сложно точно планировать. Целью наблюдения за особыми случаями является обеспечение застрахованным пациентам доступности подобных услуг, а также обеспечение равного доступа к ним.

В качестве особых случаев в отчете рассматриваются эндопротезирование, роды, кардиохирургические операции, операции по лечению катаракты и установке кардиовертеров, а также трансплантация органов. Обзор расходов на эти услуги и связанных с ними случаев лечения в 2008–2012 гг. приведен в таблицах 14 и 15.

Каждый год устанавливается всё больше кардиовертеров (устройство, восстанавливающее сердечный ритм), а также трансплантируется всё больше органов. Это обуславливает рост расходов, связанных с этими особыми случаями. Число случаев трансплантации органов отображает как непосредственные расходы на трансплантацию, так и более

Таблица 14 Расходы на особые случаи в тысячах евро

	Расход					Изменение, %			
	2008	2009	2010	2011	2012	2009/ 2008	2010/ 2009	2011/ 2010	2012/ 2011
Эндопротезы	10 667	10 263	10 291	10 735	11 257	-4	0	4	5
Операции по лечению катаракты	6 583	6 454	6 342	6 551	6 998	-2	-2	3	7
Кардиохирургические операции	10 439	9 479	9 313	9 131	8 635	-9	-2	-2	-5
Роды	12 616	12 284	11 808	11 027	11 005	-3	-4	-7	0
Кардиовертеры*	-	217	1 324	1 633	2 140	-	-	23	31
Трансплантации органов**	-	-	483	622	1 103	-	-	29	77
ИТОГО	40 305	38 697	39 561	39 699	41 138	-4	2	0	4

*Финансирование кардиовертеров в качестве особых случаев лечения началось в 2009 году.

**Финансирование трансплантации органов в качестве особых случаев лечения началось в 2010 году.

Таблица 15 Число особых случаев

	Действительное число особых случаев лечения					Изменение, %			
	2008	2009	2010	2011	2012	2009/ 2008	2010/ 2009	2011/ 2010	2012/ 2011
Эндопротезы	2 870	2 734	2 851	2 851	2 852	-5	4	0	0
Операции по лечению катаракты	11 211	11 320	12 867	13 484	13 652	1	14	5	1
Кардиохирургические операции	1 115	995	993	997	866	-11	0	0	-13
Роды	15 627	15 338	15 503	14 339	13 704	-2	1	-8	-4
Кардиовертеры*	-	21	105	132	171	-	-	26	30
Трансплантации органов**	-	-	48	62	107	-	-	29	73

*Финансирование кардиовертеров в качестве особых случаев лечения началось в 2009 году.

**Финансирование трансплантации органов в качестве особых случаев лечения началось в 2010 году.

поздние счета за лечение, связанные с наблюдением за пациентами. В течение года была проведена 71 трансплантация органов, из которых была 61 трансплантация почек, 9 трансплантаций печени и 1 двусторонняя трансплантация легких.

Невозможно точно прогнозировать потребность в лечении, связанном с родами и экстренными кардио-

хирургическими операциями. По этой причине Больничная касса оплачивает эти услуги на основании действительной потребности.

В 2010–2012 гг. число случаев эндопротезирования было стабильным. Операций по лечению катаракты за один и тот же период каждый год проводится немного больше.

1.3.2. Централизованная закупка медицинских услуг

На централизованные закупки медицинских услуг было затрачено 4,5 миллионов евро, что превысило бюджет на 12%.

Медицинские услуги, закупаемые по центральным договорам, это дорогие услуги, оказываемые в относительно небольшом масштабе. Выполнение их бюджета в течение года является неравномерным. Это обуславливает непрогнозируемое перевыполнение или недостаточное выполнение бюджета отдельных услуг (см. таблицы 16 и 17). При анализе предыдущих лет было принято решение, что централизованное финансирование части медицинских услуг, закупаемых на основании центральных договоров, больше не является обоснованным, т. к. их

использование расширилось, и объемы возросли. На этом основании при составлении бюджета на 2012 год были изменены принципы централизованного финансирования медицинских услуг. Услуги, которые ранее планировались в число медицинских услуг на основании центральных договоров, теперь отображаются в бюджете по специальностям и в отчетах о его выполнении. Подобными услугами являются трансплантация костного мозга, перитонеальный диализ, антидоты и лечебные сыворотки, кохлеарная имплантация и определенные лечебные услуги, например, биологическое лечение. В части услуг, закупаемых на основании центральных договоров, запланированный бюджет был значительно превышен по причине длительного и дорогого гематологического лечения одного пациента. В некоторой степени более значительным, чем было запланировано, оказалось число патанатомических вскрытий.

Таблица 16 Расходы на центральные закупки медицинских услуг

	2011 в реальности	2012 бюджет	2012 в реальности	Выполнение бюджета, %	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
Неотложная транспортировка застрахованных пациентов (самолет, вертолет)	214	176	173	98	-19
Гематологические курсы лечения	1 673	1 771	2 519	142	51
Патанатомическое вскрытие	49	63	76	121	55
Лекарственные препараты, приобретаемые в рамках центральных закупок*	8 742	2 029	1 758	87	-80
Трансплантация костного мозга**	1 142	-	-	-	-
Перитонеальный диализ**	1 391	-	-	-	-
Антидоты, лечебные сыворотки**	12	-	-	-	-
Протез сфинктера мочевого пузыря**	46	-	-	-	-
Имплантация слухового аппарата**	300	-	-	-	-
ИТОГО	13 569	4 039	4 526	112	-67

*С 2012 года услуги частично отображаются в строке бюджета специализированной медицинской помощи в соответствующей специальности.

**С 2012 года услуги отображаются в строке бюджета специализированной медицинской помощи в соответствующей специальности.

Таблица 17 Случаи лечения, связанные с медицинскими услугами, закупаемыми на основании центральных договоров, и средняя стоимость в евро

	2011 в реальности		2012 в реальности		Изменение по сравнению с 2011 годом, %	
	СЗ	СССЗ	СЗ	СССЗ	СЗ	СССЗ
Неотложная транспортировка застрахованных пациентов (самолет, вертолет)	131	1 634	103	1 680	-21	3
Гематологические курсы лечения	365	4 584	381	6 612	4	44
Патанатомическое вскрытие	355	138	532	143	50	4
Лекарственные препараты, приобретаемые в рамках централизованных закупок*	5 376	1 626	972	1 809	-82	11
Трансплантация костного мозга**	181	6 309	-	-	-	-
Перитонеальный диализ**	837	1 662	-	-	-	-
Антидоты, лечебные сыворотки**	2	6 000	-	-	-	-
Протез сфинктера мочевого пузыря**	8	5 750	-	-	-	-
Имплантация слухового аппарата**	18	16 667	-	-	-	-

*С 2012 года услуги частично отображаются в строке бюджета специализированной медицинской помощи в соответствующей специальности.

**С 2012 года услуги отображаются в строке бюджета специализированной медицинской помощи в соответствующей специальности.

1.3.3. Сравнение основных показателей использования специализированной медицинской помощи

В таблице 18 приводится обзор основных показателей специализированной медицинской помощи в 2008–2012 гг.

Таблица 18 Основные показатели использования стационарной и амбулаторной специализированной медицинской помощи

	2008 в реаль- ности	2009 в реаль- ности	2010 в реаль- ности	2011 в реаль- ности	2012 в реаль- ности	Изменение, %				
						2009/ 2008	2010/ 2009	2011/ 2010	2012/ 2011	
Средняя стоимость случая лечения в евро										
амбулаторное лечение	43	44	43	45	52	2	-2	5	16	
дневное лечение	468	449	404	371	435	-4	-10	-8	17	
стационарное лечение	1 008	1 011	982	1 008	1 124	0	-3	3	12	
Число стационарных койко-дней	1 560 768	1 449 960	1 458 555	1 436 100	1 412 328	-7	1	-2	-2	
Средняя длительность нахождения на стационарном лечении в днях	6,3	6,1	6,1	6,0	6,1	-3	0	-2	2	
Число амбулаторных приемов	3 797 861	3 647 303	3 671 655	3 801 950	3 785 111	-4	1	4	0	
амбулаторное лечение	3 722 259	3 573 286	3 609 613	3 732 239	3 714 476	-4	1	3	0	
дневное лечение	75 602	74 017	62 042	69 711	70 635	-2	-16	12	1	
Число амбулаторных приемов на один случай лечения	1,34	1,32	1,18	1,28	1,29	-1	-11	8	1	
амбулаторное лечение	1,34	1,31	1,29	1,29	1,30	-2	-2	0	1	
дневное лечение	1,35	1,34	1,07	1,07	1,09	-1	-20	0	2	
Число лиц, использующих услуги специализированной медицинской помощи	819 055	800 578	797 048	807 875	795 581	-2	0	1	-2	
амбулаторное лечение	795 791	777 144	774 589	786 099	774 661	-2	0	1	-1	
дневное лечение	45 911	44 474	47 063	52 230	51 549	-3	6	11	-1	
стационарное лечение	169 755	163 911	162 514	161 550	155 653	-3	-1	-1	-4	
Число случаев лечения на одного человека	3,78	3,76	3,89	3,97	3,97	-1	3	2	0	
амбулаторное лечение	3,50	3,50	3,62	3,69	3,70	0	3	2	0	
дневное лечение	1,22	1,24	1,23	1,24	1,26	2	-1	1	2	
стационарное лечение	1,47	1,47	1,48	1,48	1,49	0	1	0	1	
Доля неотложной помощи от расходов на лечение (%)										
амбулаторное лечение	17	17	18	18	17	0	1	0	-1	
дневное лечение	6	9	9	7	8	3	0	-2	1	
стационарное лечение	63	67	67	64	66	4	0	-3	2	
Доля неотложной помощи от случаев лечения (%)										
амбулаторное лечение	16	17	17	17	17	1	0	0	0	
дневное лечение	13	15	12	9	10	2	-3	-3	1	
стационарное лечение	57	61	62	62	64	4	1	0	2	
Число операций	164 819	155 010	160 403	163 718	154 969	-6	3	2	-5	
амбулаторное лечение	19 517	20 302	21 154	19 808	18 346	4	4	-6	-7	
дневное лечение	45 838	42 620	46 911	52 507	50 479	-7	10	12	-4	
стационарное лечение	99 464	92 088	92 338	91 403	86 145	-7	0	-1	-6	

- Средняя стоимость случая лечения увеличилась в 2012 году в части всех типов лечения, однако больше всего в дневном лечении. Причиной роста, прежде всего, является ликвидация коэффици-

ента предельной стоимости медицинских услуг, воздействие которой составило 5,3%. Также рост стоимости вызвало отображение услуг, которые ранее входили в число медицинских услуг, заку-



паемых на основании центральных договоров, в составе специализированной медицинской помощи, воздействие составило 2,4%. Воздействие остальных изменений предельной стоимости перечня медицинских услуг составило 1,3%. Специализированная медицинская помощь структурно подорожала на 3,1%. Из этого показателя показатель в 0,8% обозначает увеличение на 65 тысяч евро объема дорогих или исключительно дорогих случаев лечения. В 2011 году было 12 исключительно дорогих случаев лечения общей стоимостью 946 тысяч евро. В 2012 году было 30 исключительно дорогих случаев лечения, и их общая стоимость составила 2,9 миллиона евро. Специальностями, в которых наблюдались основные случаи исключительно дорогого лечения стали онкология (более совершенные возможности лечения злокачественных опухолей), кардиология (более сложные с технологической точки зрения и дорогие операции на сердечнососудистой системе) и педиатрия (современные, но более дорогие возможности лечения детей, рождающихся раньше срока). Воздействие роста исключительно дорогих случаев можно проиллюстрировать, учитывая, что, если бы число исключительно дорогих случаев лечения осталось на уровне 2011 года, то Больничная касса могла бы приобрести до 20 тысяч амбулаторных случаев лечения по средней стоимости.

- **Число стационарных койко-дней** сократилось, и причиной является снижение числа стационарных койко-дней на 3%, по сравнению с 2011 годом. В то же время средняя продолжительность

пребывания на стационарном лечении немного возросла, т. к. в стационаре увеличилась доля сложных случаев.

- **Число людей, использующих услуги специализированной медицинской помощи**, сократилось по всем типам лечения. Частично это является результатом забастовки медицинских работников. Во-вторых, сократилось также число застрахованных пациентов. По этой причине доля застрахованных лиц, воспользовавшихся специализированной медицинской помощью (64%), осталась прежней, т. е., другими словами, доступ к специализированной медицинской помощи, по сравнению с 2011 годом, не изменился.
- В расходах на лечение уменьшилась **доля неотложной помощи** в амбулаторном лечении, однако немного увеличилась в дневном лечении и стационарном лечении. **Доля неотложной помощи от случаев лечения** в амбулаторном лечении осталась на прежнем уровне, а в стационарном лечении возросла.
- Общее число **операций** сократилось на 5% во всех типах лечения. Это, помимо прочего, также вызвало изменение в перечне медицинских услуг, вступившее в силу в 2012 году, в котором уточняется понятие операции. Обновление повлияло на кодирование общехирургических мероприятий в качестве операций. Одной из причин сокращения числа лиц, которым были сделаны операции, может также быть забастовка медицинских работников, по причине которой были отменены плановые операции.



1.4. Восстановительный уход

В 2012 году Больничная касса оплатила услуги по восстановительному уходу, оказанные застрахованным лицам, на 18% больше, чем в 2011 году (см. таблицу 19). Равномерно возросли расходы как на амбулаторное восстановительное лечение, так и на стационарное, соответственно 19% и 18%. Рост соответствует цели по улучшению доступности

амбулаторного восстановительного лечения. Рост расходов на стационарное восстановительное лечение связан с инвестициями Европейского Регионального Фонда в расширение возможностей предложения подобного типа лечения. По этой причине в 2012 году Больничная касса увеличила объем средств, выделяемых на стационарное восстановительное лечение, помимо предусмотренных в бюджете, еще на 7%.

Таблица 19 Расходы на восстановительное лечение в тысячах евро

	2011 в реальности	2012 бюджет	2012 в реальности	Выполнение бюджета, %	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
Стационарное восстановительное лечение	11 670	12 908	13 796	107	18
Амбулаторное восстановительное лечение, в т.ч.	3 146	3 594	3 742	104	19
Домашний уход медицинской сестры	2 705	3 082	3 258	106	20
Домашнее лечение онкологических больных	363	421	397	94	9
Гериатрическая оценка	78	91	87	96	12
ИТОГО	14 816	16 502	17 538	106	18

Число случаев восстановительного лечения возросло в стационарном лечении, по сравнению с 2011 годом, на 14%, а в амбулаторном лечении – на 13%. Основной причиной роста является большее число случаев использования услуг медицинской сестры в рамках домашнего ухода, которое возросло в аналогичном объеме, по сравнению в предыдущими годами.

Средняя стоимость одного случая лечения также повысилась. В стационарном восстановительном лечении рост составил 4%, а в амбулаторном – 5%. Причиной является ликвидация общего коэффициента предельной стоимости в 2012 году (см. таблицу 20).

Таблица 20 Случаи восстановительного лечения и средняя стоимость в евро

	2011 в реальности		2012 в реальности		Изменение по сравнению с 2011 годом, %	
	СЛ	СССЛ	СЛ	СССЛ	СЛ	СССЛ
Стационарное восстановительное лечение	14 831	787	16 848	819	14	4
Амбулаторное восстановительное лечение, в т.ч.	28 359	111	32 146	116	13	5
Домашний уход медицинской сестры	22 994	118	26 470	123	15	4
Домашнее лечение онкологических больных	4 023	90	4 249	93	6	6
Гериатрическая оценка	1 342	58	1 427	61	6	6
ИТОГО	43 190	343	48 994	358	13	4

Улучшение доступности амбулаторного восстановительного лечения подтверждается также увеличением числа людей, которым были нанесены визиты и оказана помощь медицинской сестры в рамках домашнего ухода (см. таблицу 21). Более быстрый рост числа этих визитов, по сравнению с ростом числа людей, увеличил среднее число визитов на

одного человека. Это является одной из причин повышения средней стоимости случая использования услуг медицинской сестры в рамках домашнего ухода. Количество домашних визитов к онкологическим больным в рамках поддерживающего лечения также возросло, но сократилось число получателей услуги.

Таблица 21 Визиты в рамках амбулаторного восстановительного лечения

	2011 в реальности		2012 в реальности		Изменение по сравнению с 2011 годом, %	
	Число визитов	Число пациентов	Число визитов	Число пациентов	Число визитов	Число пациентов
Домашний уход медицинской сестры	169 920	5 951	197 707	6 497	16	9
Домашнее поддерживающее лечение онкологических больных	16 587	1030	17 337	1019	5	-1



1.5. Стоматология

На основании Закона о медицинском страховании Больничная касса оплачивает стоматологические услуги застрахованным лицам в возрасте до 19 лет. Больничная касса оплачивает только неотложную помощь, связанную со стоматологическими услугами, оказываемыми взрослым.

