



Символом Больничной кассы является черепаха.

Почему черепаха символизирует медицинское страхование или Больничную кассу?

Во многих культурах черепаха является символом создания Мира и означает долголетие и упорство в достижении целей. Над черепахой посмеиваются из-за ее медлительности, но ведь медицинское страхование и является консервативной сферой. Движение вперед обдуманное и неуклонное, символизируя надежность Больничной кассы и всей системы. Панцирь защищает черепаху от неожиданных опасностей. Это чувство защищенности Больничная касса желает предложить своим страхователям.



Eesti
Haigekassa

Отчет
за хозяйственный год
Больничной кассы
Эстонии

Наименование:	Больничная касса Эстонии
Регистрационный код:	74000091
Адрес:	Lembitu 10, Tallinn 10114
Телефон:	+372 620 8430
Факс:	+372 620 8449
Э-почта:	info@haigekassa.ee
Сайт:	www.haigekassa.ee
Начало бюджетного года:	1 января 2013 г.
Конец бюджетного года:	31 декабря 2013 г.
Основная сфера деятельности:	государственное медицинское страхование
Правление:	Танел Росс (председатель) Мари Матизен Кулдар Куремаа
Аудитор:	KPMG Baltics OÜ

Содержание

Обращение правления – 2013 год в медицинском страховании Эстонии	2
Отчет о деятельности	6
Стратегические цели и их выполнение	9
Карта результативности	10
Семейный врач является первичным консультантом пациента в системе здравоохранения	12
В договорах финансирования лечения главное место отводится качеству лечения, развитию э-услуг и обеспечению доступности услуг	15
Клинический аудит оказывает влияние на качество лечения пациента	17
Возможности получения лечения за пределами Эстонии расширились	19
В увеличении прозрачности системы важное значение имеет вовлечение заинтересованных групп в процессы принятия решений	21
Качественное лечение должно быть доступно всем в равной степени	23
Передовые ИТ-решения являются важной частью системы медицинского страхования	25
Оценки жителей играют большую роль при постановке стратегических целей Больничной кассы.	27
Мотивированные работники – это ключ к нашему устойчивому развитию	29
Отчет о выполнении бюджета	31
Количество застрахованных	33
Доходы	36
Расходы	38
Расходы медицинского страхования	38
1. Услуги здравоохранения	38
2. Развитие здоровья	70
3. Компенсируемые лекарства для застрахованных	72
4. Компенсации временной нетрудоспособности	77
5. Прочие денежные компенсации	84
6. Прочие расходы	87
Расходы на деятельность Больничной кассы	92
Резервный капитал	94
Резерв под риск	94
Нераспределенная прибыль	94
Годовой бухгалтерский отчет	95
Баланс	96
Отчет о прибыли	97
Денежный оборот	97
Отчет об изменениях нетто-имущества	98
Приложения к годовому бухгалтерскому отчету	99
Подписи отчета за хозяйственный год	112
Отчет независимого присяжного аудитора	113



Танел Росс

Мари Матизен

Кулдар Куремаа

Обращение правления – 2013 год в медицинском страховании Эстонии

2013 год был для Больничной кассы результативным и трудовым для всей организации. В первом полугодии мы существенно обновили программу развития Больничной кассы, в которой определили важные цели на последующие годы. Программа развития является исходным пунктом нашей работы и ставит четкие ориентиры, как нам планировать ресурсы в течение следующих четырех лет и чего мы желаем достигнуть. Наши действия запланированы исходя из программы развития.

Цель – обеспечить людям необходимые медицинские услуги

Главной целью Больничной кассы является обеспечение застрахованным лицам доступности качественных и необходимых компенсаций медицинского страхования.

Одним из важных приоритетов в этой части является обеспечение устойчивого развития первичного уровня – для застрахованных лиц услуга семейного врача должна быть доступной и качественной. Если на первичном уровне будет возможно предложить пациентам достаточно консультирования, диагностики и эффективной координации лечебного процесса, то в специальной медицинской помощи можно будет сосредоточиться на деятельности, имеющей добавленную стоимость, для чего и созданы больницы. Роль первичного уровня мы повышаем через мотивирующее финансирование, постоянное совершенствование услуг и создание дополнительных возможностей для семейных врачей.

Из прошлого года можно привести в качестве одной из возможностей финансирование второй семейной сестры, необходимость этого подтвердилась значительным увеличением использования этой услуги по сравнению с прогнозом. Семейная сестра ведет прием самостоятельно или вместе с семейным врачом, оказывает сестринскую помощь, которая заключается в консультировании и инструктаже пациентов, оказании практической помощи семейному врачу и проведении медицинского контроля, наблюдении пациентов с хроническими заболеваниями и консультировании по вирусным заболеваниям.

Важное значение имеет также внедрение и развитие услуги э-консультирования. С начала года в перечень услуг здравоохранения добавились э-консультация по специальностям урологии и эндокринологии, в течение года совместно с Союзом семейных врачей обсуждалось добавление и других специальностей, и с 2014 года семейные врачи могут электронным способом консультироваться с пульмонологом, ревматологом и лор-врачом. Это дает семейным врачам дополнительные возможности для консультирования с врачами-специалистами и обеспечивает пациенту удобную услугу и возможность быстрее приступить к лечению.

В специальной медицинской помощи следует отметить процесс обновления перечня услуг здравоохранения. Предложений и ожиданий в части финансирования услуг всегда больше, чем позволяет бюджет медицинского страхования, поэтому к рассмотрению предложений об изменениях в списке следует подходить с ответственностью и основательно. В действующем с начала 2013 года перечне услуг здравоохранения были продлены часы приема врачей-специалистов, чтобы врач мог уделить достаточно времени каждому пациенту. Новые возможности лечения добавились в ортопедии, химиотерапии и восстановительном лечении. Положительно также то, что мы смогли увеличить количество эндопротезирований и уменьшить очереди на лечение.

В течение прошлого года в сотрудничестве со многими союзами врачей-специалистов (психиатрия, неврология, нейрохирургия, кардиохирургия) мы обновили перечень услуг по соответствующей специальности в целом. Это потребовало усилий многих специалистов и больничных финансистов параллельно с их повседневной работой, в результате чего с 2014 года указанные специальности в перечне наших услуг существенно обновлены с учетом изменений в доказательственных стандартах лечения, которые помогают обеспечить пациентам лучший результат лечения.

Прогнозируемое к 2014 году увеличение поступления социального налога и вытекающий из этого рост бюджета Больничной кассы дали нам в прошлом году возможность запланировать для застрахованных лиц с помощью наших партнеров дополнительные возможности почти во всех сферах, финансируемых Больничной кассой. Увеличение финансовых возможностей приносит положительные результаты, в то же время, мы с полной серьезностью относимся к обязанности управлять бюджетом Больничной кассы эффективно и жизнеспособно.

Исходя из этого, в прошлом году бюджет Больничной кассы на данный период был запланирован так, чтобы во всех сферах были обеспечены лучшие доказательственные и затратоэффективные возможности для современных компенсаций медицинского страхования.

В прошлом году для изменения перечня услуг здравоохранения было подано более ста ходатайств как в части изменения цен, так и в части добавления новых услуг, из которых совет Больничной кассы в конце года одобрил 59 ходатайств. Кроме того, в перечне были изменены предельные цены на услуги здравоохранения исходя из заключенного коллективного соглашения. Впервые было возможно добавить в перечень много новых услуг, что значительно расширяет количество и содержание услуг, предлагаемых застрахованным лицам.

Кроме услуг здравоохранения целью Больничной кассы является обеспечить поддержку при покупке необходимых лекарств и медицинских устройств. Из медицинских устройств в прошлом году начали компенсировать инъекционные иглы для инсулинозависимых, были расширены условия компенсации тест-полосок для глюкометра, ортезов и бинтов. В прошлом году были также подготовлены решения, на основании которых с 2014 года в перечень добавлены также специальные одноразовые колющие устройства, которые больные диабетом применяют для забора крови, чтобы определить содержание сахара. Таким образом, больным диабетом кроме лекарств компенсируются и все необходимые для наблюдения средства.

В сфере лекарств мы обсудили тему инновативных механизмов компенсации. Исходя из все возрастающей стоимости лекарств и неизбежно сопутствующих рисков, что некоторым пациентам они не подходят или не действуют, мы видим необходимость внедрить т.н. схемы разделения рисков. Это означает, что в случае, если лекарство не подходит, то его стоимость выплачивает производитель лекарства. В прошлом году такие схемы были подготовлены относительно трех новых лекарств, которые мы начали компенсировать в 2014 году. В дальнейшем мы будем следить, как такие платежные схемы работают на практике, и продолжим их развитие.

Важно отметить, что благодаря успешной информационной работе постоянно уменьшается собственное участие людей в покупке рецептурных лекарств. Все больше лекарств покупается исходя из действующего вещества, так что люди не тратят деньги попусту, и это помогает также улучшить последовательность лечения, что в свою очередь содействует улучшению здоровья населения.

Из действий, ориентированных на застрахованных лиц, стоит отметить еще внедренную в конце прошлого года директиву Европейского союза, по которой были созданы дополнительные возможности для застрахованных лиц для получения услуги здравоохранения в другой стране Европейского союза. Целью директивы было также обеспечить безопасность и качество трансграничных услуг здравоохранения и способствовать трансграничному сотрудничеству в этой сфере. Для реализации директивы мы ввели некоторые организационные и процедурные изменения, чтобы был обеспечен надлежащий процесс рассмотрения компенсаций. Больше значение мы придаем также информированию людей о расширении возможностей лечения.

Партнеры

В связи с окончанием договорного периода больниц и партнеров Больничной кассы в рамках плана развития больничной сети в 2013 году большое значение в отношении партнеров имела подготовка нового договорного периода финансирования лечения, которым Больничная касса основательно занималась в течение всего прошлого года почти на всех уровнях.

Новые общие условия договора составлены с учетом того, чтобы они отражали приоритеты в предложении качественных медицинских услуг, обеспечении доступности услуг и внедрении эффективной инфосистемы здоровья, исходя из интересов застрахованных лиц. Мы также подготовили переход с нового года на новую систему администрирования партнерами Больничной кассы. Прежде региональные отделения Больничной кассы заключали с больницами отдельные договоры для обслуживания застрахованных лиц своего региона, теперь каждое медицинское учреждение имеет с Больничной кассой один договор и одного управляющего со стороны Больничной кассы.

Для планирования объемов договоров были составлены подробные принципы географической доступности, и оценка спроса у слуг была поставлена на единые, точные методические основы.

Для организации, финансирующей услуги здравоохранения, оценка качества услуг и предложения по улучшению играют очень большую роль в работе Больничной кассы. Для этого доверенные врачи Больничной кассы проанализировали в течение года на основании лечебных документов более 12 000 случаев лечения, оказанного нашими партнерами. На основании анализа мы систематически даем партнерам обратную связь. Мы также заказали у признанных экспертов 5 клинических аудитов, на основании которых составляются планы мер по дальнейшим действиям. Чтобы создать единые и четкие рамки для проведения аудитов, мы совместно с медицинским факультетом Тартуского университета составили справочник клинических аудитов Эстонии. В дальнейшем мы планируем вкладывать также в повышение компетентности аудиторов, чтобы поддержать создание сети компетентных аудиторов и перевести проведение аудитов на единые стандарты высокого качества.

В 2013 году в сотрудничестве с медицинским факультетом Тартуского университета на основании справочника по составлению медицинских инструкций были обновлены 3 эстонских медицинских инструкции, которые будут подготовлены в течение 2014 года. Кроме того, с одобрения Совета по медицинским инструкциям было начато составление еще трех медицинских инструкций с привлечением представителей различных специальностей и объединений пациентов.

В развитии качества здравоохранения мы придаем большое значение созданию комплексной системы качества и ее внедрению в здравоохранение Эстонии. Исходя из этой цели, в конце прошлого года в сотрудничестве с медицинским факультетом Тартуского университета был создан совет по индикаторам качества лечения. Целью деятельности совета является постоянное улучшение качества оказываемых пациентам услуг здравоохранения путем разработки принципов и методики для выбора характеризующих качество лечения индикаторов, поддерживающих развитие комплексной системы качества в здравоохранении Эстонии, одновременно одобряя учитывающие местные условия доказательственные клинические индикаторы, которые следует внедрить.

Наш вклад в развитие системы здравоохранения

Деятельность Больничной кассы согласована с государственными целями политики в сфере здравоохранения и поддерживает их. Являясь одной из основных организаций, финансирующей систему здравоохранения, в постановке целей политики в сфере здравоохранения и поддержке функционирования и развития системы мы желаем быть активным партнером и консультантом для всех сторон, связанных со здравоохранением.

В 2013 году мы активно участвовали в мероприятиях соглашения о сотрудничестве доброй воли более чем с двадцатью сторонами и внесли свой вклад в исполнение заключенного с работниками здравоохранения коллективного договора.

Эксперты Больничной кассы своими предложениями дополнили как реформу страхования на случай нетрудоспособности, так и создание регистра работы. Мы вносили также предложения в процессе развития больничной сети.

Бесперебойно работающая современная инфотехнологическая инфраструктура значительно содействует повышению качества лечения и рациональному использованию ресурса медицинского страхования. Мы заключили с целевым фондом э-здоровья договор сотрудничества, согласно которому мы в ближайшие годы планируем внести большой совместный вклад в развитие э-услуг системы здравоохранения. Обеспечение надежности работы центра диги-рецептов, который перешел под ответственность Больничной кассы в 2013 году, и определение направлений дальнейшего развития также занимали важное место.

Хорошо работающая организация помогает достичь целей и обеспечить клиентам наилучшие услуги.

Для обеспечения мотивации работников Больничной кассы и веры в свои ценности в глазах работодателя, а также конкурентоспособности работников Больничной кассы на рынке заработной платы, мы в прошлом году в сотрудничестве с фирмой по поиску персонала Fontes модернизировали систему заработной платы Больничной кассы Эстонии.

Мы изменили управление результатом таким образом, что все риски, влияющие на деятельность организации, описаны на основе процессов вместе с деятельностью по уменьшению рисков. Это дает возможность больше их учитывать при планировании дальнейших действий.

Высокий уровень обслуживания клиентов является одним из важнейших факторов, влияющих на осведомленность людей и удовлетворение системой медицинского страхования. Поэтому мы постоянно анализируем качество нашего обслуживания и прилагаем усилия для дружелюбного и результативного обслуживания клиентов. Результаты проводимого среди эстонских предприятий определения индекса обслуживания клиентов в прошлом году показали, что у нас уровень обслуживания клиентов является одним из лучших в публичном секторе.

Группа аудиторов Bureau Veritase проводила аудит нашей системы управления и в прошлом году. Мы получили подтверждение, что система управления Больничной кассы соответствует требованиям стандарта систем управления ISO 9001:2008.