Расходы на стоматологическое лечение в 2012 году составили 18,9 миллиона евро. Это 98% от запланированных в бюджете расходов. В разрезе типов расходов бюджет был выполнен по-разному. Услуга профилактики болезней зубов и услуга детской

стоматологии оказались в меньшем объеме, чем было запланировано. По этой причине расходы на эти услуги и случаи лечения остались выполненными лишь частично.

Случаев лечения по специальности ортодонтия было оказано больше запланированного (2%), и это вызвало более значительный рост расходов. Потребность в услугах ортодонтии сохраняется. Доступность улучшилась по мере роста числа поставщиков соответствующей услуги. Более значительной также оказалась потребность в неотложной помощи взрослым пациентам. По этой причине было превышено число случаев лечения и бюджет (объем расходов) (см. таблицы 22 и 23).

Таблица 22 Расходы на стоматологическое лечение в тысячах евро

	2011 в реальности	2012 бюджет	2012 в реальности	Выполнение бюджета, %	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
Детская стоматология	13 963	14 831	14 402	97	3
Ортодонтия	3 033	3 333	3 393	102	12
Профилактика болезней зубов	328	332	292	88	-11
Неотложная стоматологическая помощь взрослым	732	747	781	105	7
ИТОГО	18 056	19 243	18 868	98	4

Таблица 23 Случаи стоматологического лечения

	2011 в реальности	2012 бюджет	2012 в реальности	Выполнение бюджета, %	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
Детская стоматология	311 786	311 513	301 247	97	-3
Ортодонтия	41 809	43 997	44 864	102	7
Профилактика болезней зубов	23 359	22 295	19 778	89	-15
Неотложная стоматологическая помощь взрослым	19 031	18 458	19 252	104	1
ИТОГО	395 985	396 263	385 141	97	-3

2. Продвижение здорового образа жизни

Больничная касса финансирует продвижение здорового образа жизни посредством проектной работы, исходя из плана развития больничной кассы. Мероприятия согласованы с Министерством социальных дел и помогают добиться целей, перечисленных в плане укрепления здоровья населения. На продви-

жение здорового образа жизни было запланировано 968 тысяч евро. Все запланированные проекты были реализованы. На это было потрачено 814 тысяч евро, или 84% бюджета. Частичное выполнение проектов по сравнению с запланированными, поскольку договорные партнеры выбирались на основании государственных тендеров. В то же время, все 30 проектов достигли поставленных целей (см. таблицы 24 и 25).

Таблица 24 Расходы на продвижение здорового образа жизни в тысячах евро

	2011 в реальности	2012 бюджет	2012 в реальности	Выполнение бюджета, %	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
Мероприятия, направленные на развитие здоровья детей	262	280	220	79	-16
Профилактика сердечнососудистых заболеваний	27	40	25	63	-7
Раннее обнаружение злокачественных опухолей	18	69	44	64	144
Профилактика домашнего травматизма и травматизма во время проведения досуга, а также отравлений, в т.ч. профилактика злоупотребления алкоголем	337	300	284	95	-16
Мероприятия, направленные на повышение уровня информированности населения	162	279	241	86	49
ИТОГО	806	968	814	84	1

Таблица 25 Квантитативные показатели относительно мероприятий в рамках проектов по годам

	2008 в реальности	2009 в реальности	2010 в реальности	2011 в реальности	2012 в реальности
Число участников курсов и мероприятий, в т.ч. спортивных мероприятий, предназначенных для населения	53 890	60 250	70 400	44 368	56 894
Число индивидуальных консультаций	8 967	11 051	12 687	7 285	2 296
Число участников в курсах для медицинских работников	427	193	229	367	818
Число участников в курсах для педагогов	1 227	2 136	1 961	2 493	1 495
Число участников в курсах для других заинтересованных групп (социальные работники, руководители, рабочие группы)	1 605	1 354	1 368	1 423	1 106
Число различных печатных изданий	18	18	25	20	18
Общий тираж печатных изданий	362 600	415 512	702 450	606 400	590 000
Число радио- и телепередач/клипов	8	15	8	4	4

Из числа расходов на профилактику здорового образа жизни большая часть пошла на местные проекты, направленные на предотвращение травматизма, в 17 уездах и 2 крупных городах. Возросло число мероприятий, направленных на

повышение уровня информированности населения. Помимо кампаний и выдачи инструкций пациентам, было проведено несколько курсов для заинтересованных групп, например, на тему применения инструкций по лечению на прак-

тике. Бюджет, предусмотренный на осуществление проектов, направленных на укрепление здоровья детей, остался выполненным лишь частично. На тему раннего обнаружения заболеваний сердечнососудистой системы и злокачественных опухолей были выданы учебные материалы и осуществлено оповещение посредством СМИ.

В 2012 году на участие в мероприятиях и курсах, направленных на профилактику здорового образа жизни, было направлено более 55 тысяч жителей Эстонии. Участие принимали ученики, дошкольники и пожилые люди. Хотя число участников мероприятий возросло, на курсах было меньше педагогов и др. специалистов, т. к. ресурс, направленный на реализацию проектов, в последние два года оставался прежним. Возросло число медицинских работников, привлеченных к распространению информации на темы, связанные с продвижением здорового образа жизни, среди населения. Число индивидуальных консультаций сократилось, поскольку проекты были больше направлены на обучение заинтересованных групп. Информацию, связанную с рождением и здоровьем младенцев, по-прежнему можно получить у медицинских работников первичной ступени. Объем мероприятий, направленных на СМИ, и печатных изданий, по сравнению с предыдущими годами остался прежним.

Мероприятия, направленные на повышение уровня информированности пациентов

Повышение уровня информированности пациентов очень важно для больничной кассы, т. к. способствует повышению уровня знаний у застрахованных лиц о своих правах и ответственности, а тем самым – улучшению их здоровья. Для привлечения людей к участию в программах необходимо предлагать достаточно доказательной информации по различным каналам. В 2012 году была обновлена и повторена кампания, посвященная разумному использованию лечебных препаратов. Результат можно считать очень хорошим: заметность в целевой группе составила 84%. Результативность кампании можно также измерить посредством сокращения собственного участия пациента в приобретении лекарственных препаратов. Собственное участие заметно снизилось.

Во все крупные ежедневные и еженедельные газеты 48 раз были включены страницы о здоровье. Было подготовлено 5 новых инструкций для пациентов. Повторные печатные издания были изданы на 9 тем. Все материалы доступны на странице ravijuhend.ee. Были проведены курсы для медицинских работников с целью поддержки внедрения новых лечебных инструкций и инструкций для пациентов.

Мероприятия, направленные на укрепление здоровья детей

Было реализовано три проекта, направленных на укрепление здоровья детей. Кроме того, были изданы инструкции для родителей.

Целью проекта, посвященного здоровью детских зубов, стало сокращение заболевания детей болезнями зубов. В проекте приняло участие более 1390 детей и более 400 родителей. Годом раньше в проекте приняло участие 800 детей. В рамках проектов 2012 года было проведено обучение специалистов, и были нанесены визиты в 48 детских учреждений, где обучались как дети и их родители, так и персонал. Совместная работа также велась с медицинскими работниками. Кроме того, были разработаны домашние страницы в качестве популярного в целевой группе информационного канала.

В период кризиса были предоставлены консультации по беременности 1811 пациентам. По сравнению с предыдущим годом, число мужчин, которые воспользовались консультационными услугами, возросло более чем в два раза. В 2011 году было проконсультировано 138 мужчин, а в 2012 г. – 311. По сравнению с предыдущими годами, число консультаций сократилось, однако число мест, предлагающих консультационные услуги, сохранилось.

Проект, который прошел под эгидой Общества акушеров Эстонии, дал оценку семейным школам, которые работают при лечебных учреждениях, и помог приобрести иллюстративные учебные материалы. Из обратных отзывов выяснилось, что уровень компетенции лекторов в семейных школах повысился, и их мотивация по обучению будущих родителей находится на высоком уровне.



Предотвращение домашнего травматизма и травматизма во время проведения досуга, а также отравлений

Проекты по предотвращению травматизма проходят на местном уровне, с учетом специфики уезда или города. В 2012 году больше внимания уделялось группам риска, в т. ч. ученикам и пожилым людям. Ученики вовлекались в обсуждения на темы предотвращения несчастных случаев и злоупотребления алкоголем. Для учеников 6-х классов в сотрудничестве со спасательными центрами, полицией, Красным

крестом и силами обороны проводились курсы по предотвращению травматизма и организовывались лагеря с целью повысить уровень навыков у детей по обеспечению собственной безопасности и правильному поведению при несчастном случае.

Кроме того, было проведено обучение для специалистов местного уровня, чтобы они смогли замечать опасности в своей области и риски в поведении жителей. Конференция по продвижению здорового образа жизни, которая прошла в 2012 году, также была посвящена предотвращению травматизма. В конференции приняли участие и обменялись опытом более 250 специалистов.



3. Лекарственные препараты, стоимость которых компенсируется застрахованным лицам

Расходы на льготные лекарственные препараты, предназначенные для амбулаторного употребления, стоимость которых компенсируется застрахованным лицам – это открытое обязательство Больничной кассы. Это означает, что Больничная касса обязана компенсировать вызванные необходимо-

стью расходы в размере, указанном законом, и не может отказаться, сославшись на нехватку средств. Выполнение бюджета не полностью находится под контролем Больничной кассы, а также зависит от внесения новых лекарственных препаратов в перечень льготных лекарств, изменения цен и т. д. Меры управления расходами разрабатывают и устанавливают Министерство социальных дел и Правительство Республики.

В 2012 году застрахованным лицам за льготные препараты была в общей сложности выплачена компенсация на сумму в 99 миллионов евро. Бюджет был выполнен на 97% (см. таблицу 26).

Таблица 26 Расход на компенсацию стоимости льготных лекарственных препаратов в тысячах евро

	2011 в реальности	2012 бюджет	2012 в реальности	Выполнение бюджета, %	Доля расходов по типам льгот, %	
					2011	2012
Лекарства, компенсируемые на 100%	45 755	50 921	49 358	97	50	50
Лекарства, компенсируемые на 90%	26 294	28 515	29 259	103	29	29
Лекарства, компенсируемые на 75%	5 306	6 110	5 609	92	6	6
Лекарства, компенсируемые на 50%	14 110	16 295	14 741	90	15	15
ВСЕГО	91 465	101 841	98 967	97	100	100

расходы на компенсацию стоимости лекарственных препаратов, в тысячах евро



Рисунок 15 Общие расходы на компенсацию стоимости лекарственных препаратов и расходы на одного застрахованного

евро

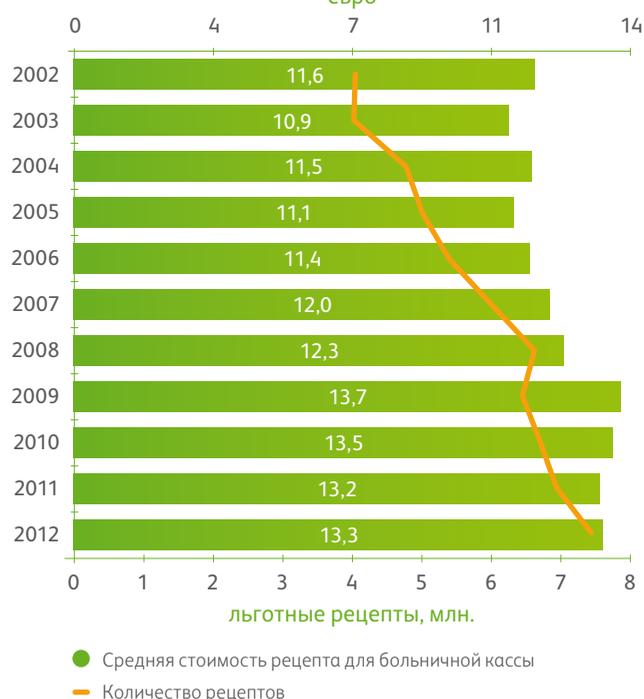


Рисунок 16 Число льготных рецептов и средняя стоимость

Расходы на компенсацию стоимости льготных лекарственных препаратов скачкообразно возросли после периода относительной стабильности, который начался в годы экономического спада (см. рисунок 15). Средний расход на одного застрахованного увеличился по причине роста употребления лекарственных препаратов. Больше не заметно снижения средней стоимости льготного рецепта для Больничной кассы. В перечень льготных лекарственных препаратов добавилось 12 новых действующих веществ. В некоторых случаях за счет скидок на лекарственные препараты были смягчены ограничения на выписку. Новые лекарственные препараты компенсируются при боли, связанной с раком, профилактике тромбов после операции на сердце, хронического обструктивного заболевания легких, диабета II типа, тромбоцитопении, цистическом

фиброзе, амиотрофном латеральном склерозе, раке почек, эпилепсии и глаукоме.

Рост расходов распределяется преимущественно между лекарственными препаратами с льготной ставкой в 90% и 100%, стоимость которых подлежит компенсации. В первом случае средняя стоимость рецепта, по сравнению с прошлым годом, снизилась, однако число рецептов увеличилось на 12%. Относительно препаратов со 100%-й компенсацией возросло как число рецептов, так и средняя стоимость одного рецепта для Больничной кассы. Подводя итог, можно сказать, что за ростом расходов скрывается не столько повышение средней стоимости рецепта на 1%, сколько рост объема употребления лекарственных препаратов на 7,1% (см. рисунок 16 и таблицу 27).

Таблица 27 Число льготных рецептов (ЛР) и средняя стоимость в евро

Ставка льготного рецепта	2011		2012		2011/2012	
	Число ЛР	Средняя стоимость ЛР для Больничной кассы	Число ЛР	Средняя стоимость ЛР для Больничной кассы	Число ЛР, %	Средняя стоимость ЛР для Больничной кассы, %
Лекарственные препараты, компенсируемые на 100%	771 256	59,33	824 298	59,88	7	1
Лекарственные препараты, компенсируемые на 90%	2 420 785	10,86	2 710 094	10,80	12	-1
Лекарственные препараты, компенсируемые на 75%	516 034	10,28	553 561	10,13	7	-1
Лекарственные препараты, компенсируемые на 50%	3 237 660	4,36	3 350 717	4,40	3	1
ИТОГО	6 945 735	13,17	7 438 670	13,30	7	1

Таблица 28 Собственное участие застрахованного в процентах

	2011 в реальности	2012 в реальности	Изменение, по сравнению с 2011 годом, %
Льготные рецепты 100%	2,8	2,8	0,0
Льготные рецепты 90%	31,1	29,7	-1,4
Льготные рецепты 75%	40	39,3	-0,7
Льготные рецепты 50%	69,1	68	-1,1
Среднее собственное участие застрахованного	34,5	33	-1,5
в т.ч. числе льготные рецепты 75%, 90% и 100%	17,8	17,2	-0,6

По сравнению с прошлыми годами, стоимость рецепта для Больничной кассы немного возросла. Сумма доли пациента в оплате рецепта по-прежнему уменьшается (см. таблицы 27 и 28). В 2011 году размер выплачиваемой пациентом доли составлял в среднем 6,95 евро, а в следующем году – 6,56 евро на один рецепт. Используя относительные числа, можно сказать, что в 2012 году пациент платил 33% от средней стоимости льготного рецепта, а Больничная касса – 67%. Постоянное снижение доли пациента

прослеживается в разрезе по всем кварталам и льготным ставкам, за исключением льготной ставки в 100%, где собственная доля и так является самым низким (см. рисунок 17). Возросла доля рецептов на препараты на основе действующих веществ. Надзор и оповестительная работа, направленная на население, находятся на хорошем уровне. В последнем квартале внезапно снизилась доля лекарственных препаратов, подлежащих компенсации с 50%-й ставкой, т. к. была ликвидирована действующая

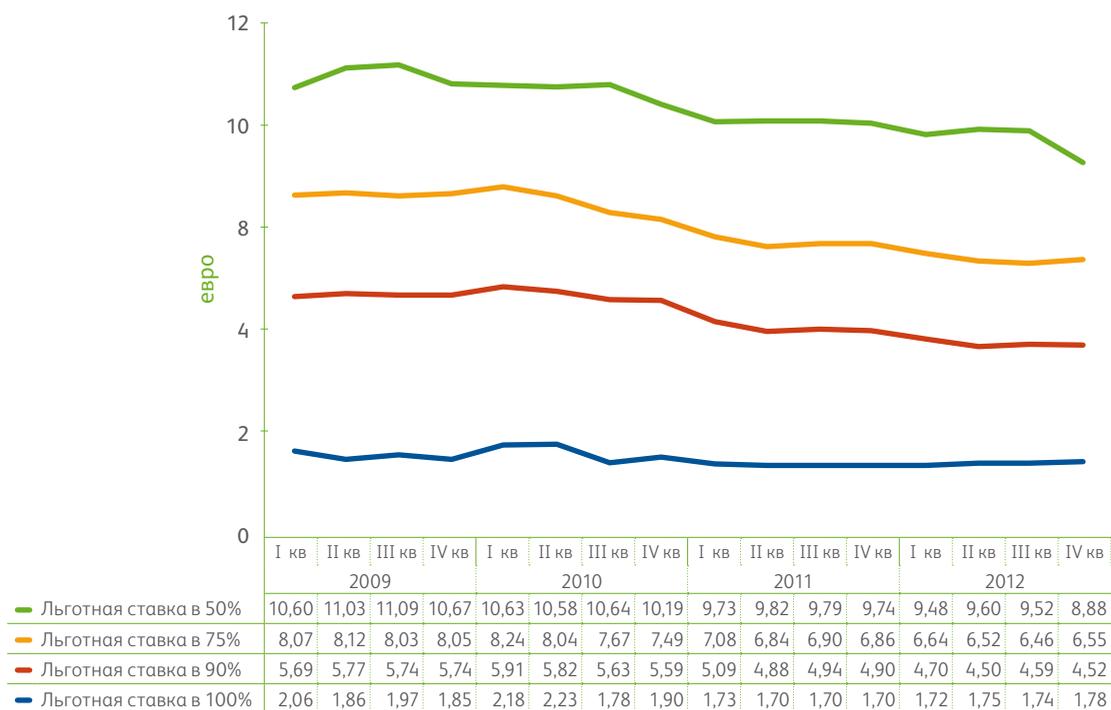


Рисунок 17 Собственное участие застрахованного на один рецепт в евро

ранее предельная ставка компенсации в 12,79 евро за рецепт. По причине этого изменения доля пациента в оплате рецепта по сравнению с III кварталом снизилась в отношении этих лекарственных препаратов на 7%.

Диагнозы с наибольшими расходами остались прежними. Первые места по-прежнему делят сахарный диабет и гипертензия. Ожидаемым

образом увеличивается число пациентов, употребляющих лекарственные препараты, с обоими диагнозами (см. таблицу 29).

В заключение можно сказать, что в области амбулаторных льготных лекарственных препаратов произошло несколько положительных изменений. Добавилось много новых возможностей лечения. Существующие возможности лечения используются более

Таблица 29 Расходы на диагнозы с самыми большими расходами на компенсацию стоимости лекарственных препаратов в тысячах евро

Диагноз	2011 в реальности		2012 в реальности	
	Было компенсировано Больничной кассой	% от общего объема расходов, связанных с компенсацией	Было компенсировано Больничной кассой	% от общего объема расходов, связанных с компенсацией
Сахарный диабет, итого, в т.ч.	12 921	14	14 478	15
инсулины	9 215	10	9 995	10
вводимые через рот препараты	3 706	4	4 483	5
Гипертония	13 012	14	14 295	14
Рак	10 600	12	11 722	12
Бронхиальная астма	5 601	6	5 919	6
Глаукома	3 738	4	4 011	4
Хронический вирусный гепатит С	1 966	2	2 205	2
Расстройства психики	3 027	3	2 878	3
Гиперхолестеринемия	2 599	3	2 757	3
ИТОГО	53 464	58	58 265	59

целенаправленно и последовательно, чем раньше. Льготные лекарственные препараты стали дешевле для пациентов. В то же время льготные рецепты не стали дешевле для Больничной кассы. Подобный простой может указывать на то, что снижение стоимости лекарственных препаратов замедляется.

Конечно же, это подтверждает тот факт, что большинство лекарственных препаратов, добавленных в перечень, подлежат компенсации на 100% и являются достаточно дорогими.

Средства, потраченные на лекарственные препараты из бюджета на медицинские услуги

Помимо амбулаторно компенсируемых льготных лекарственных препаратов, из средств медицинского страхования также оплачиваются лекарственные препараты, используемые в больнице. Расходы на лекарственные препараты включаются в стоимость койко-дня, а также в стоимость операций и услуг анестезиолога. В 2012 году размер компонента лекарственного препарата в услугах составил 16,7 миллионов евро (см. рисунок 18), что на 1% больше, по сравнению с предыдущим годом.

Кроме того, имеется большое количество лекарственных препаратов в перечне медицинских услуг в виде отдельных услуг (т. н. услуги с кодом R). Главным образом, это означает химиотерапию в онкологии и гематологии, биологическое лечение в ревматологии и прочие лекарственные препараты (например, антибиотики, используемые для лечения сепсиса, или лекарственные препараты, используемые при трансплантации органов) (см. рисунок 19). В 2012 году расход на услуги, связанные с лекарственными препаратами, составил 36,5 миллионов евро. По сравнению с предыдущим годом рост составил 18%.

В общей сложности на лекарственные препараты из бюджета на медицинские услуги, бюджетов на амбулаторную компенсацию стоимости лекарственных препаратов и на дополнительную компенсацию стоимости лекарственных препаратов было затрачено 152,6 миллиона евро, что составляет 19,7% от расходов на медицинское страхование (см. таблицу 30).

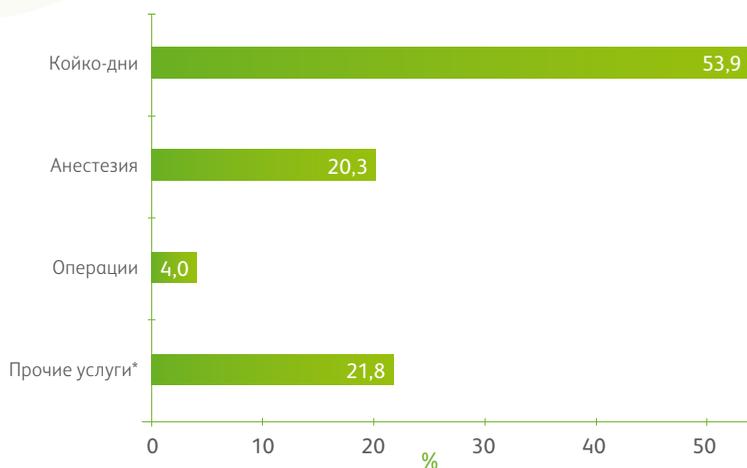


Рисунок 18 Распределение расходов на лекарственные препараты в медицинских услугах

*Прочие услуги включают в себя гемо- и перитонеальный диализ (около 70% расходов), услуги, связанные с трансплантацией костного мозга, различные эндоскопические процедуры, определенные стоматологические услуги для детей и т. д.



Рисунок 19 Доля расходов на услуги, связанные с лекарственными препаратами, в перечне медицинских услуг, %

Таблица 30 Средства из бюджета на медицинское страхование, потраченные на лекарственные препараты, в тысячах евро

	2012 в реальности
Лекарственные препараты, стоимость которых подлежит компенсации застрахованным	98 967
Использование кодов лекарственных препаратов, имеющих в перечне медицинских услуг	36 534
Расходы на лекарственные препараты в медицинских услугах	16 697
Дополнительная компенсация стоимости лекарственных препаратов	421
ИТОГО РАСХОДЫ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ	152 619

4. Компенсация временной нетрудоспособности

Расходы на выплату компенсации по временной нетрудоспособности

Расходы на выплату компенсации по временной нетрудоспособности составили 84,3 миллиона евро. Это на 3,5 миллиона евро больше, чем в предыдущем году (см. таблицу 31).

Базовыми документами для выплаты компенсации по временной нетрудоспособности являются листки временной нетрудоспособности соответствующего типа: больничный лист, лист по уходу, декретный лист и лист по усыновлению. В отчете в ходе анализа расходов по выплате компенсации по временной нетрудоспособности всё же не точно соблюдено подразделение на типы листов временной нетрудоспособности. Например, компенсационные выплаты, выплачиваемые в среднем на основании 25 листов об усыновлении в год, мы, по причине их маргинального удельного веса, отображали в расходах по декретным компенсационным выплатам. В то же время в расходах на компенсационные выплаты, выплачиваемые по болезни, отдельно представлены компенсации, выплачиваемые при несчастных случаях на производстве, поскольку несчастные случаи на производстве отображают ситуацию в сфере производственной гигиены и безопасности в государстве.

Как видно из рисунка 20, в 2012 году наиболее значимый удельный вес имели расходы, связанные с компенсационными выплатами по болезни, что составляет 45% от компенсационных выплат, связанных с несчастными случаями.

Расходы на компенсационные выплаты, связанные с несчастными случаями на производстве, по сравнению с 2011 годом выросли на 4%. И всё же бюджет был выполнен на 95%, т. к., несмотря на прогноз, количество дней, пропущенных по причине нетрудоспособности, не возросло на 2%. В таблице 32 показано, что, хотя количество застрахованных работников возросло, количество дней, пропущенных по причине нетрудоспособности, на одного застрахованного работника понизилось приблизительно на 1%. Вероятно, это вызвано различными социально-экономическими и демографическими изменениями. После экономического кризиса реальный рост¹⁰ доходов от заработка был скромным, вследствие чего еще более сокращающийся в период болезни или восстановления доход может повлиять на то, что



Рисунок 20 Распределение компенсационных выплат, связанных с несчастными случаями, по типам компенсаций

Таблица 31 Расходы на компенсацию по временной нетрудоспособности в тысячах евро

	2011 в реальности	2012 бюджет	2012 в реальности	Выполнение бюджета, %	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
Компенсационные выплаты по болезни	35 943	38 526	37 546	97	4
Компенсационные выплаты по уходу	11 626	14 050	12 214	87	5
Компенсационные выплаты по рождению	31 140	33 306	32 168	97	3
Компенсационные выплаты, связанные с несчастными случаями на производстве	2 061	2 586	2 337	90	13
ИТОГО	80 770	88 468	84 265	95	4

¹⁰Обзор экономической ситуации, составленный Министерством финансов, можно найти на www.fn.ee

Таблица 32 Число застрахованных лиц, использование пропущенных по болезни дней

	2011 в реальности	2012 в реальности	Изменение, по сравнению с 2011 годом, %
Число застрахованных работающих лиц (среднее за период)	571 858	576 687	1
Число дней, пропущенных по нетрудоспособности	6 527 369	6 552 855	0
Число дней, пропущенных по нетрудоспособности, на одно работающее застрахованное лицо	11,41	11,36	0

Таблица 33 Сравнение расходов на компенсацию по нетрудоспособности

	2011 в реальности	2012 в реальности	Изменение, по сравнению с 2011 годом, %
КОМПЕНСАЦИЯ ПО БОЛЕЗНИ			
Количество листов, которые компенсировала Больничная касса	202 102*	201 753	0
Общее количество листов, выданных застрахованным**	293 136	293 675	0
Количество дней, которые компенсировала Больничная касса	2 698 258	2 742 257	2
Общее количество дней, пропущенных по болезни**	4 259 987*	4 313 698	1
Средняя продолжительность выданных листов**	14,5*	14,7	1
Выплаченная Больничной кассой общая сумма компенсации (тысяч евро)	35 943	37 546	4
Средняя компенсация за один день (евро)	13,3	13,7	3
КОМПЕНСАЦИЯ ПО УХОДУ			
Количество листов	89 716	91 145	2
Количество дней, которые компенсировала Больничная касса	742 621	740 609	0
Сумма компенсации (евро)	11 626	12 214	5
Средняя компенсация за один день (евро)	15,7	16,5	5
Средняя продолжительность листа	8,3	8,1	-2
КОМПЕНСАЦИЯ ПО РОЖДЕНИЮ			
Количество листов	10 012	9 770	-2
Количество дней, которые компенсировала Больничная касса	1 395 109	1 364 348	-2
Сумма компенсации (евро)	31 140	32 168	3
Средняя компенсация за один день (евро)	22,3	23,6	6
Средняя продолжительность листа	139,3	139,6	0
КОМПЕНСАЦИЯ, СВЯЗАННАЯ С НЕСЧАСТНЫМ СЛУЧАЕМ НА ПРОИЗВОДСТВЕ			
Количество листов	4 796	5 026	5
Количество дней, которые компенсировала Больничная касса	101 848	107 547	6
Сумма компенсации (евро)	2 061	2 337	13
Средняя компенсация за один день (евро)	20,2	21,7	7
Средняя продолжительность листа	21,2	21,4	1
ОБЩАЯ СУММА ВЫПЛАЧЕННЫХ КОМПЕНСАЦИЙ			
Общее число листов, которые компенсировала Больничная касса	306 626*	307 694	0
Общее число дней, которые компенсировала Больничная касса	4 937 836	4 954 761	0
Общая сумма выплаченных Больничной кассой компенсаций (тысячи евро)	80 770	84 265	4
Средняя компенсация за один день (евро)	16,4	17,0	4

*Сравнительные данные относительно компенсационных выплат, связанных с несчастными случаями на производстве, за 2011 год были откорректированы.

**Здесь учитываются все выданные листы и дни, пропущенные по нетрудоспособности, в т. ч. собственная ответственность застрахованного лица, а также ответственность работодателя и Больничной кассы.

люди меньше используют пропущенные по болезни дни. Кроме того, сокращение числа пропущенных по болезни дней повлияло на число декретных листов, которое сократилось на 2%.

Сравнение расходов на выплату компенсации по нетрудоспособности с данными за 2011 год приведено в таблице 33. Число оплаченных Больничной кассой дней, пропущенных по причине нетрудоспособности, осталось приблизительно прежним. Таким образом, рост расходов по выплате компенсаций по нетрудоспособности в 4% был вызван преимущественно увеличением среднего однодневного дохода приблизительно на 5%. Компенсация по временной нетрудоспособности рассчитывается на основании облагаемого социальным налогом дохода за предыдущий год. Таким образом, рост среднего однодневного расхода был вызван повышением зарплаты брутто на 6%. Немного более низкий рост среднего однодневного дохода по компенсации, по сравнению с зарплатой брутто, связан со случаями, когда застрахованное лицо не получало дохода в предыдущий год, и по этой причине компенсация застрахованному лицу начислялась на основании самой низкой ставки заработной платы или от месячной ставки, установленной в Законе о социальном налоге.

Компенсационные выплаты по болезни

Компенсация по болезни выплачивается при необходимости назначения временной нетрудоспособности, возникшей по причине заболевания, карантин и бытовой травмы, а также вследствие травм, полученных в ДТП, и осложнений в результате травм, полученных в ДТП, начиная с 4-го дня.

- работодатель выплачивает компенсацию по болезни с 4-го по 8-й день;
- Больничная касса выплачивает компенсацию, начиная с 9-го дня, в размере 70% от облагае-

мого социальным налогом дохода застрахованного лица за предыдущий календарный год.

При освобождении от работы на основании нескольких больничных листов при наличии некоторых причин у работодателя отсутствует обязательство по выплате компенсации по болезни, и её выплачивает только Больничная касса. Этими причинами являются:

- заболевание или травма во время беременности. Компенсацию выплачивает Больничная касса со 2-го дня освобождения от работы в размере 70% от облагаемого социальным налогом дохода застрахованного лица за предыдущий календарный год;
- несчастный случай на производстве, профессиональное заболевание или травма при защите интересов государства или общества или препятствии совершению преступления. Компенсация выплачивается со 2-го дня освобождения от работы в размере 100% от облагаемого социальным налогом дохода застрахованного лица за предыдущий год;
- перевод беременных женщин на более легкое рабочее место. Больничная касса компенсирует разницу в зарплате, по сравнению со средним доходом работника за календарный день за предыдущий год. Если работодатель не может предложить работу беременной женщине, соответствующую ее состоянию здоровья, Больничная касса выплачивает компенсацию в размере 70%, начиная со 2-го дня.

Использование больничных листов в разрезе причин освобождения от работы распределилось следующим образом: заболевание 83%, бытовая травма 11%, заболевание или травма во время беременности 3% и перевод на другую работу 3%. Травма в результате ДТП и прочие причины, такие как профессиональное заболевание, осложнение, возникшее вследствие травмы в результате ДТП, и травма при защите интересов государства или общества или предотвращении преступления, составили в общей сложности около 1%.

Таблица 34 Количество больничных листов и пропущенных по болезни дней

	Количество больничных листов*		Количество пропущенных по болезни дней*		
	Листы с участием в 1-8 дней (собственная ответственность застрахованного лица и ответственность работодателя)	1-3 дня (собственная ответственность застрахованного)	4-8 дней (ответственность работодателя)	Дни, компенсированные Больничной кассой	Итого
2012 год	233 871	685 272	939 099	3 788 591	5 412 962
2011 год	233 092	684 712	942 728	3 776 222	5 403 662

*Отображены данные по первичным больничным листам, в которых в качестве причины освобождения от работы указаны: заболевание, бытовая травма, карантин, травма в результате ДТП и осложнение вследствие травмы в результате ДТП.

Таблица 35 Количество застрахованных лиц по возрастным группам и использование пропущенных по болезни дней*

Возрастная группа	Количество работающих застрахованных лиц по состоянию на 31.12.2012	Количество пропущенных по болезни дней на одно работающее застрахованное лицо
...-29	112 483	5,8
30-39	130 963	5,2
40-49	134 346	6,4
50-59	129 521	9,0
60-...	67 964	8,5

*Отображены дни, пропущенные по нетрудоспособности, со всеми причинами освобождения от работы, указанными в больничных листах, в т. ч. по причине несчастных случаев на производстве.