Новые действия в 2014 году

Основными приоритетами в 2014 году для улучшения обслуживания клиентов и разработки измерителей для постоянного отслеживания уровня обслуживания является комплексный обзор сферы обслуживания клиентов; унифицированный порядок отслеживания очередей на лечение, чтобы можно было однозначно оценить как фактическую очередь, так и потребность в денежных ресурсах на ее покрытие; обновление условий договоров общей медицинской помощи аналогично проведенному в прошлом году обновлению, больше концентрируясь на качестве услуг. В части э-услуг целью является поддержка окончательного внедрения электронного листка нетрудоспособности и дальнейшего развития инфосистемы здоровья. ■

Танел Росс
председатель правления

Мари Матизен
член правления

Кулдар Куремаа
член правления

Отчет о деятельности

Система медицинского страхования

Центральное место в системе здравоохранения Эстонии занимает организуемая публично-правовой Больничной кассой солидарная система медицинского страхования. Больничная касса оплачивает услуги здравоохранения людей, имеющих медицинское страхование Эстонии, финансирует приобретение лекарств и медицинских вспомогательных средств, выплачивает различные денежные компенсации. Для оказания услуг здравоохранения заключаются договоры с семейными врачами и медицинскими учреждениями. При покупке услуг и заключении договоров учитываются потребности застрахованных лиц и целесообразное использование денег медицинского страхования. В управление медицинскими учреждениями Больничная касса не вмешивается, таким образом обеспечивается объективность финансирования.

Система медицинского страхования финансируется из социального налога. В Эстонии применяется солидарная система медицинского страхования: все люди, имеющие медицинское страхование, получают одинаковую медицинскую помощь, независимо от размера их денежного вклада, персональный риск здоровья или возраст.

Система медицинского страхования Эстонии соблюдает международно признанные принципы:

- медицинским страхованием должна быть покрыта как можно большая часть населения;
- масштаб медицинского страхования должен быть максимальным, т. е. солидарное медицинское страхование предлагает максимально масштабный, комплексный и современный пакет;
- медицинское страхование должно быть достаточно глубоким, чтобы обеспечить оптимальность собственного участия человека от всех медицинских расходов и защищать человека от риска бедности.

Нынешняя система медицинского страхования, обеспечивающая солидарность и региональное равенство, действует с 2002 года, когда вступил в силу новый закон о медицинском страховании.

Роль Больничной кассы

Основная роль Больничной кассы – обеспечить застрахованным лицам бесперебойную доступность различных компенсаций медицинского страхования, в т. ч. медицинской помощи, лекарств, медицинских устройств, а также возмещения по временной нетрудоспособности, лечения зубов и прочих денежных компенсаций. Кроме того, целью является содействие укреплению здоровья и повышение качества услуг здравоохранения.

При оказании услуг, соответствующих потребностям застрахованных лиц, и обеспечении равной региональной доступности диагностики и лечения Больничная касса выступает в роли покупателя, беря на себя обязательство оплаты услуги за застрахованного человека. Вместо пассивного плательщика Больничная касса выступает в роли стратегического покупателя.

При стратегической покупке мы исходим из рамок Закона о медицинском страховании, и при покупке услуг здравоохранения здесь можно говорить о следующих возможностях:

- выбор услуг здравоохранения, т. н. пакет финансируемых услуг медицинского страхования;
- формирование цен на услуги здравоохранения;
- условия договора финансирования лечения и положения правовых актов;
- выбор договорных партнеров и переговоры об объеме договора;
- контроль обоснованности финансирования.

Миссия Больничной кассы – организовать медицинское страхование так, чтобы были обеспечены равное обращение в отношении застрахованных лиц и своевременная доступность соответствующих потребности качественных затратоэффективных услуг здравоохранения, медицинских устройств, лекарств и денежных компенсаций.

Видение Больничной кассы – обеспечить людям чувство защищенности при возникновении и решении проблем со здоровьем.

Основные ценности Больничной кассы:

- прогрессивность – мы ориентированы на постоянное и устойчивое развитие, условием которого являются компетентные, лояльные и нацеленные на результат работники;
- забота – мы открыты и дружелюбны, принимаем решения, считаясь с другими, и прозрачно;
- сотрудничество – создаем доверительную атмосферу внутри организации и в отношениях с партнерами и клиентами.

Организация и управление

Высшим органом Больничной кассы является совет, в который входит 15 членов. 5 из них представляют организации работодателей, 5 – объединения застрахованных лиц и 5 – государственную власть. Советом руководит министр социальных дел. Больничной кассой руководит правление, состоящее из трех членов. По состоянию на 31.12.2013 г. в Больничной кассе работало 211 работников.

Задачей Больничной кассы в достижении целей медицинского страхования являются оценка потребности в медицинской помощи, модернизация пакета медицинского страхования, планирование бюджета, обеспечивающего доступность компенсаций медицинского страхования, и заключение договоров с медицинскими учреждениями об оказании медицинских услуг, обеспечивая оказание необходимых услуг. Для лучшего использования ресурсов в интересах застрахованных лиц Больничная касса сотрудничает со всеми партнерами системы здравоохранения.

Больничная касса проверяет на основании закона целенаправленность использования денег медицинского страхования, в т. ч. качество и обоснованность купленных услуг. Для этого мы проверяем счета и документы на лечение, в течение года мы проверяем около 12 000 историй болезни и медицинских карт. Поддерживаем составление медицинских инструкций и заказываем клинические аудиты. Мы внедрили систему платы за качество семейным врачам, цель которой обеспечить по всей Эстонии на общих основаниях профилактику болезней и качество наблюдения хронических заболеваний на первичном уровне, то есть семейными врачами и семейными сестрами.

Больничная касса финансирует развитие здоровья и профилактику болезней на основании Закона о медицинском страховании через целевые проекты, взяв за основу как одобренную правительством программу развития здоровья населения, так и программу развития Больничной кассы. Согласно анализу потерянных из-за груза болезней лет жизни самую большую потерю здоровья вызывают сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные опухоли, травмы и отравления. Все они влияют на расходы Больничной кассы на услуги здравоохранения, лекарства и выплату пособий по нетрудоспособности. Часть из них можно избежать или уменьшить причиняемый ими ущерб путем укрепления здоровья и профилактической работы. ■

Обзор наиболее важных показателей Больничной кассы дает таблица 1 (см. стр. 8).

Таблица 1. Важнейшие показатели 2009-2013 гг.

	2009	2010	2011	2012	2013	Изменение по сравнению с 2012 годом
Количество застрахованных в конце года	1 276 366	1 256 240	1 245 469	1 237 104	1 231 203	0%
Доходы (тысяч евро)	730 501	694 438	735 112	783 131	836 892	7%
Медицинские страхования (тысяч евро)	764 336	693 377	718 418	773 575	830 419	7%
Расходы Больничной кассы на деятельность (тысяч евро)	6 842	6 888	7 080	7 331	7 937	8%
Доля расходов медицинского страхования от ВВП (%)	5,5	4,8	4,4	4,4	4,5	2
Показатели услуг здравоохранения						
Количество застрахованных, воспользовавшихся специальной медицинской помощью)	800 578	797 048	807 875	795 581	796 698	0%
Среднее пребывание на лечении в днях	6,1	6,1	6,0	6,1	6,0	-2%
Доля неотложной помощи от расходов на специальную медицинскую помощь (%)						
в амбулаторном лечении	17	18	18	17	17	0%
в дневном лечении	9	9	7	8	8	0%
в стационарном лечении	67	67	64	66	64	-2%
Средняя стоимость случая специальной медицинской помощи (евро)						
в амбулаторном лечении	44	43	45	52	57	10%
в дневном лечении	449	404	371	435	456	5%
в стационарном лечении	1 011	982	1 008	1 124	1 178	5%
Приемов семейного врача на 1000 застрахованных	3 895	3 831	4 228	4 364	4 302	-1%
Направления на лечение за рубеж и компенсации, вытекающие из правовых актов ЕС (тысяч евро)	4 352	3 810	8 210	7 193	7 847	9%
Показатели компенсаций лекарств						
Количество льготных рецептов	6 435 700	6 689 886	6 945 735	7 438 670	7 625 135	3%
Количество застрахованных, использовавших льготные лекарства	829 748	822 440	841 533	841 387	848 636	1%
Средняя стоимость льготного рецепта для Больничной кассы (евро)	13,7	13,6	13,2	13,3	13,6	2%
Средняя стоимость льготного рецепта для пациента (евро)	8,1	7,7	7,0	6,6	6,4	-2%
Показатели компенсаций по нетрудоспособности						
Количество дней нетрудоспособности, компенсированных Больничной кассой	7 379 379	4 600 139	4 937 836	4 954 761	5 228 586	6%
Стоимость компенсации одного дня нетрудоспособности (евро)	19,1	17,7	16,4	17,0	18,0	6%

*Показатели 2009.-2012. гг. изменены на основании скорректированного Департаментом статистики ВВП.

The background features several overlapping, semi-transparent shapes in shades of green and blue. A large, light green shape is at the top left, overlapping a darker green shape on the right. A bright blue shape is positioned in the lower-left quadrant, overlapping the darker green shape. Another light green shape is on the right side, overlapping the darker green shape. The overall composition is abstract and modern.

Стратегические цели и их выполнение

Карта результативности

Цель	Вес, %:	Показатель	Единица	Пояснение
	6,0	Удовлетворенность застрахованного системой здравоохранения	%	Установленная в ходе общего опроса застрахованных удовлетворенность системой здравоохранения
1. Обеспечиваем доступность компенсаций медицинского страхования, целесообразно используя средства медицинского страхования				
	10,0	Удовлетворенность доступностью медицинской помощи	%	Одна часть общего опроса
	8,0	Уменьшение собственного участия пациентов при покупке лекарств, внесенных в перечень льготных лекарств	%	Собственное участие пациентов при покупке лекарств не превышает 9-месячного уровня 2012 года.
	10,0	Структурное подорожание случая лечения (все типы лечения в целом)	%	Процент структурного подорожания средней стоимости случаев специальной медицинской помощи по сравнению с предыдущим периодом
	7,0	Максимальная длина очереди на эндопротезирование	время	Уменьшаем максимальную длину очереди на эндопротезирование
2. Поддерживаем качество в системе здравоохранения				
	5,0	Удовлетворенность качеством медицинской помощи	%	Одна часть общего опроса населения
	5,0	Привлекать застрахованных лиц к действиям, позволяющим улучшить % наблюдения за состоянием здоровья хронических больных	%	Охваченность гипертонических заболеваний всех степеней риска в системе качества семейных врачей (результат прошлого года +1%)
	5,0	Количество клинических аудитов	шт.	Количество проведенных клинических аудитов
	5,0	Количество проверенных случаев лечения	количество	Количество случаев лечения, проверенных по принципу случайного отбора
	5,0	Количество медицинских инструкций	количество	Количество новых медицинских инструкций согласно утвержденному Советом по медицинским инструкциям графику
3. Формировать сознательность людей и направлять их поведение в сфере здоровья				
	5,0	Охваченность профилактическим осмотром детских стоматологических заболеваний	%	% детей согласно году рождения, участвовавших в различных профилактических осмотрах
	5,0	Осведомленность застрахованных лиц о своих правах	%	% опрошенных застрахованных лиц, осведомленных о своих правах в следующих сферах: общая медицинская помощь, специальная медицинская помощь, возмещения по нетрудоспособности, льготные лекарства, масштаб покрытия медицинским страхованием
	5,0	Замечаемость социальных кампаний	%	Замечаемость измеряется в целевой группе после проведения кампании
	5,0	Охваченность выборочными опросами по профилактике рака	%	Охваченность определяется на основе базы данных медицинского страхования в виде % от приглашенных на обследование в соответствующем году, которым в течение последних 3 лет проведено обследование
4. Развиваем организацию				
	3,0	Удовлетворенность работников управлением и организацией труда в Больничной кассе	%	% удовлетворенных работников на основе опроса работников
	3,0	Индекс управления	%	На основании исследований удовлетворенности работой рассчитываются средние величины и суммируются. Затем рассчитывается, какую долю полученная сумма составляет от максимально возможной, это и является % индекса управления
	3,0	Уровень обслуживания клиентов	%	Уровень обслуживания бюро обслуживания клиентов, инфотеlefона и ответов на э-письме клиентов оценивается на основании <i>mystery shopping</i>
	5,0	Надежность инфосистем		Соответствие критериям ISKE в части критических услуг (проверка страхования, рецептурный центр)
Всего 100,0				

2012 факт.	2013 цель	2013 факт.	Исполнение, %	Выполнение целей
67	67	61	5,5	По данным проведенного в конце 2013 года исследования «Оценка населением здоровья и медицинской помощи 2013» удовлетворенность системой здравоохранения сохранялась на уровне прошлых лет, но поставленная цель не была достигнута.
55	58	47	8,1	Удовлетворенность доступностью медицинской помощи по сравнению с 2012 годом уменьшилась по причине длинных очередей на амбулаторный прием врачей-специалистов.
	33,5	32,1	8,0	Цель в отношении собственного участия при покупке лекарств достигнута, результат оказался даже лучше, составляя в конце 2013 года 32,1%.
1	<2	1,8	10,0	Структурное подорожание случая лечения остановилось и по итогам года составляет менее 2 (фактически 1,8).
2,5 г.	1,5 г.	1,5 г.	7,0	Очередь на эндопротезирование смогли удержать на установленном советом уровне (1,5 г.).
78	78	74	4,7	Удовлетворенность качеством медицинской помощи по данным исследования «Оценка населением здоровья и медицинской помощи 2013» сохранялась высокой в течение нескольких лет. Однако поставленная к 2013 году цель (78%) не достигнута.
	64	67	5,0	Охваченность пациентов с гипертонической болезнью действиями, являющимися индикаторами системы качества, достигло 67% (цель 64%).
5	5	5	5,0	В 2013 году проведено 5 клинических аудитов: качество самостоятельной антенатальной акушерской помощи, обоснованность и качество лечения инсульта, ведение бариатрических пациентов, ведение пациентов с меланомой, деятельность семейных сестер по наблюдению и консультированию гипертонических больных.
	12 000	12 055	5,0	В 2013 году в ходе целевого отбора было проверено 12 055 случаев лечения. В результате целевого отбора были представлены замечания, предписания и требования.
	3	6	5,0	В 2013 году приступили к составлению 6 медицинских инструкций Эстонии, 3 из которых находятся на стадии завершения и сферы применения 3 инструкций утверждены Советом по медицинским инструкциям.
	40	29,6	3,7	Меры по направлению на осмотр по профилактике детских стоматологических заболеваний не дали желаемого результата и не выполнили поставленной цели – результат был 29,6%.
78	53	54	5,0	Оцененная в ходе общего опроса осведомленность застрахованных лиц, соответствовала ожиданиям. Люди меньше осведомлены о плате, которую семейный врач или учреждение, оказывающее услуги здравоохранения, могут взять с человека, и о правилах, являющихся основанием для обсуждения возмещения по нетрудоспособности.
85	50	90	5,0	Замечаемость проведенной в конце 2013 года «Кампании по разумному употреблению лекарств» достигла рекордного уровня – 90%.
рак груди 66%; рак шейки матки 71%	рак груди 67%; рак шейки матки 72%	рак груди 71%; рак шейки матки 72%	5,0	В прошлом году доля женщин, охваченных выборочным исследованием в области рака, увеличилась, что указывает на рост осведомленности застрахованных благодаря информационной работе.
89	93	89	2,9	Удовлетворенность работников Больничной кассы управлением и организацией труда в 2013 году составила 89%, что говорит о стабильности организации и работодателя.
	81	81	3,0	Впервые поставленная цель по индексу управления была выполнена, что дает основание полагать, что решения в области управления принимаются взвешенно и продуманно.
	95	96	3,0	Уровень обслуживания клиентов остается высоким, достигнув в 2013 году 96%.
	K3	K3	5,0	В 2013 году мы также смогли обеспечить надежность высокопроходимых инфосистем на уровне, соответствующем поставленной цели.
95,9				



Семейный врач является первичным консультантом пациента в системе здравоохранения

- **Кайя Лукка**, специалист здравоохранения
- **Татьяна Шитова**, руководитель бюро компенсаций медицинского страхования

Помощи семейного врача отводится важная роль в системе здравоохранения Эстонии. При проблемах со здоровьем пациенты в первую очередь обращаются за помощью в центр семейных врачей. Семейный врач и семейная сестра занимаются различными сферами от профилактики заболеваний до постановки диагноза и лечения пациента. Существенную часть в работе семейного врача и сестры занимает консультирование по различным вопросам здоровья и координация лечения пациента.