Число пропущенных по болезни дней, компенсируемых Больничной кассой, по сравнению с прошлым годом возросло на 1,6%. Число пропущенных по болезни дней с собственной ответственностью застрахованного лица и с участием компенсации от работодателя возросло приблизительно на 1% (см. таблицу 34).

В разрезе режимов лечения пользователям больничного листа потребовалось стационарное лечение только приблизительно в 11% случаев. Как правило, режим был домашний. Доля восстановительного лечения во время временной нетрудоспособности была малозначительной.

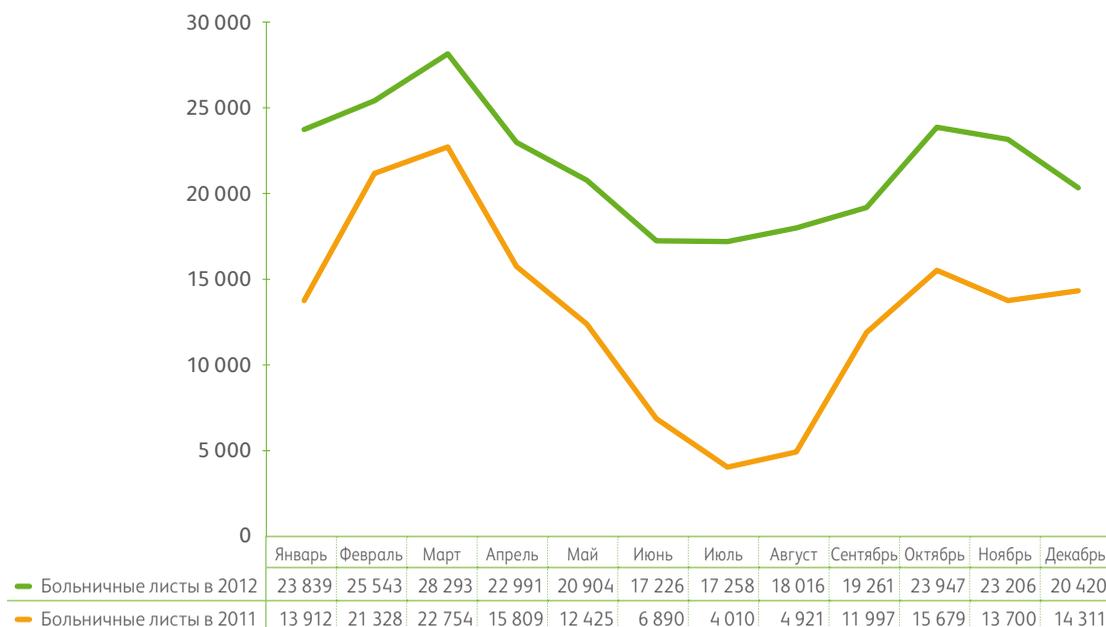


Рисунок 21 Острые заболевания верхних дыхательных путей, грипп¹¹ и количество больничных листов¹²

¹¹Со статистикой заболевания инфекционными болезнями можно ознакомиться на www.terviseamet.ee

¹²Отображены больничные листы с причиной освобождения от работы «заболевание».

Анализируя использование пропущенных по болезни дней в разрезе возрастов в таблице 35, мы видим, что среднее число пропущенных по болезни дней на одно работающее застрахованное лицо возросло, начиная с 50 лет. Больше всего дней по причине нетрудоспособности на одного работника было использовано в возрастной группе от 50 до 59 лет.

Подводя итог, можно сказать, что возраст является важным фактором, определяющим использование пропущенных по болезни дней, однако наибольшее влияние оказывают частота возникновения вирусных заболеваний и их распространение. Согласно рисунку 21, число больничных листов возрастает именно в те месяцы, когда царит эпидемия острых заболеваний верхних дыхательных путей и гриппа. В 2012 году количество случаев заболевания и выдачи больничных листов было наиболее высоким в марте, а самым низким – как обычно, в летние месяцы.

Компенсационные выплаты по уходу

Компенсационные выплаты по уходу выплачиваются Больничной кассой, начиная со 2-го дня, в размере 80% от среднего дохода за один календарный день, и они рассчитываются от облагаемого социальным налогом дохода за предыдущий год:

- при уходе за ребенком младше 12 лет;
- при уходе за членом семьи на дому;
- при уходе за ребенком младше 3 лет или младше 16 лет с недостатком, если лицо, ухаживающее за ребенком, также болеет или получает акушерскую помощь.

Листы по уходу за ребенком младше 12 лет составляют 98% от общего количества больничных листов. Доля листов по уходу за ребенком младше 3 лет или за ребенком младше 16 лет с недостатком и больным членом семьи составляет в общей сложности 2%. По сравнению с прошлым годом, использование листов по уходу в разрезе причин освобождения от работы осталось прежним. Также постоянным остается использование листов по уходу в разрезе ухаживающих лиц – по-прежнему 24% листов по уходу было выдано мужчинам и 76% – женщинам. Если посмотреть на долю листов по уходу за ребенком младше 12 лет на рисунке 22 в разрезе возраста детей, за которыми осуществляется уход, то мы увидим, что 52% листов было выдано по уходу за 3–5-летними детьми.

Подводя итоги, можно сказать, что рост расходов, связанных с компенсационными выплатами по

уходу, составивший 5%, вызвал увеличение суммы компенсации за один день в связи с ростом зарплат в прошлом году, т. к. число дней по уходу осталось на том же уровне, что и в 2011 году (см. таблицу 33).

Компенсационные выплаты по рождению

Компенсация по рождению выплачивается с 1-го дня освобождения от работы в размере 100% от среднего дохода за один календарный день, и расчет производится от облагаемого социальным налогом дохода за прошлый год. Число декретных листов в год довольно скромное – в 2012 году их было представлено около 9800. И всё же компенсационные расходы по рождению составляют 38% от общих расходов, связанных с компенсационными выплатами по нетрудоспособности (рисунок 20). На это влияет 140-дневная длительность декретного отпуска и 100% ставка компенсации. Средний размер компенсации по рождению на один декретный лист в прошлом году составил около 3300 евро. Как и раньше, больше всего, или 49%, получателей компенсации по рождению было в возрастной группе от 20 до 29 лет.

Расходы на компенсацию по рождению возросли на 3%, хотя число соответствующих дней, пропущенных по нетрудоспособности, сократилось на 2%. Причиной является повышение средней компенсации за один день на 6%, вызванное ростом зарплат.

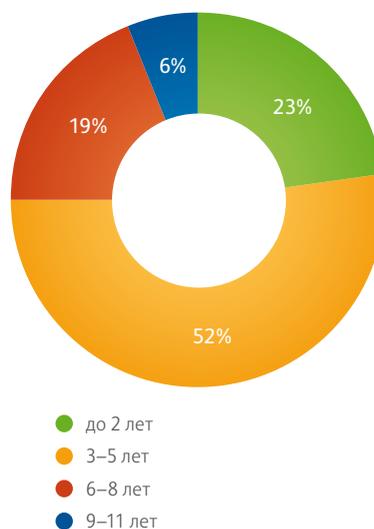


Рисунок 22

Листы по уходу, выданные по уходу за детьми младше 12 лет, в разрезе возраста детей, за которыми осуществляется уход



Компенсационные выплаты, связанные с несчастными случаями на производстве

При несчастном случае на производстве, в т. ч. при несчастном случае в результате ДТП, а также при осложнении или заболевании, возникших вследствие несчастного случая на производстве, Больничная касса выплачивает компенсацию, начиная со 2-го дня. Ставка компенсации составляет 100% от среднего дохода за один календарный день, и расчет ведется от облагаемого социальным налогом дохода за предыдущий год. Больничные листы, выданные в связи с несчастным случаем на производстве, по причинам освобождения от работы распределились следующим образом: несчастный случай на производстве – 94%, осложнение, возникшие в результате несчастного случая на производстве, – 4% и производственная травма в результате ДТП – 2%. Количество дней, пропущенных по нетрудоспособности, в контексте подобного разделения возросло по сравнению с 2011 годом на 9%. Причиной роста можно считать возрастающую трудовую занятость, которая пропорционально способствует увеличению числа дней, пропущенных по нетрудоспособности.

Компенсации, выплаченные на основании справок, выданных врачами иностранных государств

Больничная касса выплачивает застрахованным лицам компенсацию по временной нетрудоспособности также на основании справок об освобождении от работы, выданных врачами иностранных государств. В прошлом году врачи иностранных государств выдали застрахованным в Эстонии лицам 490 справок об освобождении от работы. В общей сложности количество подобных дней освобождения от работы составило 8828. Расходы на компенсацию по временной нетрудоспособности составили 136 879 евро.

Как и раньше, больше всего справок было выдано в Латвии (26%), затем следуют Украина (24%) и Финляндия (15%). Причиной около 18% случаев выдачи листов послужила травма (травмы). В остальных случаях в качестве причины освобождения от работы в больничном листе было указано «общее заболевание». Кроме того, в 23 случаях справки были выданы по уходу за больным ребенком и в 11 случаях для выхода в декретный отпуск.



5. Прочие денежные компенсации

5.1. Денежные компенсации, связанные со стоматологическими услугами

Больничная касса компенсирует в год застрахованным лицам стоимость стоматологических услуг следующим образом:

- беременным 28,77 евро;
- лицам с повышенной потребностью в стоматологическом лечении 28,77 евро;
- матери ребенка младше одного года 28,77 евро;
- застрахованному лицу в возрасте как минимум 63 лет, которому на основании Закона о государственном пенсионном страховании была назначена пенсия по старости или нетрудоспособности – 19,18 евро.

Услуга протезирования зубов компенсируется застрахованным лицам, которым на основании Закона о государственном страховании была назначена пенсия по нетрудоспособности или пенсия по старости, а также застрахованным лицам старше 63 лет в размере до 255,65 евро в течение 3 лет.

Для получения компенсации по стоматологическому лечению застрахованное лицо должно пред-

ставить в Больничную кассу заявление и документ, подтверждающий оплату услуги.

Заявление относительно компенсации протезирования зубов можно представить и непосредственно врачу или ходатайствовать о получении услуги сразу же по более низкой стоимости, учитывая компенсацию. В этом случае застрахованное лицо платит поставщику услуги только стоимость зубного протеза, превышающую сумму компенсации, а остальное платит Больничная касса. В 2012 году доля лиц, ходатайствующих о получении субсидии через лечебные учреждения, составила 77%. Пенсионеры предпочитают использовать этот способ: не нужно отдельно обращаться в Больничную кассу, и о протезировании могут ходатайствовать также те, для кого выплата полной суммы не под силу.

В 2012 году расход на денежные компенсации, связанные с услугой протезирования, составил 8,7 миллионов евро, превысив бюджет на 2,5% (см. таблицу 36).

Причиной более значительных расходов, чем ожидалось, стал рост использования компенсации по протезированию на 12% (см. таблицу 37).

Таблица 36 Расходы на услугу стоматологического лечения в тысячах евро

	2011 в реальности	2012 бюджет	2012 в реальности	Выполнение бюджета, %	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
Компенсация по протезированию	6 064	6 299	6 848	109	13
Компенсация по стоматологическому лечению	1 791	2 203	1 867	85	4
ИТОГО	7 855	8 502	8 715	103	11

Таблица 37 Количество случаев компенсации стоматологического лечения

	2011 в реальности	2012 бюджет	2012 в реальности	Выполнение бюджета, %	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
Компенсация по протезированию*	37 947	40 640	42 327	104	12
Компенсация по стоматологическому лечению*	90 348	115 963	94 390	81	4
ИТОГО	128 295	156 603	136 717	87	7

*Сравнительные данные относительно стоматологической услуги за 2011 год скорректированы.

Более высокий уровень использования компенсаций по протезированию зубов, чем было запланировано, вероятно, был вызван ростом использования услуги протезирования в 2009 году. Заканчивается 3-летний период ограничения, и пациенты могут начать использовать новую компенсацию. По сравнению с прошлым годом, в 2012 году было начато на 10% больше новых периодов (см. рисунок 23).

Большинство соискателей компенсации по протезированию зубов используют за один раз большую часть лимита компенсации, выделенного на протезирование, что указывает на то, что размер компенсации по протезированию по большей части не покрывает всей стоимости приобретения зубного протеза (см. рисунок 24).

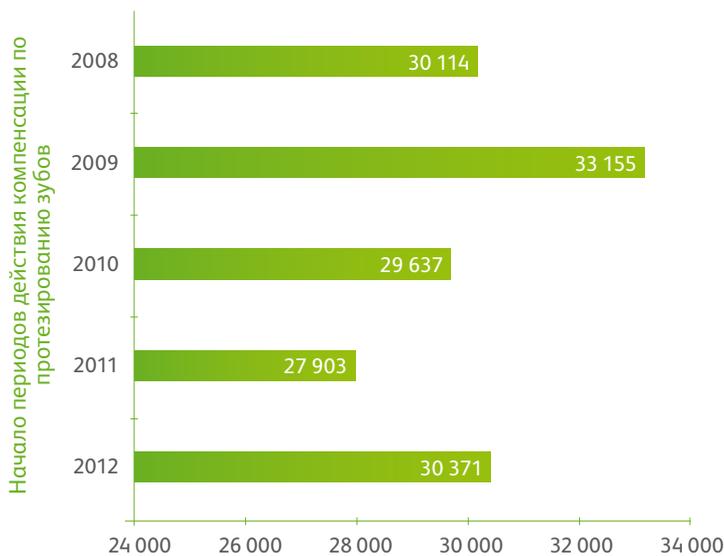


Рисунок 23 Начало периодов срока действия протезирования зубов в разбивке по годам

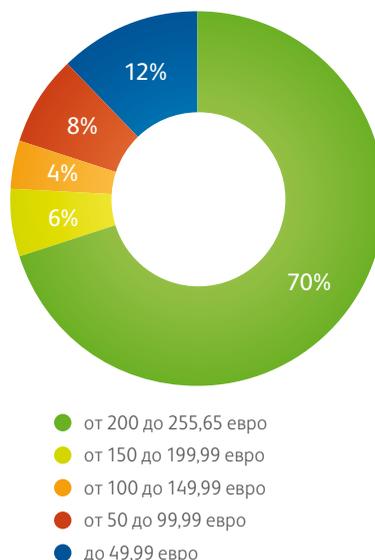


Рисунок 24 выплаты по ходатайствам, связанным с компенсацией по протезированию зубов, по размеру

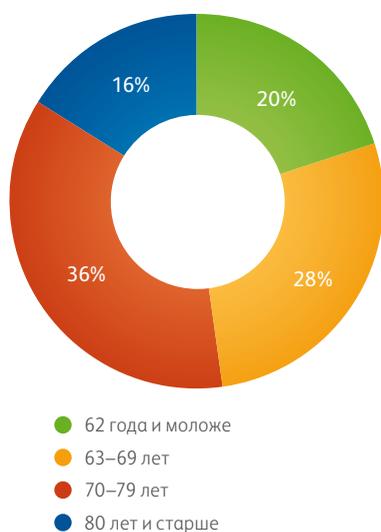


Рисунок 25 % пользователей компенсации по протезированию зубов по возрастным группам

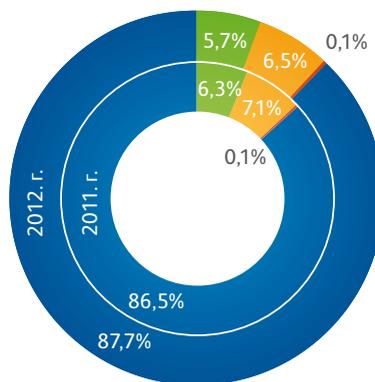


Рисунок 26 % пользователей компенсации по протезированию зубов по типам компенсации

В разрезе возрастных групп больше всего ходатайств было представлено людьми в возрасте 70–79 лет. Затем следует группа от 63 до 69 лет. Две этих группы вместе представили 64% ходатайств (см. рисунок 25).

В зависимости от типа компенсации, 87,7% ходатайств об использовании компенсации по зубному протезированию представили пенсионеры. Использование компенсаций в этой целевой группе, по сравнению с прошлым годом, возросло на 6%. Это показывает, что пенсионеры используют компенсацию

по зубному протезированию более активно, чем раньше. По причине снижения рождаемости число ходатайств, представленных беременными женщинами и матерями детей младше одного года, сократилось соответственно на 5% и 4%. Самым большим изменением стало увеличение числа ходатайств на 19% от целевой группы людей с возросшей потребностью в стоматологическом лечении. По сравнению с 2011 годом, соответствующий показатель всё же по-прежнему составлял лишь 0,1% от общего числа случаев выплаты компенсаций по зубному протезированию (см. рисунок 26).

5.2. Дополнительная компенсация за лекарства

Застрахованное лицо может получить дополнительную компенсацию за лекарства, если его расходы на лекарства, которые входят в перечень лекарств, превышают в календарный год 384 евро.

В 2012 году число застрахованных лиц, получивших компенсацию, немного возросло. Общая сумма

компенсаций сократилась, т. к. в среднем сумма, выплачиваемая застрахованному лицу, сократилась на 14 евро (см. таблицу 38). Причиной может являться то обстоятельство, что ставка компенсации за лекарственные препараты, внесенные в перечень льготных препаратов, несколько раз повышалась. Например, добавилось некоторое количество диагнозов, при которых можно выписывать статины, понижающие содержание липидов в крови, с льготной ставкой в 75%.

Таблица 38 Дополнительная компенсация за лекарства

	2011 в реальности	2012 бюджет	2012 в реальности	Выполнение бюджета, %	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
Компенсруемая сумма (тысячи евро)	440	473	421	89	-4
Число лиц, получивших компенсацию	1 710	1 877	1 734	92	1
Сумма, выплачиваемая одному человеку в среднем (евро)	257	252	243	96	-5

6. Другие расходы на медицинские компенсации

6.1. Компенсации, исходящие из правовых актов Европейского Союза и направлений на плановое лечение в иностранные государства

В Европейском Союзе для определения прав человека на назначение пособий социального страхования используются различные справки и электронные бланки. По содержанию их можно разделить на пять групп:

- бланки для запроса и предоставления информации (E 001, E 104, E 107);
- бланки, предоставляющие, создающие и прекращающие права (E 106, E 108, E 109, E 121);
- бланки, связанные с расчетами между государствами (E 125, E 126, E 127);
- бланки о денежных компенсациях (E 115, E 116, E 117, E 118);
- бланки, связанные с правами на получение лечения (E 112, E 123).

Количество электронных бланков, по которым ведет производство Больничная касса, с годами существенно возросло. Однако количество бланков за 2012 и 2011 годы находится прибли-

зительно на одном уровне. Больше всего используются бланки E 125 и E 106.

Бланков E 125 о возврате действительных расходов между государствами в 2012 году в Больничную кассу было представлено 5490 штук. Больничная касса отправила в другие государства 5697 бланков. Число бланков не отображает непосредственного числа случаев лечения, т. к. услуги, оказанные одному человеку, могут быть записаны на различных бланках. Практика ведения работы в разных странах различается. По этой причине нельзя ставить знак равенства между числом отправленных в Больничную кассу или отправленных из Больничной кассы в другие государства бланков и числом лиц, которым требовалось лечение.

Бланк E 106 используется для подтверждения наличия страховки у лица, которое отправляется в командировку. Работник, которого отправляют в командировку в другое государство дольше, чем на год, регистрирует бланк на новом месте жительства и на его основании получает право на различную медицинскую помощь. В 2012 году было выдано 2225 бланков E106, что, по сравнению с предыдущим годом, немного больше. Более точную информацию о количестве электронных бланков в 2006–2012 гг. можно получить в приложении 5 к отчету о выполнении бюджета.

6.1.1. Направление на плановое лечение в иностранное государство

В иностранное государство на плановое лечение направляются на условиях, установленных в Законе о медицинском страховании. Свободное перемещение застрахованных лиц через границу регулируют правовые акты Европейского Союза, а также договор между Больничной кассой Эстонии

и Финским Красным крестом о поиске доноров, не являющихся родственниками, для пересадки костного мозга.

Застрахованное лицо направляется на плановое лечение или обследование в иностранное государство, если медицинскую услугу, о получении которой ходатайствует застрахованное лицо, и её альтернативы невозможно получить в Эстонии. Медицинская

Таблица 39 Расходы на плановое лечение в иностранном государстве в тысячах евро

	2009 в реальности	2010 в реальности	2011 в реальности	2012 бюджет	2012 в реальности	Выполнение бюджета, %	Изменение, по сравнению с 2011 годом, %
Плановое лечение в иностранном государстве	1 322	971	1 745	1 600	2 035	127	17

Таблица 40 Число случаев планового лечения и средняя стоимость случая лечения в евро

	2011 в реальности		2012 в реальности		Изменение по сравнению с 2011 годом, %	
	СЗ	СССЗ	СЗ	СССЗ	СЗ	СССЗ
Плановое лечение в иностранном государстве	166	10 512	205	9 927	23	-6

услуга должна быть показана пациенту, и также должна быть доказана её медицинская эффективность, средняя вероятность достижения которой должна составлять как минимум 50%. Оценку соответствия критериям дает экспертная комиссия, состоящая как минимум из двух врачей-специалистов.

В течение 2012 года Больничная касса была обязана оплатить плановые медицинские услуги, оказанные в иностранном государстве, 199 застрахованным лицам. Из них 109 человек были дети. 56 пациентов были направлены в иностранное государство на лечение, 126 – на обследование и 17 занимались поиском доноров костного мозга, не являющихся родственниками, через службу крови Финского Красного креста. Всего было удовлетворено 93% представленных ходатайств. В выплате было отказано в 16 случаях.

Счета за лечение не всегда поступают в год подачи ходатайства, т. к. лечение или обследование может происходить позднее. Поэтому число представленных счетов за лечение в разрезе за соответствующий год отличается от числа представленных ходатайств и решений Больничной кассы.

В 2012 году в Больничную кассу были представлены счета за лечение 205 человек. Из них 63 застрахованных лица ездили в иностранное государство на лечение, 114 – на обследование и 28 человек искали донора костного мозга, не являющегося родственником. По сравнению с прошлым годом, возросло число плановых случаев лечения, однако средняя стоимость случая лечения немного понизилась. Средняя стоимость случая лечения составила 9927 евро, а годом раньше – 10 512 евро. Расход на плановое лечение и обследования в иностранном государстве в 2012 году составил 2 миллиона евро. Это на 17% больше, чем в 2011 году (см. таблицы 30 и 40).

В 2012 году больше всего пациентов ездили на лечение в Финляндию и Германию. Генетические исследования больше всего проводились в Голландии и Бельгии (см. таблицу 41).

Таблица 41 Страны, куда в 2012 году застрахованные лица ездили на плановое лечение или обследования

Страны	Итого	Лечение	Обследование
Финляндия	35	33	2
Голландия	34	0	34
Германия	39	11	28
Бельгия	52	0	52
Швеция	4	1	3
Литва	1	0	1
Великобритания	7	3	4
Россия	2	2	0
Дания	2	1	1
Австрия	1	0	1
Латвия	2	2	0
Испания	1	1	0
США	2	1	1
Польша	1	1	0
ИТОГО	183	56	127

6.1.2. Компенсации за медицинские услуги, исходящие из правовых актов Европейского Союза

Лица, застрахованные в Больничной кассе, временно находясь в другом государстве-члене ЕС, имеют право на получение необходимой медицинской помощи. Проживая в другом государстве-члене ЕС, они имеют права на получение любой медицинской помощи, если Эстония продолжает обеспечивать человека страхованием. В этом случае Больничная касса оплачивает расходы на оказываемую медицинскую помощь другим государствам. В свою очередь, если лица, застрахованные в этих государствах, находятся в Эстонии, они имеют право на получение необходимой медицинской помощи, а если они здесь проживают – на получение любой медицинской помощи. Медицинскую помощь, оказываемую лицам, застрахованным в странах-членах ЕС, сперва оплачивает Больничная касса. Затем

расходы на медицинские услуги оплачивает государство, предоставляющее страховку.

Для Больничной кассы оплата расходов, связанных с межгосударственной медицинской помощью, является открытым обязательством. На 2012 год было запланировано расходов на 4,7 миллионов евро. Действительный объем расходов был несколько более значительным – 5,2 миллиона евро. По сравнению с 2011 годом, расходы сократились на 20% (см. таблицу 42).

За медицинские услуги, оказанные пациентам из других стран-членов ЕС, проходящим лечение в Эстонии, поставщикам услуг было выплачено 1,2 миллиона евро. Аптекам было выплачено 56 тысяч евро за продажу льготных лекарств паци-

ентам из других стран. За медицинские услуги, оказанные временно пребывавшим в других странах-членах ЕС, проживавшим там во время командировки работникам и пенсионерам, Больничная касса выплатила другим странам-членам ЕС 3,9 миллиона евро. Из этой суммы 613 тысяч составили т. н. поголовные деньги, выплаченные за людей, получающих пенсию от Эстонии. Расходы на медицинские услуги, оказанные людям, проживавшим или пребывавшим в другом государстве, составили 3,3 миллиона евро. Люди получили обратно выплаты в размере 49 тысяч евро. Возвратные выплаты осуществляются застрахованному лицу в том случае, если у него во время пребывания в другой стране отсутствует при себе европейская карточка медицинского страхования, и по этой причине ему был выставлен счет.

Таблица 42 Расходы на медицинские услуги на основании постановлений Европейской Комиссии, в тысячах евро

	2009 в реаль- ности	2010 в реаль- ности	2011 в реаль- ности	2012 бюджет	2012 в реаль- ности	Выполнение бюджета, %	Изменение, по сравнению с 2011 годом, %
Расходы на застрахованного в Эстонии пациента, связанные с компенсацией медицинской услуги в другом государстве-члене ЕС	2 371	2 060	5 266	3 626	3 930	108	-25
Расходы на пациента, застрахованного в другом государстве-члене ЕС, связанные с компенсацией медицинской услуги и льготных лекарств в Эстонии	659	779	1 199	1 119	1 228	110	2
ИТОГО	3 030	2 839	6 465	4 745	5 158	109	-20



6.2. Расходы на вспомогательные медицинские средства

Расходы на вспомогательные медицинские средства, как и компенсация на лекарственные препараты, являются открытым обязательством Больничной кассы. На условиях, изложенных в перечне вспомогательных медицинских средств, компенсация выплачивается всем застрахованным лицам, которым врач назначил использование вспомогательного средства.

В 2012 году улучшилась доступность вспомогательных медицинских средств, компенсируемых Больничной кассой, а также их выбор. Больше всего от изменений в перечне вспомогательных медицинских средств выиграли диабетики, т. к. количество компенсируемых тест-полосок для глюкометров увеличилось почти в два раза. Кроме того, в перечень

была введена новая инсулиновая помпа и используемый вместе с ней глюкосенсор для постоянного наблюдения за уровнем сахара в крови. Также была добавлена новая группа медицинского оборудования для лечения апноэ во сне в тяжелой форме: устройство положительного давления с автоматической регулировкой давления (устройство CPAP) и маски. Также добавились новые товары для ухода за колостомами, илеостомами, уростомами и трахеостомами, а также для лечения ран и язв. В перечень также были добавлены новые ортезы и протезы.

По сравнению с 2011 годом был запланирован более существенный бюджет, предполагая намного более обширное использование тест-полосок для глюкометров и новых повязок и пластырей для ран. Также учитывалось добавление в перечень дорогостоящего устройства CPAP и инсулиновых помп (см. таблицы 43 и 44).

Таблица 43 Расходы на вспомогательные медицинские средства в тысячах евро

	2011 в	2012	2012 в	Выполнение	Изменение по
	реальности	бюджет	реальности		
Первичные ранние протезы и ортезы	1 201	1 485	1 502	101	25
Тест-полоски для глюкометров	2 547	4 956	4 337	88	70
Средства по уходу за стомами	888	970	956	99	8
Инсулиновые помпы	204	486	408	84	100
Повязки и пластыри для ран	13	45	22	49	69
Аппарат постоянного положительного давления и маски	0	373	420	113	-
Прочее вспомогательное медицинское оборудование	33	38	39	103	18
ИТОГО	4 886	8 353	7 684	92	57

Таблица 44 Случаи лечения, связанные с использованием вспомогательных медицинских средств, и средняя стоимость в евро

	2011 в реальности		2012 в реальности		Изменение по сравнению с 2011 годом, %	
	СЗ	СССЗ	СЗ	СССЗ	СЗ	СССЗ
	Первичные ранние протезы и ортезы	9 475	127	11 217	134	18
Тест-полоски для глюкометров	29 048	88	35 043	124	21	41
Средства по уходу за стомами	1 589	559	1 693	565	7	1
Инсулиновые помпы	155	1 316	204	2 000	32	52
Повязки и пластыри для ран	377	34	537	41	42	21
Аппарат постоянного положительного давления и маски	-	-	809	519	-	-
Прочее вспомогательное медицинское оборудование	123	268	167	234	36	-13



В самой большой группе **тест-полосок для глюкометров** использование не дошло до прогнозируемого уровня. Причиной, вероятно, по-прежнему является низкий уровень информированности пациентов с диабетом 2-го типа, которые находятся на медикаментозном лечении, о необходимости в регулярной проверке уровня сахара в крови, вследствие чего они не используют эту возможность. Пользователей тест-полосок с каждым годом становится всё больше. Это свидетельствует о том, что увеличивается уровень информированности населения о необходимости в самопроверке. Люди хотят контролировать эффективность лечения и предотвратить осложнения.

Изменения в использовании **протезов и ортезов** после операций и травм, а также в использовании **средств по уходу за стомами** были ожидаемыми. Число пользователей компенсации по ортезам с каждым годом растёт, т. к. пациенты лучше узнают свои права, а сеть продавцов ортезов расширяется.

Новая инсулиновая помпа и аксессуары к ней были добавлены в перечень медицинского оборудо-

вания, однако объём их компенсации оказался ниже запланированного.

Самым скромным по-прежнему остается использование **повязок и пластырей на раны**, хотя их перечень был ещё более расширен, и соответствующие расходы компенсируются пациентам уже второй год.

В отличие от остального вспомогательного медицинского оборудования, больше запланированных оказались расходы на компенсации, связанные с **устройством СРАР и масками**, которое было добавлено в перечень в 2012 году. Компенсацию получили на 200 человек больше, чем по оценке специалистов было пациентов, нуждающихся в устройстве.

В группе **«Прочее вспомогательное медицинское оборудование»** объединены аксессуары с меньшей степенью использования: резервуары для употребления лекарств от астмы, одноразовые катетеры для мочевого пузыря, одежда с давлением для ожоговых больных и лечебные контактные линзы. Объём использования этого оборудования вполне ожидаемо возрос.

6.3. Расходы, покрываемые из целевых отчислений государственного бюджета

Целевыми отчислениями из государственного бюджета компенсируется лечение бесплодия. О получении услуги по лечению бесплодия и компенсации стоимости лекарств могут ходатайствовать женщины в возрасте до 40 лет (включительно), имеющие медицинскую страховку, которым

по медицинским показаниям рекомендовано искусственное оплодотворение и/или подсадка эмбриона. В 2012 году процедуры, связанные с лечением бесплодия, были проведены для 1442 женщин, а компенсация на лекарства была выплачена 1264 женщинам. В общей сложности Больничная касса выплатила 1,6 миллионов евро. Из этой суммы на лекарства было потрачено 903,3 тысячи, а на услуги – 668,6 тысячи евро. Доход от целевого финансирования отображается в числе прочих доходов. ■

Административные расходы Больничной кассы

Обзор административных расходов Больничной кассы представлен в таблице 45.

Таблица 45 Административные расходы Больничной кассы в тысячах евро

	2011 в реальности	2012 бюджет	2012 в реальности	Выполнение бюджета, %	Изменение по сравнению с 2011 годом, %
Расходы на персонал и управление, всего	4 380	4 792	4 645	97	6
Зарплата	3 262	3 567	3 460	97	6
в т.ч. зарплата членам правления	139	138	153	111	10
Взнос по страхованию от безработицы	44	48	45	94	2
Социальный налог	1 074	1 177	1 140	97	6
Хозяйственные расходы	1 011	1 131	1 012	89	0
Расходы, связанные с инфотехнологиями	834	964	773	80	-7
Расходы на развитие	159	225	151	67	-5
Обучение	76	113	86	76	13
Консультации	83	112	65	58	-22
Финансовые расходы	87	87	0	0	-
Прочие административные расходы	609	841	750	89	23
Надзор за системой медицинского страхования	53	103	75	73	42
Связи с общественностью/ оповещение	68	114	108	95	59
Прочие расходы	488	624	567	91	16
АДМИНИСТРАТИВНЫЕ РАСХОДЫ, ИТОГО	7 080	8 040	7 331	91	4

Расходы на персонал в 2012 году составили 4,6 миллиона евро.

Основанием для планирования потребности в ресурсах, связанных с персоналом для Больничной кассы, является матрица потребностей, основанная на деятельности, где посредством измеряемых мероприятий, основанием для которых являются статистические ключевые показатели, и оценочных мероприятий, основанием для которых является оценка руководителя, рассчитывается число рабочих мест, необходимых для выполнения целей, поставленных на бюджетный период. Основанием для вычисления реальной занятости персонала являются действительные показания статистических ключевых показателей и действительные оценки, данные в рамках оценочных мероприятий. Поскольку не все мероприятия всегда можно точно измерить и оценить,

то мы учитываем, что целью занятости не всегда должно являться точно 100%, и допустимым колебанием является +/- 15% (в соответствии с методикой планирования ресурсов на основе деятельности Больничной кассы Эстонии и вычисления расходов).

В 2012 году действительная сформировавшаяся нагрузка всей Больничной кассы (221 должность) оказалась в целом на 6 рабочих мест больше, чем запланированная нагрузка (215 должностей). Должности планировались на 2012 год точно в соответствии с запланированной нагрузкой, но в действительности в течение года в общей сложности было заполнено на 2 должности меньше, т. е. 213 должности. Таким образом, до выполнения действительной нагрузки (221 должность) не хватает 8 работников по 8 должностям, а занятость всей Больничной кассы в 2012 году составила 104%.