Развитие медицинской помощи первичного уровня или системы семейных врачей и увеличение роли семейных врачей в нашей системе здравоохранения являются важной стратегической целью Больничной кассы. Из важных мероприятий прошлого года по развитию сферы можно привести развитие услуги семейной сестры и э-консультации, а также обновление перечня услуг здравоохранения Больничной кассы в сотрудничестве с семейными врачами. Важное место занимают также регулярный анализ доступности медицинской помощи и совершенствование системы качества.

Четкие критерии оценки эффективности работы

Являясь первичным контактным лицом пациента в системе здравоохранения, большое значение имеет возможность своевременно попасть на прием семейного врача при проблемах со здоровьем. Поэтому мы постоянно следим за доступностью помощи семейного врача и не реже одного раза в три года посещаем каждый центр семейных врачей и анализируем их работу. При обнаружении недостатков мы совместно с семейными врачами находим возможные решения и вносим предложения по улучшению организации работы.

Важным средством оценки развития качества и эффективности работы семейного врача является система качества семейных врачей. В сотрудничестве с семейными врачами мы разработали 46 индикаторов, на



Сирье Саарма Эльги Лепик

основе которых можно оценить эффективность работы врача. В критериях качества ударение ставилось на эффективности наблюдения хронических заболеваний, профилактике заболеваний и регулярном медицинском контроле детей. В прошлом году в системе качества семейных врачей участвовало около 97% семейных врачей. Из года в год росла также доля семейных врачей, получающих плату за качество, и улучшилось наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями.

Для уменьшения расходов пациентов на рецептурные лекарства, необходимо, чтобы пациенты были осведомлены о действующих веществах и возможностях выбора. Поэтому мы подчеркиваем семейным врачам важность выписки рецептов на основе действующего вещества и необходимость консультировать пациентов в выборе лекарств. С 2013 года в систему качества введены 2 новых индикатора относительно рецептов, выписываемых гипертоническим больным. Внедрение новых индикаторов качества мотивировало семейных врачей выписывать больше рецептов на основе действующего вещества, что в свою очередь позволило пациентам сократить расходы на лекарства.

Растет роль семейной сестры

Семейная сестра оказывает сестринскую помощь самостоятельно или вместе с семейным врачом – дает пациентам советы при остром заболевании, наблюдает состояние пациентов с хроническим заболеванием, делает анализы и проводит лечебные процедуры, консультирует в части питания, распорядка труда и жизни, употребления имеющихся в ручной продаже лекарств. В компетенцию семейной сестры входят также профилактический медицинский контроль, консультирование родителей по вопросам воспитания здоровья у детей.

В последние годы выросла доля семейных сестер в наблюдении, консультировании и профилактической работе как хронических больных, так и пациентов с острыми расстройствами здоровья. Большим изменением в финансировании семейных врачей было внедрение с 2013 года доплаты за вторую семейную сестру. Для получения платы за вторую семейную сестру должны быть выполнены определенные условия, касающиеся самостоятельного времени приема сестер, суммарного рабочего времени сестер и соответствия места деятельности семейного врача требованиям. Работа второй семейной сестры значительно улучшает доступность помощи семейного врача, позволяет семейному врачу уделять пациенту больше внимания и больше времени отводит общему сестринскому консультированию. В течение года вторая сестра приступила к работе в 182 списках семейных врачей, что составляет 23% от всех списков. Поскольку внедрение второй семейной сестры нашло большее применение, чем ожидалось, в 2013 году существенно возросла и роль семейных сестер в системе

семейных врачей. Одна из целей Больничной кассы – увеличивать роль семейных сестер в работе центров семейных врачей и в будущем.

Сотрудничество улучшает качество лечения

При предложении людям своевременных и качественных услуг здравоохранения большое значение имеет сотрудничество семейных врачей с врачами-специалистами. Чтобы сотрудничество врачей-специалистов и семейных врачей проводилось более эффективно, с 2013 года семейные врачи могут проконсультироваться с помощью услуги э-консультации с врачом-специалистом и электронным путем спросить рекомендации по лечению. Цель услуги- улучшить доступность лечения и создать возможность для быстрого направления пациента на консультацию врача-специалиста. Э-консультация улучшает также качество информации, передающейся от семейного врача врачу-специалисту, и иногда пациенту не нужно ходить по врачам, необходимость визита к врачу-специалисту стороны могут решить уже заранее.

К направлению на э-консультацию по каждой специальности в сотрудничестве с союзами врачей-специалистов установлены конкретные требования, необходимые для увеличения содержательности направлений, а также для того, чтобы семейные врачи знали ожидания врачей-специалистов в части предварительной информации и исследований. В 2013 году начали оказывать услуги по специальностям урологии и эндокринологии. К 2014 году были согласованы требования к направлению с пульмонологами, ревматологами и оториноларингологами. К 2015 году планируется разработать требования к направлению в педиатрии, неврологии, кардиологии и гематологии.

Развитие системы качества семейных врачей и расширение перечня услуг общей медицинской помощи позволяют семейным врачам повысить качество своей работы и предоставляют им больше возможностей для достижения лучшего результата лечения пациентов. ■



В договорах финансирования лечения главное место отводится качеству лечения, развитию э-услуг и обеспечению доступности услуг

■ **Моника Липсон**, специалист здравоохранения

Согласно законам о медицинском страховании и Больничной кассе Эстонии цель Больничной кассы – обеспечить высокий уровень медицинской помощи во всей Эстонии, соблюдая принципы солидарного медицинского страхования. Для этого мы заключаем 5-летние рамочные договоры с семейными врачами и региональными и центральными больницами, а также расположенными в уездах общими больницами. Через эти больницы мы обеспечиваем комплексность специальной медицинской помощи по всей Эстонии. Они также обеспечивают кроме плановой медицинской помощи уверенность в отношении всех экстренных случаев заболеваний. Поэтому эти больницы перечислены в постановлении правительства республики, которым установлен план развития больничной сети, и Больничная касса обязана заключить с ними договоры финансирования лечения.

В 2014 году начался новый 5-летний договорный период для больниц плана развития больничной сети. Подготовка к новому договорному периоду продолжалась весь 2013 год, и в результате обстоятельной работы и анализа рабочих групп Больничной кассы и Эстонского союза больниц к концу года были подготовлены обновленные общие условия договора финансирования лечения, которые действуют для всех договорных партнеров специальной медицинской и сестринской помощи Больничной кассы.

Согласно общим целям развития Больничной кассы и соглашению с Эстонским союзом больниц одной из важнейших целей нового договорного периода является развитие системы управления качеством больниц. Важно постоянное соблюдение экономических, затратоэффективных и доказательственных стандартов лечения. Медицинское учреждение должно обеспечить для этого достаточную инфраструктуру и компетентный персонал. Действия по управлению качеством включают регулярную оценку системы управления качеством организации, контрольных механизмов конкретных клинических действий, процесса и результатов, обратную связь, а также регистрацию и анализ побочных явлений и осложнений лечения.

Одной из предпосылок качества являются данные, которые нужно анализировать. Таким образом, с больницами договорились вносить больший вклад в развитие инфосистемы здоровья, регулярно передавать данные и в сотрудничестве со всеми сторонами создать хорошо функционирующую современную инфосистему. В сотрудничестве с медицинскими учреждениями Больничная касса поставила цель в ближайшие годы полностью перейти на электронные направления.

В новых договорах уточнены также требования ведения очередей на лечение, чтобы улучшить доступность услуг для населения и сотрудничество между Больничной кассой и больницами по координации очередей на лечение. Все стороны системы здравоохранения заинтересованы в том, чтобы нуждающийся в медицинской услуге человек получил своевременную помощь. Это поможет уменьшить дальнейшие осложнения и вытекающее из этого дорогостоящее лечение, а также обеспечивает удовлетворенность людей системой здравоохранения. Соблюдение максимального времени ожидания и представление соответствующего отчета по всем предусмотренным в договоре специальностям является обязанностью услугодателя. Согласно действующему с 2014 года договору медицинское учреждение обязано держать очередь открытой не менее четырех месяцев, по специальностям без направления (гинекология, глазные и кожные болезни, психиатрия, туберкулез) – не менее трех месяцев. Совместно также согласовано, что оказание Больничной кассой внедоговорных услуг не должно ухудшить возможности получения услуги застрахованными лицами, стоящими в очереди на основании договора.

В новых договорах сделана попытка лучше урегулировать также административные обязательства и повысить гибкость управления договорами. В управлении договорами финансирования лечения внесены важные организационные изменения с целью лучшей систематизации и координации обмена информацией и сотрудничества между партнерами и Больничной кассой. Для этого отныне все договорные партнеры Больничной кассы имеют один канал общения – управляющего договорами. Управляющий является первичным контактным лицом для партнера по всем вопросам, связанным с планированием, отслеживанием и реализацией договоров Больничной кассы. ■



Клинический аудит оказывает влияние на качество лечения пациента

■ **Улла Райд**, главный специалист здравоохранения

Отслеживание, оценивание и улучшение качества услуги здравоохранения предполагает сотрудничество всех организаций, участвующих в системе здравоохранения. Больничная касса обязана проверять целевое использование денег медицинского страхования, а также качество и обоснованность услуг. Начиная с 2002 года Больничная касса Эстонии заказывала у экспертов пять клинических аудитов в год.

Клинический аудит – процесс улучшения качества, цель которого – улучшить лечение и результаты лечения пациентов, систематически оценивая их по определенным критериям и применяя необходимые изменения на уровне отдельного лица, структурного подразделения/учреждения или услуги¹. Клинический аудит является лишь одним из средств по улучшению качества здравоохранения. В ходе аудита эксперты соответствующей специальности, а все чаще и мультипрофессиональные команды, сравнивают записи в документах лечения со стандартами лечения соответствующего заболевания, требования которого вытекают из медицинских инструкций и правовых актов. Результаты сравнения применяются для улучшения качества лечения во всех медицинских учреждениях через самоанализ и ознакомление с хорошей практикой.

Методика медицинских инструкций за последние годы целенаправленно изменялась, что требовало в свою очередь унификации методики клинических аудитов и упорядочения сферы. Для этого в 2012 году был составлен проект развития «Обновление справочника клинических аудитов», который включил в себя четыре основных сферы деятельности: обновление справочника, развитие веб-среды аудита и его тестирование, а также обучение целевых и взаимосвязанных групп.

В качестве первого крупного мероприятия проекта был семинар на тему качества, собравший в апреле 2013 года более 100 специалистов, которые сталкиваются с этой темой во время работы в медицинских учреждениях и других местах. Главным докладчиком на семинаре был Чарльз Шау из Англии, представивший обзор о качестве лечения и безопасности пациента и познакомил со стратегиями и методами качественной

¹ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

работы. Мы представили обзор об опыте Эстонии в проведении клинических аудитов, Больничная касса представила широкому кругу принципы обновленного справочника по клиническим аудитам.

Осенью 2013 года мы получили много полезных идей по усовершенствованию справочника от рабочей группы медицинского факультета Тартуского университета. Обновленный эстонский справочник поддерживает различные заинтересованные стороны системы здравоохранения в проведении клинических аудитов, предлагая методическое руководство по выбору темы аудита, проведения аудита, представления и оценивания результатов и планирования деятельности по улучшению. Справочник уделяет основное внимание аудиту на основе стандарта, поскольку он является самым распространенным методом как в международной практике, так и в Эстонии. Справочник одобрен советом медицинского факультета Тартуского университета в ноябре и правлением Больничной кассы в декабре прошлого года. Справочник будет опубликован в 2014 году после редактирования на сайте www.ravijuhend.ee. Разработанная в рамках проекта веб-среда, куда аудиторы смогут вводить анализируемые в ходе аудита данные и результаты, подтвердила свою целесообразность и будет продолжать развиваться.

Для создания в Эстонии сети компетентных аудиторов и проведения аудитов внутри медицинских учреждений важно продолжение обучения по проведению клинических аудитов в сотрудничестве с медицинским факультетом. Равноценным можно считать и обучение через опыт, то есть повышение знаний в ходе планирования и проведения аудита, что хоть и продлевает процесс, но позволяет получить более глубокие знания.

Мы считаем важным, чтобы наши договорные партнеры с полной отдачей относились к устранению недостатков, обнаруженных в ходе аудитов. Во вступившем в силу с 2014 года договоре финансирования лечения именно с этой целью дополнена часть договора, связанная с обеспечением качества. Кроме констатации результатов оценки соответствия важно, как будут использованы внесенные предложения, как изменится практика и как будет проводиться последующий контроль.

Цель на последующие годы – улучшить в медицинских учреждениях разработку мер по ликвидации обнаруженных в ходе аудита проблем и контроль за их реализацией. Это предполагает от Больничной кассы и ее партнеров единого понимания и совместных действий, поскольку целью контроля является не наказание, а доказательность и высокое качество оказываемой пациенту услуги. ■



Кадри Нойбауэр

Ингрид Куусик

Анетте Соосаар

Линда Саасиан

Возможности получения лечения за пределами Эстонии расширились

■ Анетте Соосаар, руководитель отдела внешних связей

В прошлом году в Европейском союзе, в т. ч. Эстонии большой резонанс вызвала вступившая в силу в октябре директива ЕС о трансграничном медицинском обслуживании, то есть обязательство стран-членов ЕС выплачивать своим застрахованным лицам компенсацию за медицинские услуги, оказанные в другом государстве-члене ЕС.

В отличие от полученной в Эстонии медицинской помощи, когда Больничная касса берет на себя обязательство оплаты медицинскому учреждению оказанных человеку медицинских услуг, за услуги, оказанные в иностранном государстве, человек должен заплатить сначала сам, а затем можно ходатайствовать перед Больничной кассой о компенсации расходов согласно ценам, установленным в перечне услуг здравоохранения Больничной кассы. Компенсацию можно получить только за те услуги здравоохранения, которые пациент имеет право получить за счет Больничной кассы и в Эстонии, и если стоимость полученных услуг превышает цену, содержащуюся в перечне, то разницу в цене оплачивает сам пациент.

Цель – повышение свободы выбора людей

Целью директивы является повышение свободы выбора граждан стран-членов ЕС, доступности услуг здравоохранения, обеспечение безопасности и качества трансграничных услуг здравоохранения, содействие трансграничному сотрудничеству в сфере здравоохранения. В этом контексте директива расширила возможности выбора и доступность качественной медицинской помощи для имеющих медицинское страхование граждан Эстонии.

В возможности получить медицинскую помощь за пределами Эстонии, по сути, нет ничего нового, при вступлении директивы в силу действуют и все ранее действовавшие регуляции, касающиеся трансграничного лечения. Люди, имеющие медицинское страхование Эстонии, имеют также право ходатайствовать о предварительном разрешении на оплату Больничной кассой тех услуг, которые им показаны, но которые

в Эстонии не предлагаются или их невозможно оказать в течение обоснованного с медицинской точки зрения срока. Застрахованные лица имеют право на медицинскую помощь при временном пребывании в стране-члене Европейского союза и на основании Европейской карты медицинского страхования.