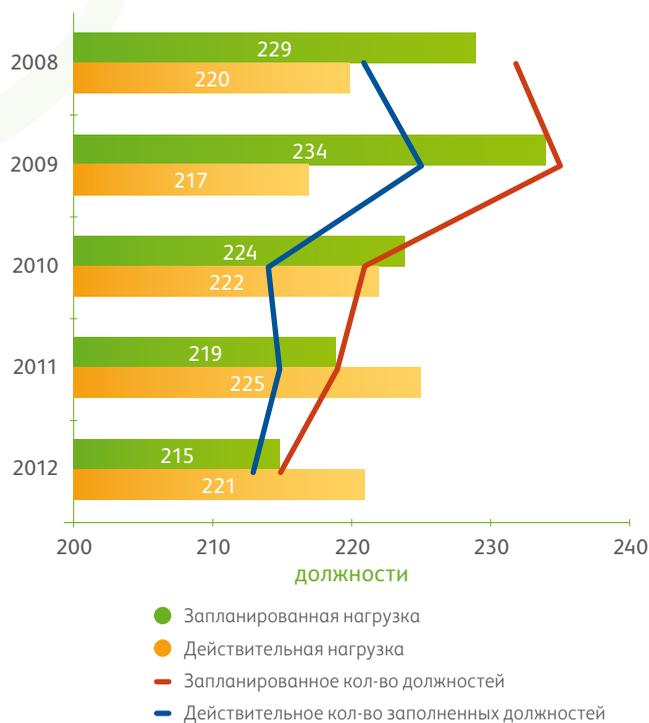


Рисунок 27 Запланированная и действительная нагрузка в 2008–2012 гг.

Если взглянуть на запланированную и действительную нагрузку Больничной кассы, а также на данные по должностям в 2008–2012 гг. (см. рисунок 27), то можно увидеть, что в то время как в предыдущие годы была запланирована избыточная нагрузка, то в 2011 и 2012 гг. уже была запланирована недостаточная нагрузка – действительная нагрузка оказалась больше, чем запланированная. Кроме того, мы можем увидеть, что должностей всегда планируется больше, чем заполняется в действительности, хотя в этом отношении различие между данными относительно запланированного и действительного количества должностей в последние годы сократилось.

Расходы, связанные с инфотехнологиями. Бюджет оказался выполненным частично, т. к. конкурс

относительно решения по сохранению данных был оспорен конфликтной комиссией государственных закупок. Конкурс на поиск сетевых устройств, необходимых для функционирования решения по сохранению данных, был сдвинут на начало 2013 года.

В бюджете **расходов на развитие** отображаются расходы на обучение, а также расходы на юридические и коммерческие консультации. Бюджет на коммерческие консультации остался выполненным частично, т. к. работа секретариатов по новым инструкциям относительно лечения началась позже запланированного.

Бюджет **финансовых расходов** остался невыполненным, т. к. составление бюджета после 2012 года было изменено условиями управления денежными средствами (резервный капитал, резерв по возрастающим рискам, резерв в кассе) Больничной кассы. Согласно договору депонирования, заключенному с Министерством финансов, у Больничной кассы отсутствует потребность в покрытии финансовых расходов.

Прочие административные расходы. Бюджет на осуществление надзора был выполнен частично, т. к. срок окончания одного клинического аудита был перенесен. Из числа расходов на связь с общественностью и оповещение наиболее крупными стали расходы на издание исторической книги и организацию юбилейного концерта. В отчетный период Больничная касса издавала журнал «Terveise heaks», который распространялся среди представителей целевой группы по почте. В издании рассматривались такие темы, как прием семейной сестры и консультационный телефон семейного врача, медицинская помощь в Европейском Союзе, компенсации, выплачиваемые Больничной кассой, вспомогательное медицинское оборудование, скрининговые обследования, связанные с раком, и лекарственные препараты. На выполнение бюджета также повлияли несостоявшиеся конкурсы в области информационных технологий, т. к. расход на налог с оборота с инвестиций был запланирован в бюджет прочих административных расходов. ■

Резервный капитал

Согласно статье 38 Закона о Больничной кассе Эстонии, формирование резервного капитала регулируется следующим образом:

- Резервный капитал Больничной кассы – это формируемый из средств бюджета Больничной кассы резерв, предназначенный для уменьшения рисков, проистекающих из макроэкономических изменений в системе медицинского страхования.
- Размер резервного капитала составляет 6% от объема бюджета.
- Резервный капитал можно использовать только в исключительном случае распоряжением Прави-

тельства Республики по предложению министра социальных дел. До предоставления предложения в Правительство Республики министр социальных дел должен выслушать мнение совета Больничной кассы.

По состоянию на 31 декабря 2012 года размер резервного капитала Больничной кассы составлял 51,1 миллиона евро. Учитывая размер бюджета, сумма резервного капитала, требуемая в 2013 году, составляет 50,5 миллиона евро. ■

Резерв по возрастающим рискам

Согласно статье 39 Закона о Больничной кассе Эстонии, формирование резерва по возрастающим рискам регулируется следующим образом

- Резерв по возрастающим рискам Больничной кассы – это формируемый из средств бюджета Больничной кассы резерв, предназначенный для уменьшения рисков, проистекающих из взятых на себя обязательств, связанных с системой медицинского страхования.
- Размер резерва по возрастающим рискам составляет 2% от объема бюджета Больничной кассы на медицинское страхование.

- Резерв по возрастающим рискам можно использовать решением совета Больничной кассы.

По состоянию на конец хозяйственного года размер резерва Больничной кассы по возрастающим рискам составлял 15,6 миллиона евро. В 2013 году требуемый размер резерва по возрастающим рискам составит 16,7 миллиона евро. Для того чтобы достичь уровня, предусмотренного законом, в 2013 году необходимо внести в резерв по возрастающим рискам 1 миллион 79 тысяч евро. ■

Нераспределенная прибыль

По состоянию на 31 декабря 2012 года сумма нераспределенной прибыли Больничной кассы составляла 164,8 миллиона евро. ■

Приложения к отчету о выполнении бюджета за 2012 г.

Приложение 1 Расходы на специализированную медицинскую помощь в тысячах евро

	2011 в реаль- ности	2012 бюджет	2012 в реаль- ности	Выпол- нение бюджета, %	Изменение, по сравнению с 2011, %
Хирургия	72 518	77 096	77 269	100	7
амбулаторное лечение	14 192	15 470	15 425	100	9
дневное лечение	3 042	3 262	3 380	104	11
стационарное лечение	55 284	58 364	58 464	100	6
Оториноларингология	10 493	11 300	10 915	97	4
амбулаторное лечение	5 078	5 297	5 168	98	2
дневное лечение	1 864	2 044	1 816	89	-3
стационарное лечение	3 551	3 959	3 931	99	11
Неврология	14 245	14 739	15 697	106	10
амбулаторное лечение	6 569	6 841	7 248	106	10
дневное лечение	67	72	43	60	-36
стационарное лечение	7 609	7 826	8 406	107	10
Офтальмология	16 208	17 225	17 466	101	8
амбулаторное лечение	8 496	8 627	8 740	101	3
дневное лечение	6 694	7 157	7 132	100	7
стационарное лечение	1 018	1 441	1 594	111	57
Ортопедия	33 757	36 629	35 336	96	5
амбулаторное лечение	7 624	8 434	8 200	97	8
дневное лечение	1 873	1 898	1 965	104	5
стационарное лечение	24 260	26 297	25 171	96	4
Онкология	39 242	43 045	44 606	104	14
амбулаторное лечение	21 034	22 987	23 838	104	13
дневное лечение	1 286	1 396	1 506	108	17
стационарное лечение	16 922	18 662	19 262	103	14
Акушерство и гинекология	40 093	43 404	41 694	96	4
амбулаторное лечение	19 242	20 615	20 589	100	7
дневное лечение	2 308	2 754	2 335	85	1
стационарное лечение	18 543	20 035	18 770	94	1
Пульмонология	13 111	14 541	14 005	96	7
амбулаторное лечение	6 233	6 587	6 749	102	8
дневное лечение	2	6	28	-	-
стационарное лечение	6 876	7 948	7 228	91	5
Дерматовенерология	4 541	5 306	5 311	100	17
амбулаторное лечение	3 813	4 546	4 187	92	10
дневное лечение	71	73	371	-	-
стационарное лечение	657	687	753	110	15
Педиатрия	15 725	17 079	18 362	108	17
амбулаторное лечение	4 277	5 722	5 696	100	33
дневное лечение	445	425	844	199	90
стационарное лечение	11 003	10 932	11 822	108	7

	2011 в реаль- ности	2012 бюджет	2012 в реаль- ности	Выпол- нение бюджета, %	Изменение, по сравнению с 2011, %
Психиатрия	18 847	19 663	19 848	101	5
амбулаторное лечение	5 227	5 455	5 582	102	7
дневное лечение	192	189	203	107	6
стационарное лечение	13 428	14 019	14 063	100	5
Инфекционные заболевания	6 273	6 563	6 705	102	7
амбулаторное лечение	2 174	2 508	2 486	99	14
дневное лечение	1	0	0	-	-
стационарное лечение	4 098	4 055	4 219	104	3
Внутренние болезни	98 969	116 632	117 817	101	19
амбулаторное лечение	21 514	31 145	29 329	94	36
дневное лечение	6 216	7 012	8 699	124	40
стационарное лечение	71 239	78 475	79 789	102	12
Первичное последующее лечение	1 546	1 700	1 541	91	0
стационарное лечение	1 546	1 700	1 541	91	0
Восстановительное лечение	9 457	9 894	10 124	102	7
амбулаторное лечение	4 760	4 876	5 054	104	6
стационарное лечение	4 697	5 018	5 070	101	8
Итого специализированной медицинской помощи	395 025	434 816	436 696	100	11
Амбулаторное лечение итого	130 233	149 110	148 291	99	14
Дневное лечение итого	24 061	26 288	28 322	108	18
Стационарное лечение итого	240 731	259 418	260 083	100	8
Стоимость готовности	8 423	9 250	9 250	100	10
ИТОГО	403 448	444 066	445 946	100	11

Приложение 2 Случаи лечения в рамках специализированной медицинской помощи

	2011 в реаль- ности	2012 бюджет	2012 в реаль- ности	Выпол- нение бюджета, %	Изменение, по сравнению с 2011, %
Хирургия	389 984	390 410	381 425	98	-2
амбулаторное лечение	334 284	335 433	327 704	98	-2
дневное лечение	11 399	11 099	11 448	103	0
стационарное лечение	44 301	43 878	42 273	96	-5
Оториноларингология	204 332	203 328	192 647	95	-6
амбулаторное лечение	187 098	186 218	176 131	95	-6
дневное лечение	6 652	6 893	6 298	91	-5
стационарное лечение	10 582	10 217	10 218	100	-3
Неврология	143 678	142 271	140 730	99	-2
амбулаторное лечение	136 023	134 653	132 645	99	-2
дневное лечение	190	251	190	76	0
стационарное лечение	7 465	7 367	7 895	107	6
Офтальмология	377 073	378 140	373 837	99	-1
амбулаторное лечение	361 245	362 225	357 854	99	-1
дневное лечение	14 147	14 315	14 296	100	1
стационарное лечение	1 681	1 600	1 687	105	0

	2011 в реаль- ности	2012 бюджет	2012 в реаль- ности	Выпол- нение бюджета, %	Изменение, по сравнению с 2011, %
Ортопедия	269 409	274 738	260 898	95	-3
амбулаторное лечение	251 136	256 542	243 293	95	-3
дневное лечение	4 349	4 172	4 354	104	0
стационарное лечение	13 924	14 024	13 251	94	-5
Онкология	104 250	101 634	110 914	109	6
амбулаторное лечение	91 570	89 178	97 169	109	6
дневное лечение	2 719	2 593	2 880	111	6
стационарное лечение	9 961	9 863	10 865	110	9
Акушерство и гинекология	527 016	531 494	523 624	99	-1
амбулаторное лечение	478 425	481 010	477 043	99	0
дневное лечение	17 428	18 973	16 235	86	-7
стационарное лечение	31 163	31 511	30 346	96	-3
Пульмонология	73 665	72 597	73 794	102	0
амбулаторное лечение	69 733	68 753	69 809	102	0
дневное лечение	32	100	45	45	41
стационарное лечение	3 900	3 744	3 940	105	1
Дерматовенерология	169 344	170 908	161 152	94	-5
амбулаторное лечение	167 517	169 033	159 058	94	-5
дневное лечение	552	593	698	118	26
стационарное лечение	1 275	1 282	1 396	109	9
Педиатрия	151 682	150 139	149 714	100	-1
амбулаторное лечение	120 461	119 546	119 730	100	-1
дневное лечение	2 076	1 827	2 268	124	9
стационарное лечение	29 145	28 766	27 716	96	-5
Психиатрия	236 801	236 046	236 438	100	0
амбулаторное лечение	225 431	224 802	225 452	100	0
дневное лечение	472	451	484	107	3
стационарное лечение	10 898	10 793	10 502	97	-4
Инфекционные заболевания	37 559	38 962	37 545	96	0
амбулаторное лечение	25 527	26 607	27 364	103	7
дневное лечение	6	3	1	33	-83
стационарное лечение	12 026	12 352	10 180	82	-15
Внутренние болезни	446 374	445 393	440 398	99	-1
амбулаторное лечение	387 808	386 655	382 300	99	-1
дневное лечение	4 877	4 984	5 895	118	21
стационарное лечение	53 689	53 754	52 203	97	-3
Первичное последующее лечение	2 229	2 311	2 208	96	-1
стационарное лечение	2 229	2 311	2 208	96	-1
Восстановительное лечение	73 653	71 546	76 943	108	4
амбулаторное лечение	67 122	64 901	70 318	108	5
стационарное лечение	6 531	6 645	6 625	100	1
Итого	3 207 049	3 209 917	3 162 267	99	-1
Амбулаторное лечение итого	2 903 380	2 905 556	2 865 870	99	-1
Дневное лечение итого	64 899	66 254	65 092	98	0
Стационарное лечение итого	238 770	238 107	231 305	97	-3
Стоимость готовности	380	382	382	100	1
ИТОГО	3 207 429	3 210 299	3 162 649	99	-1

Приложение 3 Распределение стационарных случаев лечения, согласно DRG по типам больниц

Код DRG	Наименование DRG	Кол-во случаев лечения	Доля случая лечения от всех случаев лечения, %
РЕГИОНАЛЬНЫЕ БОЛЬНИЦЫ			
410	Химиотерапия в других случаях, за исключением острой лейкемии	4 739	4,9
373	Вагинальные роды, без сопутствующих заболеваний	1 609	1,7
209A	Первичное протезирование нижней конечности и её крупных суставов	1 491	1,5
215C	Операции на спине и шее, за исключением спондилодеза, без сопутствующих заболеваний	1 402	1,4
127	Сердечная недостаточность и шок	1 324	1,4
ЦЕНТРАЛЬНЫЕ БОЛЬНИЦЫ			
373	Вагинальные роды, без сопутствующих заболеваний	5 385	7,2
014A	Специфические заболевания сосудов головного мозга, за исключением транзиторной ишемической атаки, с сопутствующими заболеваниями	1 755	2,3
184B	Эзофагит, гастроэнтерит и прочие заболевания органов пищеварения, возраст от 0 до 17 лет, без сопутствующих заболеваний	1 749	2,3
383	Другие заболевания во время беременности, с осложнениями	1 695	2,3
127	Сердечная недостаточность и шок	1 366	1,8
ОБЩИЕ БОЛЬНИЦЫ			
127	Сердечная недостаточность и шок	1 913	3,9
373	Вагинальные роды, без сопутствующих заболеваний	1 876	3,9
014A	Специфические заболевания сосудов головного мозга, за исключением транзиторной ишемической атаки, с сопутствующими заболеваниями	1 122	2,3
138	Сердечная аритмия и нарушения в проводящей системе сердца, с сопутствующими заболеваниями	871	1,8
379	Угроза самопроизвольного аборта	805	1,8

Приложение 4 Распределение случаев лечения в рамках дневного лечения, согласно DRG по типам больниц

Код DRG	Наименование DRG	Кол-во случаев лечения	Доля случая лечения от всех случаев лечения, %
РЕГИОНАЛЬНЫЕ БОЛЬНИЦЫ			
0390	Операции на хрусталике глаза, краткосрочное лечение	2 987	23,3
2700	Прочие операции на коже и подкожной ткани, краткосрочное лечение	1 458	11,4
0550	Различные крупные операции на уши, нос, рот и горло, краткосрочное лечение	1 010	7,9
0600	Операции на глоточные и носоглоточные миндалины, краткосрочное лечение	942	7,3
0060	Вскрытие карпального канала, краткосрочное лечение	787	6,1
2220	Операции на колене, краткосрочное лечение	589	4,6
ЦЕНТРАЛЬНЫЕ БОЛЬНИЦЫ			
0390	Операции на хрусталике глаза, краткосрочное лечение	7 404	46,0
3640	Абразия полости матки, конизация шейки матки при доброкачественных опухолях, краткосрочное лечение	1 587	9,9
3810	Аборт, краткосрочное лечение	1 351	8,4
2700	Прочие операции на коже и подкожной ткани, краткосрочное лечение	986	6,1
1190	Лигирование и удаление вен, краткосрочное лечение	621	3,9
3590	Операции на матке и придатках при доброкачественных опухолях яичников или придатков, краткосрочное лечение	554	3,4
ОБЩИЕ БОЛЬНИЦЫ			
3640	Emaka abrasioon, emakakaela konisatsioon mittepahaloomuliste kasvujate korral, lühike ravi	1 157	15,9
3810	Аборт, краткосрочное лечение	1 073	14,7
0600	Операции на глоточных и носоглоточных миндалинах, краткосрочное лечение	980	13,4
2700	Прочие операции на коже и подкожной ткани, краткосрочное лечение	867	11,9
2220	Операции на колене, краткосрочное лечение	515	7,1
0550	Различные крупные операции на уши, нос, рот и горло, краткосрочное лечение	332	4,6

Приложение 5 Число электронных бланков в 2006–2012

Бланк	2006			2007			2008			2009			2010			2011			2012		
	входящие	исходящие	ИТОГО	входящие	исходящие	ИТОГО	входящие	исходящие	ИТОГО	входящие	исходящие	ИТОГО	входящие	исходящие	ИТОГО	входящие	исходящие	ИТОГО	входящие	исходящие	ИТОГО
E 001	124	17	141	164	18	182	169	20	189	126	20	146	209	13	222	230	20	250	371	46	417
E 101	167		167	210		210	228		228	229		229	1 064		1 064	2 488		2 488	2 759	1	2 760
E 104	545		545	265	625	890	100	603	703	221	760	981	127	624	751	149	516	665	227	777	1 004
E 106	38	164	202	51	206	257	124	215	339	115	230	345	123	1 006	1 129	317	2 090	2 407	374	2 225	2 599
E 107	91	98	189	249	33	282	273	39	312	243	25	268	488	37	525	695	19	714	219	159	378
E 108	11	6	17	25	21	46	49	62	111	87	27	114	99	105	204	200	87	287	193	160	353
E 109	11	1	12	7	2	9	4	2	6	9	4	13	9	6	15	8	3	11	13	2	15
E 112	1	8	9	15	1	16	58	3	61	35	30	65	15	33	48	59	74	133	1	101	102
E 115		2	2		11	11	3		3		25	25		36	36	4	54	58	3	116	119
E 116	1		1	10	10			1	1		11	11		27	27	3	52	55	4	114	118
E 117				3	3				0			0		3	3	3		3	21	1	22
E 118				6	6				0			0		4	4	5		5	11	1	12
E 121	91	45	136	103	62	165	86	85	171	56	76	132	266	179	445	74	119	193	92	151	243
E 123	1		1		21	21		53	53	1	41	42		54	54	6	45	51	0	41	41
E 125	1 349	2 547	3 896	2 222	3 769	5 991	2 472	4 622	7 094	3 997	5 261	9 258	3 637	5 950	9 587	5 192	8 072	13 264	5 490	5 697	11 187
E 126	115	330	445	121	310	431	137	363	500	156	475	631	112	344	456	84	435	519	95	432	527
E 127	11		11	9		9	29	452	481	89	1	90	463	629	1 092	668	349	1 017	514	1	515
КОККУ	2 556	3 218	5 774	3 441	5 098	8 539	3 732	6 520	10 252	5 364	6 986	12 350	6 612	9 050	15 662	10 185	11 935	22 120	10 387	10 025	20 412



The cover features a vibrant green background with abstract, overlapping curved shapes in various shades of green. Two prominent white curved lines, resembling stylized parentheses or brackets, frame the central text. The text is centered and reads:

Годовая
бухгалтерская
отчетность
2012

Баланс

Актив

В тысячах евро	31.12.2012	31.12.2011	Приложение
ОБОРОТНОЕ ИМУЩЕСТВО			
Деньги и их эквиваленты	204 300	203 577	2
Требования и предоплаты	79 929	74 107	3
Запасы	3	6	4
Итого оборотного имущества	284 232	277 690	
ОСНОВНОЕ ИМУЩЕСТВО			
Долгосрочные требования	656	501	5
Материальное основное имущество	575	806	6
Нематериальное основное имущество	0	1	6
Итого основного имущества	1 231	1 308	
АКТИВ, ИТОГО	285 463	278 998	

Пассив

В тысячах евро	31.12.2012	31.12.2011	Приложение
ОБЯЗАТЕЛЬСТВА			
Краткосрочные обязательства			
Задолженности и предоплаты	53 960	49 720	8
Всего краткосрочных обязательств	53 960	49 720	
Всего обязательств	53 960	49 720	
НЕТТО-ИМУЩЕСТВО			
Резервы	66 730	65 873	9
Прибыль за предыдущие периоды	162 548	153 791	
Прибыль в отчетном году	2 225	9 614	
Итого нетто-имущества	231 503	229 278	
ПАССИВ, ИТОГО	285 463	278 998	

Отчет о прибыли

В тысячах евро	2012	2011	Приложение
Часть социального налога, предназначенная для медицинского страхования, и взыскания с третьих лиц	777 526	726 470	10
Доходы от целевого финансирования	1 625	1 542	14
Расходы на целевое финансирование	-1 595	-1 486	14
Расходы на медицинское страхование	-772 003	-716 957	11
Брутто-прибыль	5 553	9 569	
Общие управленческие расходы	-6 581	-6 384	12
Прочие доходы от деятельности	2 739	4 340	
Прочие расходы на деятельность	-727	-584	
Прибыль от деятельности	984	6 941	
Финансовые доходы и расходы			
процентные и финансовые доходы	1 241	2 760	
финансовые расходы	0	-87	
Итого финансовых доходов и расходов	1 241	2 673	
ПРИБЫЛЬ ЗА ОТЧЕТНЫЙ ГОД	2 225	9 614	

Денежные потоки

В тысячах евро	2012	2011	Приложение
ДЕНЕЖНЫЕ ПОТОКИ ОТ ОСНОВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ			
Полученный социальный налог	772 090	725 633	
Счета, оплаченные поставщикам	-771 949	-717 139	
Выплаты работникам	-3 471	-3 244	
Налоги, выплаченные с расходов на рабочую силу	-1 189	-1 041	
Другие полученные доходы	5 418	7 429	
Итого денежных потоков от основной деятельности	899	11 638	
ДЕНЕЖНЫЕ ПОТОКИ ОТ ИНВЕСТИРОВАНИЯ			
Выплачено за основное имущество	-176	-251	
Получено за финансовые инвестиции	0	264 127	
Выплачено за финансовые инвестиции	0	-140 399	
Итого денежных потоков от инвестирования	-176	123 477	
НЕТТО-ИЗМЕНЕНИЕ ДЕНЕГ И БАНКОВСКИХ СЧЕТОВ			
	723	135 115	
Банковские счета и денежные эквиваленты на начало периода	203 577	68 462	2
Изменение денежных средств	723	135 115	
Банковские счета и денежные эквиваленты на конец периода	204 300	203 577	2

Отчет об изменениях в нетто-имуществе

В тысячах евро	2012	2011	Приложение
РЕЗЕРВЫ			
Резервы в начале года	65 873	65 873	
Отчисления в резерв по возрастающим рискам	857	0	
Резервы в конце года	66 730	65 873	9
ПРИБЫЛЬ ЗА ПРЕДЫДУЩИЕ ПЕРИОДЫ			
В начале года	163 405	153 791	
Отчисления в резерв по возрастающим рискам	-857	0	
Прибыль за отчетный год	2 225	9 614	
В конце года	164 773	163 405	
Нетто-активы в начале года	229 278	219 664	
Нетто-активы в конце года	231 503	229 278	

Приложения к годовому бухгалтерскому отчету

Приложение 1. Принципы расчета, используемые при составлении годового отчета

Годовой бухгалтерский отчет Больничной кассы Эстонии (далее – Больничная касса) за 2012 год был составлен, исходя из действующей в Эстонии доброй бухгалтерской традиции. Добрая бухгалтерская традиция – это бухгалтерская традиция, основывающаяся на признанных на международном уровне принципах учета и ведения отчетности, основные требования которой установлены Законом о бухгалтерском учете Эстонской Республики, которую дополняют инструкции службы бухгалтерского учета. Составители годового бухгалтерского отчета также исходили из общих государственных правил ведения бухгалтерского учета.

Хозяйственный год начался 1 января 2012 и закончился 31 декабря 2012. Все числовые показатели в годовом бухгалтерском отчете представлены в тысячах евро.

Схемы отчетности

В качестве отчета о прибыли используется установленная Законом о бухгалтерии схема 2 отчета о прибыли, структура статей которой изменена в соответствии с особенностями деятельности Больничной кассы.

Финансовые активы и обязательства

Финансовым имуществом считаются деньги, требования к возврату денег от покупателей и другие краткосрочные и долгосрочные требования. Финансовыми обязательствами считаются неоплаченные счета поставщикам, отложенные задолженности и

другие краткосрочные и долгосрочные долговые обязательства.

Финансовое имущество и обязательства учитываются изначально в стоимости приобретения, которой является справедливая ценность выплаченной или полученной платы за финансовое имущество и обязательства. Начальная стоимость приобретения включает в себя все расходы сделки, напрямую связанной с финансовым имуществом или обязательством.

Покупку и продажу финансового имущества отражают последовательно в день покупки-продажи, то есть в тот день, когда Больничная касса станет владельцем купленного финансового имущества или теряет право на владение проданного финансового имущества.

В балансе финансовые обязательства отражаются в корректируемой стоимости приобретения.

Финансовое имущество удаляется из баланса тогда, когда Больничная касса теряет право на денежные потоки, исходящие из данного финансового имущества, или передает третьей стороне право на денежные потоки и большинство рисков и благоприятных событий, связанных с финансовым имуществом. Финансовые обязательства удаляются из баланса тогда, когда они выполнены, закончены или устарели.

Деньги и денежные эквиваленты

Под деньгами и денежными эквивалентами подразумеваются деньги в банках. Отчет о денежных потоках составлен по прямому методу.

Отображение сделок, осуществляемых в иностранной валюте

При отображении сделок, зафиксированных в иностранной валюте, за основу берутся курсы валют Европейского Центрального Банка, действующие в день осуществления сделки. Монетарные финансовые активы и обязательства, а также немонетарные финансовые активы и обязательства, зафиксированные в иностранной валюте, которые отображаются по методу справедливой стоимости, по состоянию на день составления баланса пересчитываются в евро на основании курсов валют Европейского Центрального Банка, действующих в день составления баланса. Прибыль и убытки, полученная/понесенные от сделок с иностранной валютой, отображаются в отчете о прибыли в качестве доходов и расходов за учетный период.

Учет требований

Требования к покупателям включают в себя требования относительно проданных товаров и оказанных услуг и взыскания в части компенсаций по медицинскому страхованию, срок поступления которых наступает в следующем хозяйственном году. Требования, срок поступлений которых составляет более года, в т. ч. рассроченные налоговые требования в Налоговый и таможенный департамент, отображаются в качестве долгосрочных требований.

Требования относительно проданных товаров и оказанных услуг включают в себя требования по бланкам рецептов, проданных медицинским учреждениям и семейным врачам, требования, представленные в Министерство социальных дел за услугу обработки счетов за лечение, и предоставляемые в компетентные учреждения ЕС требования за оказанные медицинские услуги.

Вероятность поступления требований оценивается как минимум один раз в год по состоянию на дату составления баланса. Требования и выданные ссуды оцениваются индивидуально и отражаются в балансе по принципу консервативности, исходя из достоверно поступающих сумм. Востребованные к возврату суммы и выданные ссуды, поступление которых недостоверно, заносятся в расходы данного расчетного периода. Требования, ранее занесенные в расходы, которые поступили в расчетный период,

отражаются в уменьшении расходов за счет требований, поступление которых недостоверно.

Требования, для взыскания которых использование мер невозможно или использование методов финансово невыгодно, оцениваются как безнадежные и списываются с баланса.

Учет резервов

Резервы учитываются по стоимости приобретения и заносятся в расходы по методу FIFO. Резервы оцениваются в балансе, исходя из того, какая стоимость – стоимость приобретения или стоимость реализации в нетто – меньше.

Материальное основное имущество

Материальным основным имуществом считается имущество со сроком эксплуатации более 1 года, стоимость приобретения которого более 2000 евро. Имущество с меньшим сроком эксплуатации и меньшей стоимостью приобретения вносится в расход при приобретении.

Материальное основное имущество учитывается по стоимости приобретения и амортизируется по линейному методу, исходя из полезного времени деятельности. В стоимости земли амортизация не учитывается.

Были использованы следующие периоды амортизации (в годах):

- | | |
|----------------------------|-------|
| • строения и помещения | 10–20 |
| • инвентарь | 2–4 |
| • оборудование и установки | 3–5 |

Нематериальное основное имущество

Нематериальным основным имуществом считается идентифицированное не физической субстанцией имущество со временем использования более года, которое используется в деятельности и стоимость приобретения которого превышает 2000 евро. Нематериальное основное имущество учитывается в стоимости приобретения и амортизируется по линейному методу в течение 2–5 лет.

После приобретения расходы на материальное и нематериальное имущество вносятся, в общем



случае, в расходы учетного периода. Дополнительные расходы добавляются к стоимости нематериального основного имущества, если достоверным является то, что расходы в будущем создают возможность финансовой выгоды, которая больше изначально запланированной, и если эти расходы возможно достоверно оценить и связать с имуществом.

Целевое финансирование

В целевом финансировании отражаются целенаправленные, созданные на особых условиях, полученные и выплаченные платы, в случае которых плательщик целевого финансирования контролирует целенаправленное использование средств. В целевом финансировании не отражаются доходы или расходы, пока не будет подтверждения, что получатель пособия соответствует условиям целевого финансирования, и целевое финансирование действительно будет осуществлено.

При отображении целевого финансирования следует исходить из брутто-метода. Целевое финансирование отображается в качестве дохода в те периоды, в которые имеют место расходы, для компенсации которых предназначено целевое финансирование.

Учет доходов и расходов

Доходы и расходы описаны по принципу наращивания (правило бухгалтерского учета, когда доходы и расходы учитываются в момент проведения операции до получения или выплаты наличных денег). Доходы от процентов отображаются по такому же принципу.

Наиболее важными типами дохода Больничной кассы является часть социального налога, предназначенная для медицинского страхования. Часть социального налога, предназначенная для медицинского страхования, поступает из Налогового и таможенного департамента в виде еженедельных перечислений. Один раз в месяц Налоговый и таможенный департамент передает в Больничную кассу сальдо выплат, на основании которых в бухгалтерии составляется запись об увеличении или уменьшении доходов. Взыскания с других лиц отображаются при предъявлении требования юридическим или физическим лицам на основании закона или договора для компенсации причиненного Больничной кассе имущественного ущерба.

Учет аренды пользования и лизинга капитала

Лизингом капитала считается такое арендное отношение, в случае которого все важные, связанные с обладанием имущества риски и приобретения передаются арендатору. Остальные договоры аренды считаются арендой пользования. При классификации аренды на аренду пользования и лизинг капитала подразделения общественного сектора считают критерием, указывающим на лизинг капитала, также ситуации, перечисленные в статье 15 IPSAS 13 (Leases), в которых арендуемое имущество невозможно с легкостью заменить другим имуществом.

Арендванное на основе лизинга капитала имущество отражается в балансе как имущество и как обязательство в сумме справедливой оценки арендованного имущества. Выплачиваемая арендная плата делится на финансовые расходы и уменьшение обязательства. Финансовые расходы отражаются в течение арендного периода.

Выплаты аренды пользования отражаются в арендном периоде как линейные расходы.

Отчисления и обусловленные обязательства

Больничная касса образует отчисления по обязательствам, у которых время реализации или сумма не зафиксированы. При назначении суммы и времени реализации опираются на оценки руководящего состава или экспертов соответствующей отрасли.

Отчисления отображаются в том случае, если Больничная касса имеет юридические или обусловленные деятельностью обязательства, возникшие до дня расчета баланса, если реализация отчислений в виде расходов вероятна (более 50%), и размер отчислений можно определить достоверно.

Резерв по возрастающим рискам

Согласно статье 39 Закона о Больничной кассе Эстонии, формирование резерва по возрастающим рискам регулируется следующим образом

- Резерв по возрастающим рискам Больничной кассы – это формируемый из средств бюджета

Больничной кассы резерв, предназначенный для уменьшения рисков, притекающих из взятых на себя обязательств, связанных с системой медицинского страхования.

- Размер резерва по возрастающим рискам составляет 2% от объема бюджета Больничной кассы на медицинское страхование.
- Резерв по возрастающим рискам можно использовать решением совета Больничной кассы.