В первое время больших изменений не прогнозируется

В контексте расширения возможностей трансграничного лечения следует иметь в виду, что как международный, так и эстонский опыт показывает, что объем трансграничных услуг здравоохранения, как правило, намного меньше объема внутригосударственных услуг. Это и понятно, поскольку непросто принять решение о получении медицинской помощи в другой системе здравоохранения, в другой языковой и правовой среде (в 2012 году доля планового зарубежного лечения составляла немногим меньше 0,3% от бюджета медицинского страхования Эстонии).

Поэтому Больничная касса при планировании распределения ресурсов бюджета медицинского страхования не предусматривала, что реализация директивы внесет (по крайней мере, вначале) существенные изменения в движении пациентов и ресурсов системы здравоохранения и повлияет на доступность медицинской помощи в Эстонии. В то же время, мы анализируем влияние директивы и при необходимости можно будет установить обоснованные ограничения на предложение трансграничных услуг.

Возможно также внутригосударственное применение компенсации

В отношении директивы следует иметь в виду, что она не устанавливает никаких обязательств и требований по организации системы здравоохранения в странах-членах ЕС, но через общий рынок она может оказать влияние на внутригосударственный порядок в странах-членах ЕС. В этом контексте в Закон о медицинском страховании добавлена возможность, что в ограниченных условиях услуга здравоохранения, оказанная вне очереди договорным партнером Больничной кассы, компенсируется внутри государства. Данное изменение закона устанавливает, что министр социальных дел может своим постановлением и по предложению совета Больничной кассы установить порядок компенсации лечения в случаях, когда застрахованному лицу оказана медицинская услуга действующим в Эстонии договорным партнером Больничной кассы вне очереди. Однако следует подчеркнуть, что при внесении соответствующих предложений в рамках закона мы всегда оцениваем влияние на доступность лечения и бюджет медицинского страхования в целом. При внесении таких предложений очень важно учитывать принципы государственного солидарного медицинского страхования Эстонии. Мы делаем все для того, чтобы качественная медицинская услуга была одинаково доступна в Эстонии всем, независимо от возраста, материального положения и местонахождения человека. Мы стоим за то, чтобы всем застрахованным лицам была обеспечена доступность лечения при минимальном сроке ожидания и у оказывающих качественную услугу партнеров. Договорный партнер Больничной кассы должен в свою очередь обеспечить прием имеющих государственное медицинское страхование пациентов в пределах обещанного срока ожидания. Таким образом, ни одно решение не должно уменьшить доступность необходимых человеку медицинских услуг в целом. ■



В увеличении прозрачности системы важное значение имеет вовлечение заинтересованных групп в процессы принятия решений

- **Керсти Эснар**, руководитель службы ценообразования
- **Эрки Лайдмяэ**, руководитель отдела лекарств

Ежегодно перед Больничной кассой стоит сложная задача – найти компромисс между предусмотренными бюджетом финансовыми возможностями и потребностями врачей, больниц и пациентов, чтобы согласовать и определить страховой пакет на предстоящий период. Средства нужны также на расходы на рабочую силу и развитие инфраструктуры. Однако к пациентам непосредственное отношение имеют решения относительно финансирования новых услуг здравоохранения, медицинских устройств и лекарств (далее услуги общего знаменателя).

Чтобы обеспечить конкурентоспособность эстонской медицины и ее соответствие потребностям пациентов, необходимо постоянно расширять пакет медицинского страхования и модернизировать предлагаемые услуги. С другой стороны, следует иметь в виду, что часто большую роль в формировании цен на новые услуги играют новые лекарства или медицинские устройства. Их стоимость постоянно растет, и это в свою очередь привело к быстрому росту расходов в здравоохранении. Этим в свою очередь вызвана все возрастающая в мире тенденция перед началом применения нового метода лечения тщательно и по определенной методике оценивать баланс между получаемой пользой и необходимыми дополнительными расходами.

Исходим из интересов всех пациентов

Фокусирование на пациенте – это одна из основных целей при принятии решений. Однако следует иметь в виду, что в решениях о финансировании должны быть учтены интересы всех пациентов, нельзя исходить только из одного конкретного пациента или группы пациентов. Такие решения никогда не бывают простыми, они часто вызывают у сторон вопросы и критику.

Критерии, на основании которых принимаются решения о финансировании новых услуг, устанавливает Закон о медицинском страховании. Речь идет о взвешенном решении, когда нужно взвесить, является ли услуга, лекарство или медицинское устройство достаточно эффективным с медицинской точки зрения; соблюдается ли допустимое равновесие между влиянием услуги, лекарства или медицинского устройства на здоровье пациента и расходами на них; имеются ли альтернативные возможности для достижения этой же цели и каковы расходы, связанные с альтернативой, может ли бюджет медицинского страхования понести дополнительные расходы.

Повышаем прозрачность обновления перечня услуг

С 2014 года Больничная касса проводит процесс дополнения перечня услуг здравоохранения. Целью изменений является значительное повышение прозрачности при принятии решений, вовлекая в предварительный процесс больше заинтересованных групп. Первые шаги по публикации материалов уже сделаны – заключение о рассмотренных в 2013 году услугах по оценочным критериям опубликовано на сайте Больничной кассы. В дальнейшем будут публиковаться все материалы, связанные с представленными ходатайствами об услугах – ходатайства, дополнительные данные, оценки медицинской доказательности, затратоэффективности, влияния на бюджет медицинского страхования и необходимости для общества, выдержки протоколов собраний и, наконец, принятое решение вместе с обоснованием. Таким образом, различные заинтересованные группы могут быть в курсе рассмотрения ходатайств и знакомиться со всеми материалами, необходимыми для принятия решений. Кроме того, имеется возможность задать уточняющие вопросы и ходатайствовать о представлении дополнительных материалов и т. п.

Во всем мире в медицине даже при увеличении финансирования денег все равно не хватает. Финансирование здравоохранения в любом случае требует отдельного рассмотрения, но в первую очередь нужно обеспечить справедливое и эффективное распределение денег. Следовательно, при принятии решений о финансировании нужно стремиться к соблюдению максимально унифицированных принципов. Поскольку важно также лучше понимать необходимость и суть принципов, то Больничная касса желает продолжать их разъяснение общественности. По всей видимости, разъяснение принципов, по которым принимаются решения, и публикация материалов помогут убедиться, что решения принимаются, максимально учитывая интересы пациентов. ■



Качественное лечение должно быть доступно всем в равной степени

- **Аннели Таал**, руководитель службы финансирования лечения
- **Кальо Полдов**, директор пярнуского отделения

Медицинское страхование Эстонии соблюдает принцип солидарности: в случае заболевания сумма выплачиваемой Больничной кассой компенсации медицинской услуги не зависит от размера социального налога, уплаченного за конкретного человека. Накопленная в виде социального налога сумма медицинского страхования является общим достоянием застрахованных лиц, и из уплаченного за людей социального налога Больничная касса оплачивает также медицинские услуги для детей и пенсионеров, которые сами не вносят вклад в уплату социального налога. Согласно Закону о медицинском страховании Больничная касса обязана обеспечить застрахованным лицам равную региональную доступность лечения.

Доступность лечения можно измерить по-разному – одной из мер измерения является доступность по времени, означающая, насколько быстро человек получит необходимую медицинскую услугу. Вторая мера измерения – географическая доступность, означающая, что подобное лечение одинаково доступно застрахованным лицам, например, в Нарве, Выру и Хаапсалу. При этом учитываются также оптимальность и качество услуги, количество застрахованных лиц по уездам (в т. ч. плотность населения) и пользование услугой до сих пор (в т. ч. передвижение застрахованных лиц).

Организация лечения должна обеспечивать качество

Оптимальность и качество достижимы, если врачу обеспечена достаточная нагрузка в месте оказания услуги. Больничная касса обеспечивает в уезде доступность специальной медицинской помощи на месте, если в регионе имеется потребность хотя бы в одном враче-специалисте, работающем с полной нагрузкой. В Эстонии не хватает именно врачей-специалистов, и по возможности нельзя допускать, чтобы рабочее время врача-специалиста уходило не на передвижение из одного места в другое, а на прием пациентов. Более того, для получения лечения недостаточно только приема врача-специалиста. Чтобы помочь пациенту, врачу требуется также современная медицинская технология, которую невозможно обеспечить в каждом уголке Эстонии, поскольку она дорогая и количество работающих с ней людей ограничено – например, в Эстонии очень мало радиологов, радиологических сестер и лаборантов. Чтобы предложить застрахованным лицам современную

услугу здравоохранения, единственно возможным является тщательно взвесить, где и по какой специальности целесообразно предлагать услугу.

Уровни доступности – важный инструмент планирования потребности в услугах

В амбулаторной специальной медицинской помощи установлены четыре уровня доступности, учитывая географическое местонахождение застрахованных, спрос на лечение (оценен на основании информации о применении и очередях) и оптимальную организацию медицинской помощи, обеспечивающую современное лечение.

На четвертом уровне – уровне самой широкой доступности – находятся специальности, которые должны быть доступны людям в каждом уезде. Специальности третьего уровня должны быть доступны, по крайней мере, в крупных уездах (Тартуском, Харьюском, Ида-Вирусском и Пярнуском). Специальности второго уровня должны быть доступны по меньшей мере в двух местах Эстонии (Таллинне и Тарту) и специальности самого узкого уровня – в одном медицинском учреждении Эстонии. Например, услуги по специальностям глазные и кожные болезни, гинекология, заболевания уха-горла-носа, психиатрия, общая хирургия, восстановительное лечение и внутренние болезни должны быть доступны в каждом уезде, амбулаторные услуги кардиохирурга, сосудистого хирурга и онколога должны быть доступны в двух крупных центрах Эстонии – Тарту и Таллинне. Подробный обзор дает таблица 2.

Из описанных принципов географической доступности Больничная касса исходила при заключении договоров с медицинскими учреждениями на 2014 г., а также при объявлении набора услуг специальной медицинской помощи, определяя места амбулаторных специальностей. С целью обеспечить реализацию принципов географической доступности также в заключаемых с медицинскими учреждениями договорах, мы определили по специальностям и типам лечения минимальные объемы договоров Больничной кассы, обеспечивающие экономическую жизнеспособность услугодателя и не допускающие раздробления ресурсов здравоохранения.

В 2014 году планируется точно установить также принципы географической доступности стационарного и дневного лечения. ■

Таблица 2. Результаты определения географической доступности амбулаторной специальной медицинской помощи

Основная специальность*	I уровень	II уровень	III уровень	IV уровень
Хирургия	Пересадка органов	Кардиохирургия Детская хирургия Нейрохирургия Челюстно-лицевая хирургия Хирургия грудной клетки Сосудистая хирургия	Урология	Общая хирургия
Внутренние болезни	Трансплантация костного мозга	Гематология Прочая нефрология Перитонеальный диализ	Эндокринология Гастроэнтерология Кардиология Ревматология	Внутренние болезни
Онкология		Онкология		
Неврология			Неврология	
Ортопедия			Ортопедия	
Пульмонология			Пульмонология	
Педиатрия			Педиатрия	
Инфекционные болезни			Инфекционные болезни	
Оториноларингология				Оториноларингология
Офтальмология				Офтальмология
Акушерство и гинекология				Гинекология
Дерматовенерология				Дерматовенерология
Психиатрия				Психиатрия
Восстановительное лечение				Восстановительное лечение

* Договорные специальности Больничной кассы



Передовые ИТ-решения являются важной частью системы медицинского страхования

- **Раймо Лаус**, руководитель отдела инфотехнологии
- **Кайе Мытте**, руководитель по развитию

Больничная касса на протяжении многих лет старалась предложить застрахованным лицам простые решения по улучшению доступности компенсаций медицинского страхования. Применение различных электронных решений содействует оптимизации ресурсов в интересах как застрахованных лиц, так и партнеров, а также повышает удовлетворенность качеством предлагаемых услуг.

Если с 2010 года в Эстонии было реализовано программное обеспечение для дигитальных рецептов, то в 2013 году Больничная касса перевела среду размещения диги-рецепта на свою инфраструктуру с целью существенно уменьшить административные расходы на программное обеспечение дигитальных рецептов, повысив его проходимость и надежность. Нам удалось достичь всех связанных с проектом целей, и сегодня диги-рецепт работает полностью в сфере ответственности Больничной кассы. В 2014 году планируется развивать программные дополнительные услуги диги-рецепта и предложить дополнительные функциональные решения для различных пользователей системой.

2013 год прошел за активной работой по переходу на электронный листок нетрудоспособности. Для перехода не менее 95% листов нетрудоспособности должны составляться врачами в электронном виде. Это в свою очередь обеспечивает возможность, что и данные работодателя будут вноситься электронным способом. В январе 2014 года к системе подключилось около 3000 работодателей, и около 20% листов нетрудоспособности работодатели передают через электронные каналы. К началу 2014 года техническое развитие в основном завершено, изменение закона для внедрения электронных листов нетрудоспособности скоро вступит в силу.

В результате перехода на электронный листок нетрудоспособности сократятся расходы, связанные с выдачей листов нетрудоспособности на бумажном носителе, и время, затрачиваемое врачами на выписку листов нетрудоспособности, ускорится выплата застрахованным лицам возмещений по нетрудоспособности; работодатели освободятся от обязанности представления листов

нетрудоспособности на бумажном носителе, следовательно, уменьшатся почтовые расходы и время на представление данных Больничной кассе.

В 2013 году в Эстонии вступила в силу директива «Директива Европейского парламента и совета о применении прав пациентов в трансграничном здравоохранении». С внедрением директивы для пациентов было введено важное дополнительное изменение в компенсации трансграничной медицинской помощи – в дальнейшем пациенты смогут получать компенсацию в другой стране-члене ЕС помимо необходимого лечения также за плановое лечение. Компенсация расходов осуществляется на основании действующих в Эстонии предельных цен на медицинские услуги. Среднее время рассмотрения компенсации в электронной среде составляет 90 дней. Мы постоянно ищем решения, чтобы рассмотрение компенсации трансграничной услуги здравоохранения максимально приблизить к рассмотрению внутригосударственной услуги, упростить его и ускорить выплаты.

В 2013 году для оптимизации работы мы приобрели и установили решение для проведения видеоконференций. Решение позволяет проводить интерактивные собрания с участием разных отделов Больничной кассы (как между центром и регионами, так и между всеми отделами в одном видеопространстве). С помощью данного решения можно также проводить видеоконференции с системами вне Больничной кассы – уже проведены видеоконференции между Больничной кассой и Тартуским университетом, Больничной кассой и состоявшейся в Казани конференцией по здравоохранению. Решение для проведения видеоконференций помогает существенно сэкономить время, затрачиваемое на внутренние собрания Больничной кассы – от простого решения выигрывают все.