Обязательство по созданию резерва по возрастающим рискам существует у Больничной кассы с начала 1 октября 2002 года в связи с вступлением в силу Закона о медицинском страховании. По этому закону был изменен Закон о Больничной кассе Эстонии путем внесения в него параграфа 391.

Отчисление в резерв по возрастающим рискам формируется на основании решения совета после утверждения хозяйственного отчета, прошедшего аудиторскую проверку.

Резервный капитал

Согласно статье 38 Закона о Больничной кассе Эстонии, формирование резервного капитала регулируется следующим образом:

- Резервный капитал Больничной кассы – это формируемый из средств бюджета Больничной кассы резерв, предназначенный для уменьшения рисков, исходящих из макроэкономических изменений в системе медицинского страхования.
- Размер резервного капитала составляет 6% от объема бюджета. В резервный капитал каждый

год вносится не менее 1/50 от общего объема бюджета Больничной кассы и от перечислений части социальных налогов, предназначенной для медицинского страхования, до достижения или восстановления размера резервного капитала, установленного вышеприведенным законом.

- Резервный капитал можно использовать только в исключительном случае распоряжением Правительства Республики по предложению министра социальных дел. До предоставления предложения в Правительство Республики министр социальных дел должен выслушать мнение совета Больничной кассы.

Отчисление в резервный капитал формируется на основании решения совета после утверждения хозяйственного отчета, прошедшего аудиторскую проверку.

События, происходящие после дня расчета баланса

В годовом бухгалтерском отчете отражены важнейшие обстоятельства, влияющие на оценку средств и обязательств, которые выяснились в период времени между днем расчета баланса 31 декабря 2012 года и днем составления отчета, но при этом связаны со сделками, происходящими в отчетный период и более ранний период.

События, произошедшие после дня расчета баланса, которые не были учтены при оценке средств и обязательств, но которые существенно влияют на результаты следующего финансового года, публикуются в приложениях к годовому отчету.

Приложение 2. Деньги и их эквиваленты

В тысячах евро	31.12.2012	31.12.2011
Вклады до востребования	204 300	164 404
Срочные вклады	0	39 173
Итого денег и банковских счетов	204 300	203 577
Срочные вклады со сроком		
до 1 месяца	0	29 264
от 1 до 3 месяцев	0	9 909
Итого	0	39 173

Средства Больничной кассы хранятся на расчетных счетах, входящих в состав корпоративного счета государственной кассы Министерства финансов.

Приложение 3. Требования и предоплаты

В тысячах евро	31.12.2012	31.12.2011
Требования к покупателям	2 365	1 458
Требования, поступление которых маловероятно	-42	-28
Требование целевого финансирования*	44	55
Требования по возврату расходов на деятельность	1	3
Претензии к застрахованным на основании договора	17	19
Процентные требования	65	75
Требования по социальному налогу	77 125	72 454
Расходы, выплаченные предварительно за последующий период	354	71
Итого	79 929	74 107

* Требование целевого финансирования предъявляется Министерству социальных дел за финансирование лечения, связанного с искусственным оплодотворением.

Требование к возврату доли социальных налогов в размере 77 125 тысяч евро состоит из краткосрочных требований к Налоговому и таможенному департа-

менту за рассчитанную часть социальных налогов, идущую на медицинское страхование.

Приложение 4. Запасы

По состоянию на 31.12.2012 в запасниках Больничной кассы находятся бланки неиспользованных рецептов на сумму 3 тысячи евро (по состоянию на 31.12.2011 – 6 тысяч евро). Часть

средств, принадлежащих Больничной кассе, с балансовой стоимостью 2 тысячи евро (по состоянию на 31.12.2011 – 3 тысячи евро) находится у других лиц на хранении.

Приложение 5. Долгосрочные требования

Различные долгосрочные требования

В тысячах евро	31.12.2012	31.12.2011
Долгосрочное рассроченное требование к возврату платы к Налоговому и таможенному департаменту	303	145
Долгосрочная часть суммы, выплаченной Департаменту социального страхования за обновление помещений Пярнуского и Раплаского отделений	353	356
Итого	656	501

Приложение 6. Основное имущество

6.1. Материальное основное имущество

В тысячах евро			
Стоимость приобретения	Земля и строения	Прочий инвентарь	Всего
31.12.2010	384	1 856	2 240
Приобретенное основное имущество	0	204	204
Снято с учета	0	-237	-237
31.12.2011	384	1 823	2 207
Приобретенное основное имущество	38	7	45
Снято с учета	-10	-3	-13
31.12.2012	412	1 827	2 239
Аккумуляированный износ			
31.12.2010	217	1 088	1 305
Амортизация	21	312	333
Снято с учета	0	-237	-237
31.12.2011	238	1 163	1 401
Амортизация	21	251	272
Снято с учета	-6	-3	-9
31.12.2012	253	1 411	1 664
Остаточная стоимость			
31.12.2011	146	660	806
31.12.2012	159	416	575

6.2. Нематериальное основное имущество

В тысячах евро	
Стоимость приобретения	Приобретенные лицензии
31.12.2010	396
Приобретенное основное имущество	0
Снято с учета	-19
31.12.2011	377
Приобретенное основное имущество	0
Снято с учета	0
31.12.2012	377
Аккумуляированный износ	
31.12.2010	359
Амортизация	36
Снято с учета	-19
31.12.2011	376
Амортизация	1
Снято с учета	0
31.12.2012	377
Остаточная стоимость	
31.12.2011	1
31.12.2012	0

Приложение 7. Аренда

Аренда пользования

Подотчетная организация в качестве арендатора

Выплаты за аренду пользования отображены в отчете о прибыли в общей сумме 322 тысячи евро. Из этой суммы 25 тысяч евро было выплачено за аренду транспортных средств. На основании договоров аренды помещений было выплачено 297 тысяч евро.

Выплаты за аренду пользования отображены в отчете за 2011 год в сумме 326 тысяч евро. Из этой суммы 26 тысяч евро было выплачено за аренду

транспортных средств, и 300 тысяч евро было выплачено за аренду помещений на основании договоров аренды.

Минимальные обязательства, связанные с арендными выплатами, от непрерывных договоров аренды распределяются следующим образом:

В тысячах евро	2013	2012
Менее 1 года	113	131
1–5 лет	34	42
Итого минимальных арендных выплат	147	173

Приложение 8. Задолженности и предоплаты

8.1. Задолженности поставщикам

В тысячах евро	31.12.2012	31.12.2011
Неоплаченные счета медицинским учреждениям	39 256	35 467
Неоплаченные счета аптекам за лекарства, отпущенные по льготным рецептам	5 916	5 361
Неоплаченные счета другим поставщикам за компенсации медицинского страхования	5 811	5 928
Другие неоплаченные счета поставщикам	608	429
Итого	51 591	47 185

8.2. Долги по оплате

В тысячах евро	31.12.2012	31.12.2011
Подоходный налог физических лиц	1 581	1 797
Социальный налог	233	225
Подоходный налог за исключительные льготы	4	4
Плата за страхование безработицы	14	15
Обязательные выплаты пенсионного страхования	4	3
Итого	1 836	2 044

Долг за подоходный налог физических лиц включает в себя подоходный налог, удержанный из компенсации по нетрудоспособности застрахованных, размер которого составляет 1533 тысячи евро (по состоянию на 31.12.2011 – 1747 тысяч евро).

Долг по социальным налогам составляет невыплаченный социальный налог, рассчитанный из отпусков работников, в размере 48 тысяч евро (по состоянию на 31.12.2011 – 49 тысяч евро).

8.3. Другие задолженности

В тысячах евро	31.12.2012	31.12.2011
Задолженности подрядчикам	416	400
Другие задолженности	92	80
Полученные предоплаты	25	11
Итого	533	491

В графе полученных предоплат отображается остаток предоплаты в рамках проекта «Moldova»,

финансируемого Министерством иностранных дел, который необходимо вернуть в 2013 году.

Приложение 9. Резервы

В тысячах евро	31.12.2012	31.12.2011
Резервный капитал	51 147	51 147
Резерв по возрастающим рискам	15 583	14 726
Итого резервов	66 730	65 873

По состоянию на конец 2011 года сумма резерва по возрастающим рискам Больничной кассы составляла 14 726 тысяч евро. В 2012 году требуемый размер резерва по возрастающим рискам составил 15 583

тысячи евро. Для того чтобы достичь уровня, требуемого законом, в 2012 году в резерв по возрастающим рискам было переведено 857 тысяч евро.

Приложение 10. Доходы от основной деятельности

В тысячах евро	2012	2011
Часть социальных налогов, идущая на медицинское страхование	776 919	725 580
Взыскания с других лиц	607	890
Итого	777 526	726 470

Приложение 11. Расходы на медицинское страхование

В тысячах евро	2012	2011
Компенсации за медицинские услуги	563 944	522 525
в т.ч. профилактика заболеваний	6 854	6 528
общая медицинская помощь	70 212	66 108
специализированная медицинская помощь	450 472	417 017
восстановительное лечение	17 538	14 816
стоматологическое лечение	18 868	18 056
Расходы на пропаганду здорового образа жизни	814	806
Расходы на компенсацию за лекарства	98 967	91 465
Расходы на компенсацию по временной нетрудоспособности	84 265	80 770
Прочие денежные компенсации	9 136	8 295
Прочие расходы на медицинское страхование*	14 877	13 096
в т.ч. компенсации за медицинские услуги, исходящие из внешних договоров	7 190	8 210
компенсация за вспомогательные медицинские средства	7 687	4 886
Итого расходов на медицинское страхование	772 003	716 957

*Расходы в 2012 году отличаются от показанного выполнения бюджета в соответствующем ряду, так как в бюджете в разделе расходов отражается также целевое финансирование из государственного бюджета в размере 1572 тысяч евро (2011 год – 1461 тысяча евро).

Приложение 12. Общие административные расходы

В тысячах евро	2012	2011
Расходы на персонал и управление	4 645	4 380
Зарплата	3 460	3 262
в т.ч. зарплата членам правления	153	139
Страхование безработицы	45	44
Социальный налог	1 140	1 074
Административные расходы	1 012	1 011
Расходы на инфотехнологии	773	834
Расходы на развитие	151	159
Итого общих административных расходов	6 581	6 384

Число работников Больничной кассы	2012	2011
Члены правления	2	3
Руководители	18	15
Ведущие специалисты	33	36
Специалисты средней ступени	152	154
Вспомогательный персонал	5	5
Итого среднее число работников, поделенное на полное рабочее время	210	213

В строке с указанием общей суммы выплат членам правления, сделанных в 2012 году, отображена результативная зарплата в 8 тысяч евро, которая будет выплачена в следующем, 2013 году, после решения, принятого советом.

Приложение 13. Сделки сопряженных участников

Сопряженными участниками являются члены правления, совета и связанные с ними организации.

Сделки сопряженных участников в 2012 году

В тысячах евро				
Организация	Покупка	Продажа	Обязательство 31.12.12	Требование 31.12.12
Целевое учреждение «Tallinna Koolitervishoid»	930	0	0	0
Общество с ограниченной ответственностью «Eesti Diabeedikeskus»	238	0	19	0
Акционерное общество «Fertilitas»	1 717	0	128	0
Целевое учреждение государственных инфокоммуникаций	23	0	2	0
Целевое учреждение «Pärnu Haigla»	20 695	12	1 648	0
Акционерное общество «Ida-Tallinna Keskhaigla»	58 794	2	3 310	0

Сделки связанных сторон в 2011 году

В тысячах евро				
Организация	Покупка	Продажа	Обязательство 31.12.12	Требование 31.12.12
Целевое учреждение «Eesti E-tervis»	2	0	0	0
Целевое учреждение «Põhja-Eesti Regionaalhaigla»	100 061	9	7 693	0
Общество с ограниченной ответственностью «Eesti Diabeedikeskus»	265	0	57	0

В случае окончания срока действия договоров с членами правления им выплачивается компенсация в размере трехмесячной зарплаты.

Ставки зарплат членов правления приведены в приложении 12.

Приложение 14. Целевое финансирование

Компенсация расходов на лекарства, связанных с процедурой искусственного оплодотворения, и оплата лечебному учреждению медицинских услуг по лечению бесплодия застрахованного лица на основании части 5 § 351 Закона об искусственном оплодотворении и защите эмбриона осуществляются на основании договора, в отношении которого осуществляется целевое финансирование со стороны Министерства социальных дел.

На основании части 8 §25 постановления № 8 от 21 января 2010 года Правительства Республики «Условия и порядок развития и предоставления гуманитарной помощи» Министерство иностранных дел заключило с Больничной кассой договор о поддержке развития системы медицинского страхования в Молдове.

Расходы, связанные с целевым финансированием

В тысячах евро	2012	2011
Компенсация за лекарства застрахованным лицам, использующим услугу искусственного оплодотворения	903	883
Финансирование лечения бесплодия в соответствии с медицинскими услугами	669	578
Проект «Moldova»	23	25
Итого	1 595	1 486

Доходы от целевого финансирования

В тысячах евро	2012	2011
Компенсация за лекарства застрахованным лицам, использующим услугу искусственного оплодотворения	903	883
Финансирование лечения бесплодия в соответствии с медицинскими услугами	669	578
Средства на осуществление государственной стратегии предотвращения раковых заболеваний	30	23
Финансирование проекта перехода на евро	0	33
Проект «Moldova»	23	25
Итого	1 625	1 542

Расходы на целевое финансирование, связанные с выделением средств на государственную стратегию предотвращения раковых заболеваний, отобра-

жены в числе расходов на профилактику заболеваний, а расходы на проект «Moldova» отображены в расходах на деятельность Больничной кассы. ■



KPMG Baltics OÜ
Narva mnt 5
Tallinn 10117
Estonia

Telephone +372 6 268 700
Fax +372 6 268 777
Internet www.kpmg.ee

ОТЧЕТ НЕЗАВИСИМОГО ПРИСЯЖНОГО АУДИТОРА (Перевод с эстонского оригинала)

Совету правления Eesti Haigekassa

Нами проведен аудит годового бухгалтерского отчета Eesti Haigekassa, который включает в себя баланс по состоянию на 31 декабря 2012, отчет о прибыли, отчет об изменениях собственного капитала и отчет о денежных потоках хозяйственного года, закончившегося приведенного выше числа, свод основных учетных принципов, применяемых при составлении годового отчета, а также прочие поясняющие приложения. Аудированный годовой бухгалтерский отчет представлен на страницах с 86 по 98.

Обязанность правления при составлении годового бухгалтерского отчета

Правление несет ответственность за составление годового бухгалтерского отчета, за его обоснованное и достоверное представление в соответствии с добрыми бухгалтерскими традициями, действующими в Эстонии, а также за такую систему внутреннего контроля, которую правление считает необходимой для составления годового бухгалтерского отчета, не содержащего существенных искажений, вызванных обманом или ошибками.

Обязанность присяжного аудитора

Нашей обязанностью является выражение мнения о годовом бухгалтерском отчете на основании проведенного аудита. Аудит был проведен в соответствии с международными стандартами аудита (Эстония). Данные стандарты требуют проведения аудита в соответствии с правилами этики, требуют планировать и проводить аудит таким образом, чтобы получить обоснованную уверенность в том, что годовой бухгалтерский отчет не содержит существенных искажений.

Аудит включает в себя проведение процедур, необходимых для сбора доказательного материала аудита о представленных в годовом бухгалтерском отчете числовых данных и опубликованной информации. Количество и содержание этих процедур зависят от решений аудитора, в том числе от оценки риска того, что годовой бухгалтерский отчет может содержать существенные искажения вследствие обмана или ошибки. При планировании соответствующих аудиторских процедур аудитор, при оценке этих рисков, учитывает систему внутреннего контроля, внедренную с целью обоснованного и достоверного составления и представления годового бухгалтерского отчета, однако, не для того, чтобы высказать мнение об эффективности внутреннего контроля. Аудит охватывает также и оценку уместности применяемых принципов учета, обоснованность бухгалтерских оценочных суждений, данных правлением, и оценку общего способа представления годового бухгалтерского отчета.

Мы полагаем, что собранный в ходе аудита доказательный материал является достаточным и соответствующим для выражения нашего мнения.

Мнение

По нашему мнению, вышеназванный годовой бухгалтерский отчет отражает в существенной части достоверно финансовое положение Eesti Haigekassa по состоянию на 31 декабря 2012, финансовые результаты и денежные потоки завершившегося этого числа хозяйственного года в соответствии с добрыми бухгалтерскими традициями, действующими в Эстонии.

Таллинн, 28. Марта 2013.

Taivo Erner
Присяжный аудитор, профессиональное свидетельство № 167

KPMG Baltics OÜ
Разрешение на деятельность № 17
Нарва мнт. 5, Таллин

Подписи на отчете за хозяйственный год

Правление Больничной кассы Эстонии составило отчет за 2012 хозяйственный год.

Отчет за хозяйственный год состоит из отчета о деятельности и бухгалтерского годового отчета, к которым прилагается отчет независимого присяжного аудитора.

Правление
28.03.2013

Танель Росс
Председатель правления



Мари Маттисен
Член правления



Кулдар Куремаа
Член правления