В прошлом году Больничная касса вложила много знаний и времени в деятельность различных подпроектов государственной инфосистемы здоровья. Больничную кассу интересует в первую очередь комплексный и быстрый запуск диги-регистратуры и центра э-направлений. В качестве члена ведущей группы указанного проекта мы инициировали этап уточнения целей и общих принципов проекта с целью достичь у всех сторон единого представления о ценностях разрабатываемой инфосистемы. Принципы разработаны и согласованы, в 2014 году мы займемся уже детальным анализом и реализацией инфосистемы. ■



Катрин Романенков

Кайли Купитс

Керту Эенсаар

Оценки жителей играют большую роль при постановке стратегических целей Больничной кассы

■ Катрин Романенков, руководитель по связям с общественностью

Оценки жителей системе медицинского страхования Эстонии и общая удовлетворенность системой здравоохранения являются важным индикатором при измерении эффективности деятельности Больничной кассы и исходными данными для наших планов на будущее. Поэтому обратная связь и проведение исследований в области удовлетворенности являются естественной частью стратегического управления Больничной кассой. Мы регулярно собираем обратную связь относительно удовлетворенности от застрахованных лиц, договорных партнеров специальной медицинской помощи, семейных врачей и работодателей.

Ежегодно в сотрудничестве с министерством социальных дел мы проводим общегосударственный опрос, где просим жителей оценить также удовлетворенность системой здравоохранения Эстонии, доступность и качество услуг, описать свои ожидания в отношении услуг здравоохранения и их финансирования. Все заказанные Больничной кассой исследования опубликованы на нашем сайте.

Приятно отметить, что в течение последних пяти лет оценки жителей существенно не изменились, а оценки организации и качеству медицинской помощи по-прежнему остаются высокими. Согласно проведенному в конце 2013 года исследовательской фирмой Saar Poll исследованию 61% жителей Эстонии считают организацию здравоохранения хорошей и около $\frac{3}{4}$ высоко оценивают качество медицинской помощи. В организации здравоохранения люди выше всего ценят то, что в Эстонии имеется достаточно врачей, поэтому доступность услуг относительно хорошая, люди также высоко ценят заботливое и внимательное отношение врачей и их высокую компетентность. В организации здравоохранения положительный отклик нашла и система льготных лекарств.

Эффективная организация очередей на лечение является приоритетом

С другой стороны, по-прежнему оставляет желать лучшего доступность услуг. Люди считают, что очереди на прием к врачу-специалисту слишком длинные, их также беспокоит несоблюдение очереди и невозможность иногда зарегистрироваться на прием к врачу. Почти пятая часть людей должны были ждать приема к специалисту более 2 месяцев, а третья часть сталкивалась с тем, что регистрация на прием к врачу проводилась только по определенным числам или дням недели. Разумеется, человеку, у которого имеются проблемы со здоровьем, не прибавляет уверенности, что государственная система здравоохранения не может поддержать в нужный момент и помощь нельзя получить вовремя. Поэтому мы со всей серьезностью относимся к решению проблемы очередей к врачам-специалистам.

Поскольку эффективная организация очередей на лечение охватывает все стороны системы – финансирующую организацию или Больничную кассу, организацию работы медицинских учреждений, государственную политику в сфере здравоохранения и образования, то есть наличие хорошо подготовленных врачей и сестер, то решения не могут быть быстрыми и простыми. Для улучшения организации очередей к врачам-специалистам Больничная касса предприняла в прошлом году несколько конкретных действий. Мы существенно дополнили отчетность по отслеживанию очередей в медицинских учреждениях, что позволяет лучше анализировать причины очередей и вместе с медицинскими учреждениями находить решения. Мы также предприняли большие шаги по усовершенствованию системы семейных врачей. Семейный врач как первичное контактное лицо играет очень большую роль в системе здравоохранения, и развитие системы медицинской помощи первичного уровня является одним из приоритетов Больничной кассы. Мы придаем большое значение развитию э-консультаций и э-направлений, в прошлом году были существенно обновлены общие условия заключаемых с больницами договоров финансирования лечения. С 2014 года через усовершенствование модели финансирования увеличена мотивация больниц направлять больше ресурсов на амбулаторный прием врачей-специалистов. Как развитие системы семейных врачей, так и сотрудничество с договорными партнерами специальной медицинской помощи в улучшении услуг являются последовательным процессом, в котором свое определенное место занимают стратегические цели Больничной кассы на последующие годы.

В отношении доступности следует подчеркнуть, что проблема касается в первую очередь амбулаторного приема врачей-специалистов. Очереди на дневное лечение и плановое стационарное лечение специальной медицинской помощи находятся в основном в установленных советом Больничной кассы пределах. Доступность семейной медицинской помощи очень высокая.

Система семейных врачей соответствует ожиданиям жителей

Больше всего жители Эстонии удовлетворены нашей системой семейных врачей. Как оценки людей, так и анализ доступности услуг Больничной кассы показывают, что, как правило, на прием к семейному врачу человек попадает очень быстро. Согласно нашей проверке очередей на лечение пациенту с острой проблемой здоровья на 100% обеспечен прием к семейному врачу в этот же день, и среднее время ожидания с неострой проблемой здоровья составляет 2 рабочих дня. В соответствии с ожиданиями людей, выяснившимися из исследований прошлых лет, Больничная касса в сотрудничестве с семейными врачами привела систему семейных врачей в большее соответствие с ожиданиями жителей. Например, с 2014 года предусмотрено финансирование приемов семейных врачей в вечернее время и по выходным дням, чтобы и работающие люди могли попасть на прием к семейному врачу. Согласно последнему исследованию такое желание выразили около четверти жителей Эстонии.

Отдельно стоит отметить также самостоятельные приемы семейной сестры, которые становятся все более обычными и пользуются доверием среди населения. О большой поддержке растущей роли семейной сестры в нашей системе здравоохранения говорит тот факт, что 93% людей, посетивших семейную сестру, остались довольны услугой.

Люди ждут удобных ИТ-решений

Среди приоритетов Больничной кассы на ближайшие годы находятся развитие э-услуг и в сотрудничестве с целевым фондом E-tervis дальнейшее развитие инфосистемы здоровья. Этому способствуют и ожидания людей – ведь в нынешний век инфотехнологии делопроизводство все больше переходит с бумажного к электронному, и это естественно, что людям требуется быстрый и эффективный обмен информацией. Из проведенного среди населения исследования выяснилось, что из 2/3 людей, которые слышали о введении электронной истории болезни в Эстонии, 93% считают это нужным. От эффективного внедрения инфотехнологических возможностей люди ожидают более быстрого обмена информации между разными врачами, удобства выписки и отпуска рецептурных лекарств. Подробная документация и скорость обмена информацией позволят улучшить качество лечения. Не менее важным люди считают и собственную возможность посредством инфосистемы познакомиться с данными о своем здоровье и через общегосударственную электронную регистратуру познакомиться с часами приема врача и зарегистрироваться на прием.

В заключение можно привести показатели удовлетворенности относительно одной истории успеха э-Эстонии, отмеченной как жителями Эстонии, так и на международном уровне. 97% жителей Эстонии считают организацию выписки и отпуска рецептурных лекарств хорошей. Успешность системы диги-рецептов является доказательством того, что хорошо продуманные и соответствующие потребностям людей э-услуги в конечном итоге улучшают организацию всей системы. ■



Кайе Мытте

Юлле Куура

Анне-Ли Мендель

Хельга Вайну

Имме Киви

Мотивированные работники – это ключ к нашему устойчивому развитию

■ **Анне-Ли Мендель**, руководитель отдела персонала

Больничная касса Эстонии развивалась быстро, и как публично-правовая организация, безусловно, является успешной. У нас работают прекрасные специалисты, мы имеем постоянный персонал и стабильные результаты работы. На протяжении многих лет удовлетворенность работников Больничной кассы сохраняется высокой, оставаясь в интервале 89-95%.

Одним из важных факторов развития Больничной кассы являются мотивированные работники, их готовность и желание содействовать выполнению поставленных в организации целей.

Что мы сделали для мотивации работников и достижения хорошей трудовой среды?

Мы понимаем, что работник старается тогда, когда успешное выполнение работы приносит удовлетворение, ведь мы проводим 75% дня на работе. Для мотивирования работников мы опирались на принципы модели благополучия (PERMA), которая подтверждает простой факт – чем лучше наши отношения на работе, тем большее удовольствие мы испытываем от работы, тем лучше мы выполняем поставленные перед организацией цели, тем больше удовлетворены нашей работой клиенты и партнеры, тем успешнее наши работники. Для удовлетворения работой работнику нужна и высокая заработная плата. Мы держим уровень заработной платы в Больничной кассе конкурентоспособным, поскольку свою зарплату работник связывает со своей ценностью. Все элементы связаны между собой.

Положительные эмоции на работе. Наши руководители находятся на виду, доступны и организуют свою работу так, что работники могут регулярно с ними консультироваться. Поддержка работников и поощрение хорошей работы – это прямая обязанность каждого руководителя. Для нас важна здоровая и открытая рабочая атмосфера – мы понимаем, что люди нуждаются в уверенности в себе, положительном «Я» и признании коллег, работники должны ощущать себя нужными и ценными. Мы создали хорошие рабочие условия и обеспечили прекрасными средствами работы. Мы организуем различные совместные мероприятия для чествования работников, сплочения организации и оказания внимания членам

семей: летние дни, рождественский праздник, детское рождество, прием правления, НАШИ дни и т.д. Мы побуждаем своих работников заниматься спортом и предлагаем возможность при поддержке работодателя участвовать в публичных спортивных мероприятиях.

Целенаправленность, значимость. Мы ставим цели Больничной кассы исходя из интересов клиента с перспективой на 4 года и в конце каждого года оцениваем их выполнение. Для обеспечения жизнеспособности системы медицинского страхования мы ставили высокие цели, и благодаря этому очень быстро развивались. Нашей деятельностью много лет довольны как клиенты, так и партнеры.

Для выполнения целей руководители направляют и поддерживают развитие своих работников способом, который наилучшим образом сочетается с долгосрочными целями и потребностями Больничной кассы, а также потенциалом и ценностями работника. Нужный человек должен работать на нужном месте. В интересах развития и повышения мотивации работника мы поддерживаем инициативу работников участвовать в развитии как организации, так и всей сферы здравоохранения. Мы заметили, что ставя высокие цели, получаем и хорошие результаты. У нас работают люди, для которых их профессиональное развитие является существенной частью своего «Я». Все мы хотим выполнять осмысленную работу, которая устраивает себя и других.

Мы добились способности. Мы старались набирать людей, чья специальность и/или опыт теснее всего связаны с предлагаемой работой, чтобы усилия, приложенные для достижения целей, находились в равновесии с удовлетворенностью работника. Мы предлагаем работникам трудовые вызовы в виде различных действий по развитию, чтобы поддержать их активность и творческие способности и не допустить застоя, поскольку неудовлетворенность работой является одной из причин стресса. Нам это удалось, мы завоевали множество призов за инновативность и качество управления как в Эстонии, так и за рубежом.

Связь с командой. Для достижения целей Больничной кассы необходима командная работа. Мы придаем большое значение хорошим взаимоотношениям, консультированию коллег, инструктажу и поддержке. Предложения работников по улучшению трудовых отношений приветствуются, поскольку взаимное доверие является основой сотрудничества. Важное значение имеют общие ценностные оценки, так как команда, где считаются друг с другом, проявляет гибкость при выполнении различных задач. Мы предлагаем своим работникам разнообразные специальные курсы и конференции, участие в государственных и международных рабочих группах и программах, возможность сотрудничать с различными учреждениями как в Эстонии, так и на международном уровне. Мы содействуем обучению на степень как в Эстонии, так и за рубежом, обеспечивая гибкое рабочее время. В процессе развития организации и работников кроме регулярных совещаний важное место занимают беседы развития, где мы даем обратную связь относительно сделанной работы, обсуждаем потребности развития, учитываем желания и возможности работников в отношении развития для горизонтального и вертикального продвижения или смены трудовых обязанностей.

В настоящее время работа, в том числе в публичном секторе, требует творчества, умения анализировать, видеть связи и решения новых ситуаций. Доверительная трудовая среда, хорошее самочувствие, мотивирующая цель и достаточная самостоятельность в выполнении трудовых обязанностей – это факторы, способствующие проявлению творческих способностей работников и высокой трудовой мотивации.

Мы считаем, что организация проводит нужные действия по повышению мотивации и поддержке работников, однако мы заметили, что работникам требуется более индивидуальный подход, и над этим нам предстоит еще поработать. ■

The background features several overlapping, semi-transparent shapes in various shades of green and blue. A large, bright blue shape is prominent in the lower-left quadrant, overlapping with a lighter green shape. Other shades of green, from light to dark, fill the remaining space, creating a layered, organic effect.

Отчет о выполнении бюджета

Таблица 3. Выполнение бюджета в тысячах евро

	2012 факт.	2013 бюджет	2013 факт.	Выполнение бюджета	Изменение по сравнению с 2012 годом
ДОХОДЫ БОЛЬНИЧНОЙ КАССЫ					
Часть медицинского страхования социального налога	776 919	826 886	829 699	100%	7%
Доходы, поступающие на основании договора приравнивания к застрахованному лицу	1 318	1 500	1 138	76%	-14%
Взыскания от других лиц	607	580	926	160%	53%
Финансовые доходы	1 241	645	613	95%	-51%
Прочие доходы	3 046	2 632	4 516	172%	48%
Целевое отчисление из государственного бюджета	1 625	1 740	1 744	100%	7%
Прочие доходы	1 421	892	2 772	311%	95%
ДОХОДЫ БЮДЖЕТА ВСЕГО	783 131	832 243	836 892	101%	7%
РАСХОДЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ					
Расходы на услуги здравоохранения	563 944	604 913	605 257	100%	7%
на профилактику заболеваний	6 854	7 626	7 230	95%	5%
на общую медицинскую помощь	70 212	77 341	76 088	98%	8%
на специальную медицинскую помощь	450 472	478 747	481 561	101%	7%
на лечение в больнице для хрон. больных	17 538	21 013	20 607	98%	17%
на лечение зубов	18 868	20 186	19 771	98%	5%
Расходы на развитие здоровья	814	1 000	706	71%	-13%
Расходы на компенсируемые застрахованным лицам лекарства	98 967	108 770	103 391	95%	4%
Расходы на компенсации по временной нетрудоспособности	84 265	90 300	94 101	104%	12%
Расходы на прочие денежные компенсации	9 136	9 767	9 327	95%	2%
Прочие расходы	16 449	18 334	17 637	96%	7%
Целевые расходы, финансируемые из государственного бюджета	1 572	1 740	1 465	84%	-7%
Прочие расходы на компенсации медицинского страхования	14 877	16 594	16 172	97%	9%
Расходы медицинского страхования всего	773 575	833 084	830 419	100%	7%
РАСХОДЫ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ БОЛЬНИЧНОЙ КАССЫ					
Расходы на персонал и управление	4 645	5 044	4 947	98%	7%
Зароботная плата	3 460	3 765	3 695	98%	7%
в т. ч. плата членам правления	153	151	172	114%	12%
Страхование от безработицы	45	36	35	97%	-22%
Социальный налог	1 140	1 243	1 217	98%	7%
Хозяйственные расходы	1 012	1 180	1 069	91%	6%
Расходы на инфотехнологию	773	1 016	990	97%	28%
Расходы на развитие	151	281	231	82%	53%
Обучение	86	113	101	89%	17%
Консультации	65	168	130	77%	100%
Прочие расходы на деятельность	750	823	700	85%	-7%
Надзор за системой медицинского страхования	75	125	70	56%	-7%
Связи с общественностью/ информирование	108	109	86	79%	-20%
Прочие расходы	567	589	544	92%	-4%
Расходы на деятельность Больничной кассы всего	7 331	8 344	7 937	95%	8%
РАСХОДЫ БЮДЖЕТА ВСЕГО	780 906	841 428	838 356	100%	7%
Прибыль бюджетного года	2 225	-9 185	-1 464	-	-
РЕЗЕРВ					
Изменение резервного капитала	0	0	0	-	-
Изменение резерва риска	857	1 079	1 078	-	-
Изменение нераспределенной прибыли	1 368	-10 264	-2 542	-	-
Изменение резервов всего	2 225	-9 185	-1 464	-	-

Количество застрахованных

Право на медицинское страхование имеют постоянные жители Эстонии, а также проживающие здесь на основании срочного вида на жительство или права на проживание, если за них платят или они сами платят за себя социальный налог. Застрахованными лицами являются также лица, приравненные к ним на основании Закона о медицинском страховании или соответствующего договора.

Отражая статистику медицинского страхования, лица, имеющие медицинское страхование на разных основаниях, разделяются на пять групп:

- **работающие застрахованные** – застрахованные работодателем лица, предприниматели-физические лица (в т. ч. участвующие в их деятельности супруги), члены управляющего органа, лица, заключившие обязательственно-правовой договор;
- **лица, приравненные к застрахованным** – пенсионеры, дети, учащиеся, беременные; супруги, находящиеся на иждивении;
- **застрахованные государством** – безработные, лица, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком, попечители инвалида, военнослужащие срочной службы;
- **застрахованные на основании международного договора** – пенсионеры, переехавшие в Эстонию из другого государства-члена ЕС, работники, командированные в Эстонию из другого государства-члена ЕС, эстонские пенсионеры, переезжающие в другое государство-член ЕС, военные пенсионеры Российской Федерации;
- **лица, приравненные к застрахованным на основании добровольного договора**, – лица, застрахованные по добровольному договору.

Статистически наиболее важной является категория работающих застрахованных. Это означает, что если человек имеет несколько действующих страховок, то статистические данные медицинского страхования показываются только один раз. Поэтому, например, данные лица, застрахованного в качестве как пенсионера, так и работающего, отражаются только в категории работающих лиц.

Таблица 4. Количество застрахованных

	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	Изменение по сравнению с 2012 годом (лица)	Изменение по сравнению с 2012 годом
Работающие застрахованные лица	568 434	575 277	584 094	8 817	2%
Лица, приравненные к застрахованным	608 708	602 249	594 408	-7 841	-1%
Прочие застрахованные лица	68 327	59 578	52 701	-6 877	-12%
Застрахованные государством лица	65 463	57 619	50 391	-7 228	-13%
Лица, застрахованные на основании международного договора	2 600	1 642	1 903	261	16%
Лица, приравненные к застрахованным на основании добровольного договора	264	317	407	90	28%
Всего	1 245 469	1 237 104	1 231 203	-5 901	0%

Изменения в количестве застрахованных в 2013 году вызваны

- увеличением количества работающих застрахованных;
- уменьшением количества застрахованных государством в связи с возвращением безработных на рынок труда;
- прерыванием страховой защиты безработных.

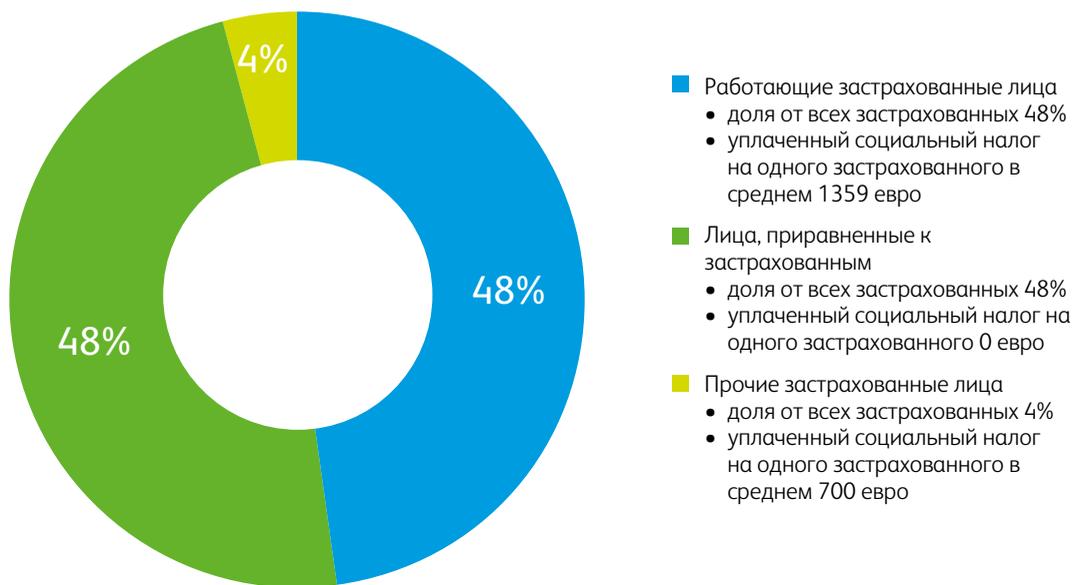


Схема 1. Доля застрахованных от общего числа застрахованных и уплаченный социальный налог

Основной причиной сокращения в 2013 году общего количества лиц, имеющих медицинское страхование, является отъезд за границу и превышение смертности над рождаемостью.

Если анализировать долю застрахованных людей по уездам (см. схему 2), то видно, что в Саареском уезде застраховано 99,99% населения, в Хийуском уезде – 99,59%, а самая низкая доля застрахованных по сравнению с другими уездами в Тартуском уезде. Самая низкая доля работающих застрахованных в Ида-Вируском уезде, что совпадает с ситуацией с общей занятостью в Эстонии.

Схема 2. Доля лиц, имеющих медицинское страхование, и работающих застрахованных от общей численности населения



Средние расходы медицинского страхования на одного застрахованного приведены в таблице 5.

Таблица 5. Средние расходы в 2013 году на одного застрахованного в евро

Возраст застрахованных лиц	Количество застрахованных лиц на 31.12. 2013 г.	Общая медицинская помощь	Специальная медицинская помощь*	Компенсированные застрахованным лицам лекарства	Средние расходы всего
0–9	148 353	66	282	25	373
10–19	124 789	48	247	21	316
20–29	154 651	49	260	36	345
30–39	158 342	51	293	51	395
40–49	155 468	54	297	62	413
50–59	165 194	68	439	102	609
60–69	146 159	71	632	164	867
70–79	113 363	83	893	198	1 174
80–89	57 488	80	930	171	1 181
90–99	7 240	72	796	101	969
100–...	156	67	655	44	766

* Включает специальную медицинскую помощь, лечение по уходу, лечение зубов и денежную компенсацию лечения зубов

Доходы

Представление о доходах Больничной кассы в 2013 году дает таблица 6.

Таблица 6. Доходы в тысячах евро

	2012 факт.	2013 бюджет	2013 факт.	Выполнение бюджета
Часть медицинского страхования социального налога	776 919	826 886	829 699	100%
Доходы, поступающие на основании договора приравнивания к застрахованному лицу	1 318	1 500	1 138	76%
Взыскания от других лиц	607	580	926	160%
Финансовые доходы	1 241	645	613	95%
Прочие доходы, в т. ч.	3 046	2 632	4 516	172%
целевое отчисление из государственного бюджета	1 625	1 740	1 744	100%
прочие доходы	1 421	892	2 772	311%
Всего	783 131	832 243	836 892	101%

Большинство доходов Больничной кассы составляет часть медицинского страхования социального налога, которая в 2013 году составляла 99,1% от всех доходов. Доход социального налога составил 829,7 миллиона евро, что превысило запланированный на 2013 год бюджет (выполнение бюджета 100,3%).

95,7% социального налога платят работодатели. Остальные 4,3% платит государство за безработных и получателей социального пособия (см. схему 3).

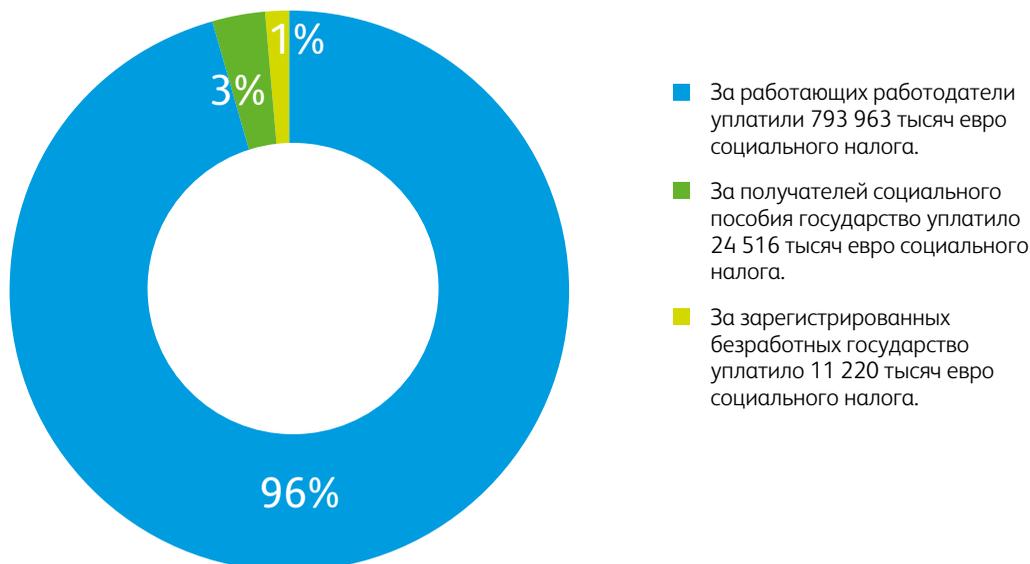


Схема 3. Участие в уплате социального налога

Представление о доходе части медицинского страхования социального налога, росте и сокращении его поступления дает схема 4.



Схема 4. Рост/сокращение поступления дохода части медицинского страхования социального налога в 2005-2013 гг.

На основании договора приравнивания к застрахованному лицу в отчетный период был получен доход 1,1 миллиона евро, в т. ч. на основании добровольных договоров поступило страховых платежей 520 тысяч евро, страховых платежей за неработающих пенсионеров вооруженных сил Российской Федерации поступило 618 тысяч евро.

Добровольных договоров в 2013 году было заключено на 140 тысяч евро больше, чем в 2012 году.

Если доход от заключения добровольных договоров составил 520 тысяч евро и в течение 2013 года договор заключили 659 человек, то компенсации медицинского страхования этих лиц составили в 2013 году 402 тысячи евро. Наибольшую долю составляли услуги здравоохранения на сумму 344 тысячи евро.

В качестве взысканий к другим лицам отражаются требования, представленные в результате контроля к услугодателям, аптекам, застрахованным лицам и работодателям, и представленные страховой фирме выплаченные в результате дорожно-транспортного происшествия обратные требования компенсации медицинского страхования.

В 2013 году было представлено взысканий на сумму 926 тысяч евро. По сравнению с 2012 годом доход от взысканий вырос на 53%, что вызвано ростом представленных страховым фирмам обратных требований медицинского страхования, выплаченных по дорожному страхованию. В 2013 году страховым фирмам было представлено требований на сумму 578 тысяч евро (в 2012 году 384 тысячи евро).

Финансовый доход за хозяйственный год составил 613 тысяч евро. Доходность 2013 года составила 0,33%.

С 2012 года деньги Больничной кассы хранятся на государственном концерновом счете. С остатка денег, которые хранятся на этих счетах на основании заключенного с министерством финансов договора хранения, Больничная касса получает процент, равный доходности государственного кассового резерва. Доходность года зависит от событий, влиявших на движения цен рынка облигаций в течение года, и процентных ставок краткосрочного депозита.

В прочих доходах основными видами доходов были целевые отчисления из государственного бюджета и доход, полученный за медицинские услуги, оказанные в Эстонии застрахованным лицам стран-членов ЕС. Больничная касса получила из государственного бюджета целевое финансирование на основании Закона об искусственном оплодотворении и защите эмбриона и на оплату услуг здравоохранения 1,5 миллиона евро. Министерство иностранных дел поддержало проект по развитию системы медицинского страхования Молдовы на сумму 7 тысяч евро. Для покрытия расходов, совершенных в рамках государственной стратегии профилактики рака Больничная касса получила от Института развития здоровья доход 33 тысячи евро. В целевом финансировании отражается работа по развитию бесплатно переданного министерством социальных дел рецептурного центра в размере остаточной стоимости 239 тысяч евро.

Доход от медицинских услуг, оказанных в Эстонии застрахованным лицам из стран-членов ЕС, составил в 2013 году 2,7 миллиона евро, что почти вдвое превысило запланированный. В доходах 2013 года отражаются и доходы прошлого года, поскольку из стран-членов ЕС деньги за оказанные их застрахованным лицам медицинские услуги поступают с большой задержкой.

Расходы

Расходы Больничной кассы разделяются на расходы медицинского страхования и расходы на деятельность.

Расходы медицинского страхования

1. Услуги здравоохранения

Бюджет услуг здравоохранения в 2013 году был запланирован в размере 604,9 миллиона евро, бюджет был выполнен на 100%.

Таблица 7. Выполнение бюджета услуг здравоохранения в тысячах евро

	2012 фактический	2013 бюджет	2013 фактический	Выполнение бюджета
Расходы на профилактику заболеваний	6 854	7 626	7 230	95%
Расхода на общую медицинскую помощь	70 212	77 341	76 088	98%
Расходы на специальную медицинскую помощь	450 472	478 747	481 561	101%
Расходы на лечение по уходу	17 538	21 013	20 607	98%
Расходы на лечение зубов	18 868	20 186	19 771	98%
Всего	563 944	604 913	605 257	100%

Из бюджета на профилактику заболеваний в 2013 году финансировались школьные услуги здравоохранения, услуги репродуктивного здоровья молодежи, медицинский контроль молодых спортсменов, выборочные исследования на рак груди и шейки матки, исследования новорожденных на фенилкетонурию и гипотиреоз, скрининг слуха новорожденных и дородовая диагностика наследственных заболеваний. Бюджет предупреждения заболеваний был выполнен на 95%, в части участников – на 96%.

Бюджет общей медицинской помощи выполнен на 98% от запланированного. Недовыполнение бюджета связано в первую очередь с неиспользованием исследовательского фонда, однако меньше запланированных были и деньги, выплаченные на список пациентов семейных врачей, поскольку уменьшилось количество застрахованных в списках. Бюджет был превышен в части дополнительной платы на вторую семейную сестру – услуга была востребована больше, чем ожидалось. Больше запланированного было и использование консультационного телефона семейного врача, которое по сравнению с прошлым годом выросло на 15%.

Количество лиц, воспользовавшихся услугами специальной медицинской помощи, по сравнению с прошлым годом выросло. Количество случаев лечения увеличилось по сравнению с прошлым годом на 20 тысяч, однако, несмотря на это, бюджет в части случаев лечения был недовыполнен на 1%. Бюджет специальной медицинской помощи был выполнен на 101%. Превышение бюджета вытекает из амбулаторного типа лечения – средняя стоимость амбулаторного случая лечения выросла по сравнению с запланированной. На превышение бюджета существенно повлияло подорожание амбулаторного лечения в сфере внутренних заболеваний, неврологии и восстановительного лечения. Для обеспечения доступности услуг здравоохранения амбулаторное лечение было финансировано на 3,8 миллиона евро больше запланированного.

Бюджет лечения по уходу был выполнен на 98%, случаи лечения – на 102%. Недовыполнение бюджета было обусловлено стационарным лечением хронических больных, которое было выполнено на 97%. Быстрый по сравнению с запланированным рост случаев лечения связан с быстрым ростом спроса на услуги лечения по уходу.

Бюджет лечения зубов был выполнен на 98%, случаи лечения – на 102%. На использование бюджета повлияла в первую очередь детская стоматология, бюджет которой был выполнен на 97%, случаи лечения – на 102%.

Доступность услуг здравоохранения

При расстройстве здоровья большое значение имеет своевременное установление серьезности заболевания и быстрая помощь человеку, находящемуся в опасном для жизни состоянии. В остальных случаях следует обеспечить прием к врачу в зависимости от расстройства здоровья. Больничная касса следит за очередями на лечение как в общей, так и в специальной медицинской помощи, в стоматологии и в лечении по уходу. С медицинскими учреждениями проводится сотрудничество в целях обеспечения застрахованным лицам своевременной доступности медицинской помощи.

Общая медицинская помощь

Пациент с острым расстройством здоровья должен попасть на прием к семейному врачу в день обращения, остальные пациенты (с неострым расстройством здоровья) – в течение пяти рабочих дней. Острое расстройство здоровья – это состояние, при котором задержка оказания общей медицинской помощи может вызвать ухудшение состояния пациента или обострение болезни.

Доступность общей медицинской помощи проверяется при посещении центров семейных врачей. По данным проверки доступность семейного врача в течение 2013 года в день обращения при остром расстройстве здоровья была обеспечена на 100%. Во II полугодии 2013 года с неострым расстройством здоровья по данным проверки на прием к врачу в течение 5 рабочих дней попало 98% пациентов. Среднее время ожидания на прием у пациентов с неострым расстройством здоровья составило 2 рабочих дня.

Специальная медицинская помощь

В специальной медицинской помощи максимально допустимое время ожидания при амбулаторном лечении составляет 6 недель, при плановом больничном лечении, как правило, 8 месяцев. Относительно времени ожидания в специальной медицинской помощи, лечении по уходу и стоматологии медицинские учреждения представляют в Больничную кассу отчеты – больницы плана развития больничной сети (больницы ПРБС) представляют отчет ежемесячно, остальные договорные партнеры – раз в квартал. Согласно отчетам об очередях на лечение по состоянию на 1.01.2014 г. больше всего проблем, связанных с соблюдением очередей, в амбулаторном лечении. Длинные очереди часто существуют в медицинских учреждениях и по специальностям, где спрос пациентов на получение лечения в конкретном медицинском учреждении и по специальности большой (прежде всего, в региональных и центральных больницах). По типам лечения по состоянию на 1.01.2014 г. специальная медицинская помощь в допустимых пределах ожидания в амбулаторном лечении было совершено 50% визитов, в стационарном лечении – 90% и в дневном лечении – 98% (см. схему 5).

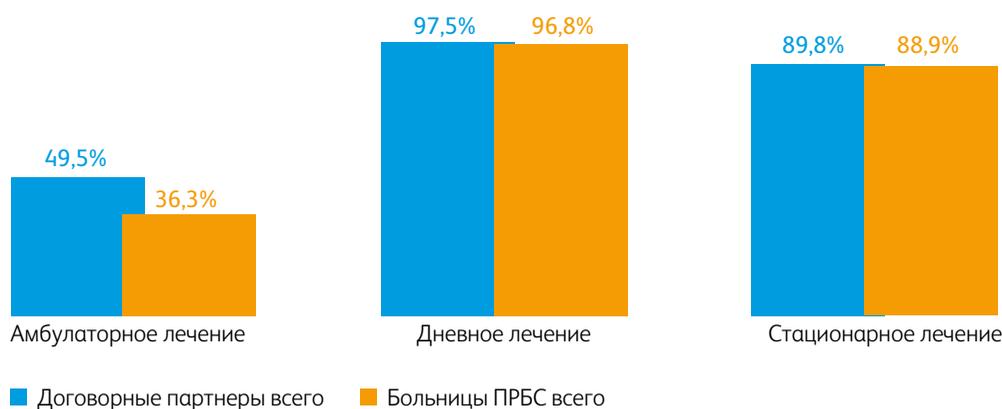


Схема 5. Доля визитов с допустимым сроком ожидания в очередях специальной медицинской помощи согласно отчетам 1.01.2014 г.

² Sotsiaalministri määrus 06.01.2010 nr 2 „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend“

³ Vabariigi Valitsuse määrus 02.04.2003 nr 105 „Haiglavõrgu arengukava“

При оценке сроков ожидания следует учитывать, что в отчетах, представляемых по состоянию на первое число отчетного месяца, не отражаются приемы с очень коротким сроком ожидания – в связи с этим информация об ожидании не дает полного представления об очередях. Для получения представления о реальных сроках ожидания больницы ПРБС начиная с 2013 года представляют отчет об очередях на амбулаторное лечение к врачу-специалисту задним числом. В этом отчете отражаются проведенные в предыдущем месяце первичные плановые приемы, в т. ч. время ожидания пациента. По данным отчетов, представленных задним числом, в IV квартале 2013 года в пределах допустимого времени ожидания в больницах ПРБС было проведено 74% амбулаторных приемов. Большая часть амбулаторных первичных плановых приемов больниц ПРБС были проведены в течение короткого срока ожидания (0-7 календарных дней) – в IV квартале доля таких приемов составляла 34% от всех приемов (см. схему 6). Очень короткое время ожидания может быть обусловлено как отсутствием очереди в конкретном медицинском учреждении к конкретному специалисту, так и тем, что пациенты, которым требуется более срочная помощь, попадают на прием быстрее обычного срока (cito-направления, созданные для семейных врачей возможности самим при необходимости быстро регистрировать пациентов на прием и т. д.). Приемы, превышающие допустимый срок ожидания, включают как приемы, когда долгое время ожидания обусловлено не зависящими от пациента причинами (нехватка денежных ресурсов и/или мощности медицинского учреждения), так и приемы, когда долгое время ожидания обусловлено желанием пациента попасть к конкретному врачу – в представляемом задним числом отчете не указывается причина превышения допустимого времени ожидания.

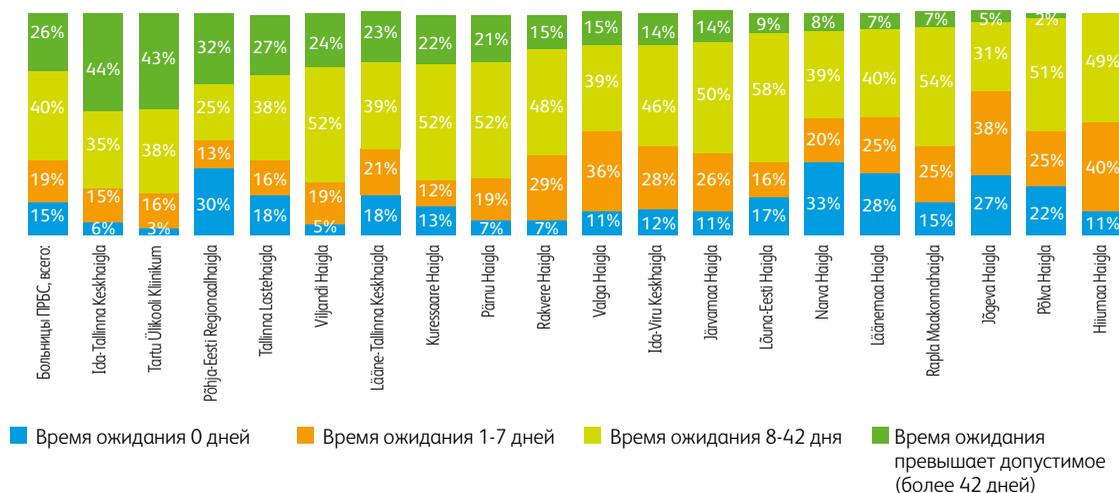


Схема 6. Фактическое время ожидания на амбулаторный прием к врачу-специалисту в больницах ПРБС в IV квартале 2013 года.

Время ожидания в разных медицинских учреждениях и к разным специалистам различно, по данным представляемых задним числом отчетов время ожидания к одним и тем же специалистам в разных медицинских учреждениях также очень различается. Застрахованные лица имеют право выбирать медицинское учреждение, независимо от своего района страхования или указанного в направлении наименования медицинского учреждения – если в одном медицинском учреждении очередь слишком длинная, то в другом она может быть намного короче.

Лечение по уходу

Максимально допустимое время ожидания в стационарном лечении по уходу составляет 3 месяца, в амбулаторном лечении – как правило, 2 недели. По состоянию на 1.01.2014 г. 99% приемов в лечении по уходу были проведены в пределах допустимого времени ожидания.

Стоматология

В детской стоматологии допустимое время ожидания при хроническом пульпите составляет одну неделю, при обычном кариесе и хроническом периодонтите – два месяца, в случае ортодонтических услуг – девять месяцев. По состоянию на 1.01.2014 г. 95% приемов в стоматологии были проведены в пределах допустимого времени ожидания.

Квартальные отчеты по доступности специальной медицинской помощи, лечения по уходу и стоматологии опубликованы на сайте Больничной кассы.

1.1. Профилактика болезней

Цель профилактики болезней – как можно раньше обнаружить у человека предболезненное состояние и принять меры по предупреждению заболевания. В 2013 году размер финансирования профилактики болезней составлял 7,2 миллиона евро, что составило 95% от запланированного бюджета (см. таблицу 8).

Таблица 8. Выполнение бюджета профилактики болезней в тысячах евро и количество участников проектов

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во участников	Сумма	Кол-во участников	Сумма	Кол-во участников	Сумма	Кол-во участников
Школьное здравоохранение	3 342	148 504	3 797	154 004	3 648	147 297	96%	96%
Развитие репродуктивного здоровья молодежи	882	32 680	987	33 300	973	32 345	99%	97%
Раннее обнаружение рака груди	916	33 079	1 019	35 000	937	34 550	92%	99%
Раннее обнаружение рака шейки матки	209	13 518	233	15 000	224	13 910	96%	93%
Исследования фенилкетонурии и гипотиреоза	180	14 039	198	14 500	191	13 632	96%	94%
Дородовая диагностика наследственных заболеваний	319	1 432	393	1 500	374	1 470	95%	98%
Исследования слуха новорожденных	283	13 915	307	14 000	280	13 764	91%	98%
Медицинское обследование молодых спортсменов	563	9 750	692	10 000	603	9 198	87%	92%
Профилактика сердечных заболеваний у групп риска*	120	2 647	0	0	0	0	-	-
Раннее обнаружение остеопороза*	40	866	0	0	0	0	-	-
Kokku	6 854	270 430	7 626	277 304	7 230	266 166	95%	96%

*Деятельность по проекту профилактики сердечных заболеваний и раннего обнаружения остеопороза с 2013 года интегрирована в систему здравоохранения, и услуги оказываются в общем порядке.

По сравнению с этим же периодом прошлого года финансирование профилактики болезней увеличилось на 5%. Основной причиной является рост предельных цен услуг здравоохранения.

Большую часть бюджета профилактики болезней составляла услуга школьного здравоохранения, в школах для детей с особыми потребностями услуга оказана 3200 учащимся. По данным профилактических осмотров учащихся основные проблемы здоровья в школьном возрасте аналогичны предыдущим годам, большинство из них – это расстройства зрения (31%), нарушения осанки (21%) и избыточный вес (11%), который постоянно повышался.

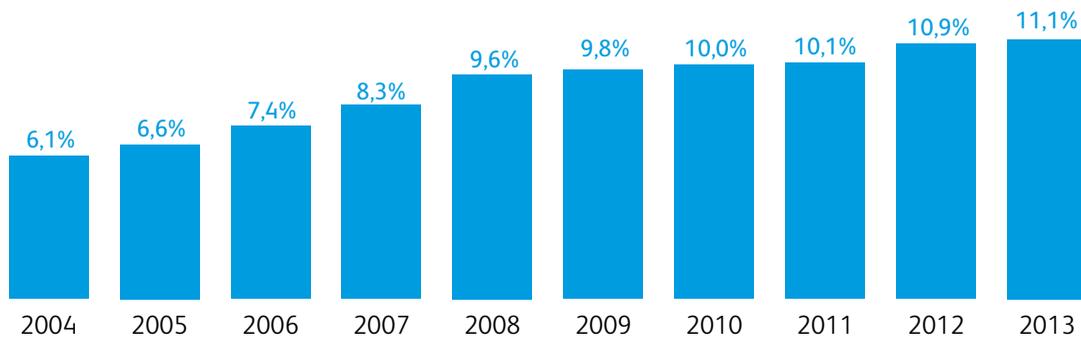


Схема 7. Доля детей с избыточным весом от всех участвовавших в профилактическом осмотре детей в 2004-2013 гг.

Консультирование молодежи в сфере репродуктивного здоровья и профилактика заболеваний, передающихся половым путем. Услуги оказывались молодежи во всех уездах в молодежных центрах. В прошлом году такими услугами воспользовались 31 907 молодых людей. 6% от обратившихся составляли юноши (в прошлом году было также 6%, среди впервые обратившихся юноши оставляли 15%). Около пятой части, 22% молодежи в этом году впервые получили помощь в молодежном центре. Заболевания, передающиеся половым путем, были обнаружены в 613 случаях, 5 из них были ВИЧ-инфицированные. Из посетивших центры девушек в возрасте до 19 лет 645 обратились туда для консультации в связи с беременностью.

Целью **проекта по раннему обнаружению рака груди и шейки матки** было повышение участия в выборочных исследованиях. На обследование груди приглашаются женщины в возрасте 50-62 лет с интервалом в 2 года, на выборочное обследование шейки матки – женщины в возрасте 30-55 лет с интервалом в 5 лет. Более половины цитологических исследований шейки матки проводятся в ходе обычного медицинского контроля.

В январе женщины были проинформированы о профилактике рака шейки матки с помощью статей и плакатов. В мае информирование было направлено на раннее обнаружение рака груди, для этого применялись плакаты, телевизионные клипы и т. п. Осенью женщинам повторно напомнили о необходимости участия в выборочном исследовании. Всего в течение года было отправлено около 110 000 приглашений на исследование. В уездах (кроме Харьюмаа, Тартумаа, Пярнумаа и Ида-Вирумаа) исследования на рак груди проводились в двух автобусах с маммографическим оборудованием, что значительно увеличило участие женщин в этих уездах. В разные годы в уездах, куда не приезжал автобус (напр., Йыгева и Пылва), доля участия женщин равнялась участию женщин в крупных городах.

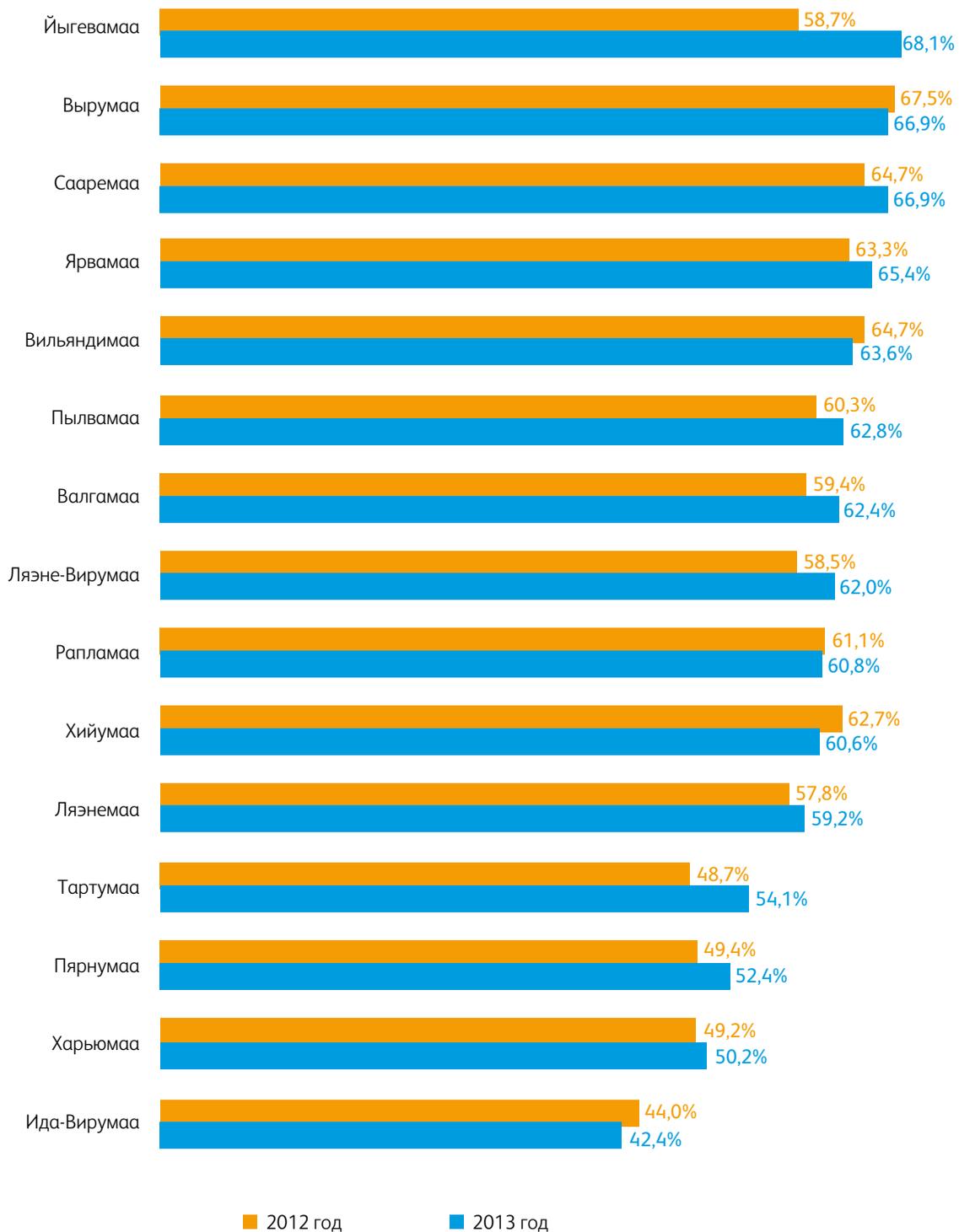


Схема 8. Участие в выборочном исследовании на рак груди по уездам в 2012-2013 гг.

Размер целевой группы **выборочного исследования новорожденных на фенилкетонурию и гипотиреоз и проекта скрининга слуха новорожденных** зависит от количества рождений. Фенилкетонурия была обнаружена у 5 и гипотиреоз у 2 детей. От теста отказались 35 родителей. В ходе выборочного исследования слуха расстройство слуха было обнаружено у 28 детей (2012 и 2013 года рождения), из них тяжелое или очень тяжелое снижение слуха было обнаружено у 12 детей. Средний возраст ребенка с диагнозом тяжелого снижения слуха составлял 6,3 месяца, 5 детей уже получили имплантаты внутреннего уха. В выборочном исследовании слуха новорожденных меньше требовалось дополнительных исследований, доля ложно-положительных в медицинских учреждениях меньше, чем предполагалось, что можно считать хорошим показателем.

В проект дородовой диагностики наследственных заболеваний вовлекаются беременные с риском заболевания, выявленные при предыдущем скрининге сыворотки. Вследствие эффективного предварительного тестирования диагностика была проведена в меньшем объеме, чем было запланировано, инвазивные процедуры требовались в 879 случаях. В остальных случаях ограничилась консультацией генетика. Хромосомная аномалия была обнаружена в 65 случаях, из них синдром Дауна в 27 случаях. Проект дородовой диагностики с 2014 года интегрирован в систему специальной медицинской помощи, поскольку и первичное выборочное тестирование до инвазивных исследований в настоящее время проводится как рутинная часть наблюдения беременности.

Медицинский контроль молодых спортсменов направлен на молодежь 9-19 лет, которые регулярно занимаются спортом дополнительно к школьным урокам физкультуры не менее 6 часов в неделю. Больше запланированного в 2013 году была исследована молодежь, которая тренируется больше 8 часов в неделю. Снижение количества исследований по сравнению с запланированным уровнем было связано со способностью медицинских учреждений, потребность не сократилась. Для улучшения доступности с 2013 года к проекту подключилась Восточно-Таллиннская центральная больница, в 2014 году будет осуществлен дополнительный выбор договорных партнеров.

1.2. Общая медицинская помощь

Таблица 9. Выполнение бюджета общей медицинской помощи в тысячах евро

	2012 фактический	2013 бюджет	2013 фактический	Выполнение бюджета
Базовые деньги	8 981	9 055	9 037	100%
Дополнительная плата за расстояние	492	492	486	99%
Дополнительная плата за вторую семейную сестру	0	1 028	1 830	178%
Подушные деньги всего	44 878	47 855	47 439	99%
за застрахованных в возрасте до 3 лет	2 674	2 747	2 729	99%
за застрахованных в возрасте 3-6 лет	2 843	3 101	3 082	99%
за застрахованных в возрасте 7-49 лет	18 983	20 066	19 893	99%
за застрахованных в возрасте 50-69 лет	11 927	12 734	12 741	100%
за застрахованных в возрасте старше 70 лет	8 451	9 207	8 994	98%
Фонд исследований семейного врача	14 050	16 648	15 336	92%
Дополнительная плата семейному врачу за качество*	1 192	1 228	1 246	101%
Консультационный телефон семейного врача	619	635	714	112%
Резерв общей медицинской помощи**	0	400	0	-
Всего	70 212	77 341	76 088	98%

* Дополнительная плата за качество планируется и выплачивается на основании результатов прошлого(прошлых) года(лет) в виде однократной выплаты в III квартале

**Резерв общей медицинской помощи запланирован для наблюдения беременности и вскрытий.

В 2013 году самым большим изменением в финансировании общей медицинской помощи было введение дополнительной платы за вторую семейную сестру и услуга э-консультации. Больничная касса считает важным укрепление первичного уровня в Эстонии, в связи с этим в течение года были разработаны дополнительные важные изменения в финансировании для обеспечения хорошо функционирующей и жизнеспособной общей медицинской помощи.

В 2013 году были пересмотрены инфотехнологические и коммунальные расходы семейных врачей, добавились фонд деятельности и в качестве новой услуги оплата внерабочих приемов. В 2013 году были также пересмотрены предельные цены на услугу телефона консультации семейного врача. Соответствующие изменения вступили в силу в перечне услуг здравоохранения 1.01.2014 г.

В 2013 году финансирование общей медицинской помощи составило 76,1 миллиона евро. Рост бюджета по сравнению с 2012 годом обусловлен в основном ростом доли исследовательского фонда и подушных денег, а также введением дополнительной платы за вторую семейную сестру.

Структура финансирования общей медицинской помощи аналогична предыдущему периоду: основную часть снова составляли подушные деньги (62%), доля подушных денег от всего финансирования общей медицинской помощи по сравнению с 2012 годом уменьшилась на 2%. Доля исследовательского фонда от всего бюджета составляет 20%, доля базовых денег 12%. С 2013 года семейным врачам в качестве новой услуги выплачивалась дополнительная плата за вторую семейную сестру, которая в 2013 году составляла 2% от всего бюджета общей медицинской помощи. Данная услуга была востребована больше, чем прогнозировалось – это показывает и существенное превышение бюджета (см. таблицу 9).

Базовые деньги – это ежемесячно выплачиваемая семейным врачам плата с целью покрытия расходов на аренду помещений, коммунальных и транспортных расходов семейных врачей. Увеличение базовых денег на 1% по сравнению с прошлым годом обусловлено изменением предельных цен с 1 января 2013 года. В течение года базовые деньги были выплачены 56 спискам с коэффициентом 1,5 семейным врачам, принимающих в нескольких местах. В 2012 году было 53 списка с приемом в нескольких местах.

Рост **подушных денег** на 6% по сравнению с 2012 годом обусловлен изменением предельного размера подушных денег в 2013 году. Предельный размер подушных денег увеличился в связи с соглашением о заработной плате медицинских работников. Количество застрахованных осталось на уровне 2012 года. На 3% сократилось количество застрахованных в возрасте младше 3 лет, и на 3% увеличилось количество застрахованных в возрасте 3-6 лет. Увеличилось также количество застрахованных старше 50 лет.

Фонд исследований выделяется семейным врачам для проведения исследований и процедур пациентам. Финансирование фонда исследований увеличилось по сравнению с 2012 годом на 9%. Доля подушных денег фонда исследований увеличилась в 2013 году с 31% до 32%. По сравнению с 2012 годом на 2% увеличилось и среднее выполнение фонда исследований (в 2013 году 91%, в 2012 году 89%). К концу года фонд исследований был превышен у 16% договорных партнеров, у 25% договорных партнеров выполнение фонда исследований было меньше 80%. Наибольшее выполнение фонда исследований было в основном в групповой практике. В 2013 году счетов с коэффициентом 0,3 за превышение фонда исследований семейного врача от 16 услугодателей было представлено на сумму 44 тысячи евро. В фонде исследований отражается также услуга э-консультации, которая в бюджете запланирована в резерв общей медицинской помощи.

Чтобы сотрудничество врачей-специалистов и семейных врачей проводилось более эффективно, с 2013 года семейные врачи могут проконсультироваться с помощью услуги э-консультации с врачом-специалистом и спросить рекомендации по лечению электронным путем. В 2013 году начали оказывать услуги по специальностям урологии и эндокринологии. Пользование услугой э-консультации в 2013 году было существенно ниже ожидаемого. Больничная касса финансировала 122 э-консультации, поэтому в 2014 году планируется большее внимание уделить развитию э-консультации в целом. В начале 2014 года услуга э-консультации добавилась по специальностям пульмонологии, ревматологии и оториноларингологии, к 2015 году мы желаем расширить возможность э-консультации также на специальности педиатрии, неврологии, кардиологии и гематологии.

Общее количество списков в 2013 году выросло на один список, количество застрахованных в списке в среднем увеличилось на 4 человека на список. Количество застрахованных в списках, за которых были выплачены подушные деньги, увеличилось почти на 4600 человек.

Маленьких списков, в регионе обслуживания которых проживает менее 1200 человек, но Больничная касса выплачивает подушные деньги за 1200 человек, по сравнению с прошлым годом увеличилось на 4, то есть в 2013 году финансировалось 19 списков с количеством менее 1200 человек.

По состоянию на конец 2013 года 470 услугодателей имели договор с Больничной кассой об оказании услуг общей медицинской помощи.

Списков, получающих **дополнительную плату за расстояние**, было 190, 134 из них находятся на расстоянии 20-40 км от ближайшей больницы, и 56 на расстоянии более 40 км от ближайшей больницы. Количество получателей платы за расстояние сократилось на пять списков по сравнению с таким же периодом прошлого года.

Применение второй семейной сестры в приеме семейного врача было успешнее, чем ожидалось. Если вначале дополнительная плата за вторую семейную сестру планировалась примерно для 100 списков, то в конце 2013 года дополнительную плату за вторую семейную сестру получали 182 списка. Успешное применение услуги, определенно, повлияло на доступность общей медицинской помощи и улучшение ее качества.

Таблица 10. Количество списков семейных врачей и число застрахованных в списке

	2012 фактический	2013 фактический	Изменение по сравнению с 2012 годом
Количество списков			
Количество списков	800	801	0%
Количество списков, получающих доплату за расстояние	195	190	-3%
Количество списков, получающих доплату за вторую семейную сестру	0	182	-
Средний размер списка (число застрахованных в списке)	1 559	1 563	0%
Количество лиц			
застрахованных младше 3 л. (предельный размер подушных денег 5,53 евро в месяц)	43 185	41 849	-3%
застрахованных 3-6 л. (предельный размер подушных денег 4,14 евро в месяц)	659 132	656 113	0%
застрахованных 50-69 л. (предельный размер подушных денег 3,47 евро в месяц)	305 846	310 961	2%
застрахованных старше 70 л. (предельный размер подушных денег 4,24 евро в месяц)	177 841	179 795	1%
Всего лиц, за которых уплачены подушные деньги	1 247 223	1 251 810	0%

Количество участвующих в **системе качества семейных врачей** начиная с 2007 года постоянно увеличивалось, однако по сравнению с прошлым годом в 2013 году доля участников осталась на прежнем уровне (97%). Итоги системы качества семейных врачей подводятся раз в год. На основании результатов 2012 года максимальная дополнительная плата за эффективную профилактику болезней и наблюдение хронических больных была выплачена 328 семейным врачам, дополнительная плата за специальную компетентность была выплачена 154 семейным врачам.

На схеме 9 указана доля участвующих в системе качества, а также доля достигших и не достигших результата в 2006-2012 гг.



Схема 9. Доля участвующих в системе качества и доля списков, достигших результата в 2006-2012 гг.

В 2013 году был изменен принцип учета визитов в общей медицинской помощи. Вместо прежней возможности кодировать на счете за лечение состоявшееся по телефону и документированное в медицинской карте пациента консультирование и состоявшееся по электронной почте и документированное в медицинской карте пациента консультирование с 2013 года кодировать консультацию по телефону и электронной почте могут отдельно семейный врач и семейная сестра. До 2012 года в число визитов сестры входил только консультативный прием сестры, но с 2013 года можно отдельно кодировать консультативный прием сестры и сестринские процедуры. В связи с изменениями число приемов семейных сестер увеличилось более чем вдвое, количество приемов врача сократилось на 16%. Количество профилактических приемов сократилось на 27%. Указанное сокращение также связано с изменением в кодировании визитов. Общее количество приемов сократилось на 1% по сравнению с 2012 годом. В 2013 году врача посетили на 3% меньше людей, чем в 2012 году. Количество людей в списках осталось на прежнем уровне, но доля посетивших семейного врача лиц от общего числа лиц в списке сократилась на 2% (см. таблицу 11).

Таблица 11. Количество приемов семейного врача и семейной сестры в 2008-2013 гг.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Приемов семейного врача	4 368 668	4 182 361	3 994 334	4 411 214	4 523 318	3 804 813
Приемов семейной сестры*	370 853	418 305	480 269	535 240	592 690	1 342 658
Профилактических приемов	450 309	387 782	394 360	363 182	326 747	238 140
Всего приемов	5 189 830	4 988 448	4 868 963	5 309 636	5 442 755	5 385 611
Лиц, ходивших на прием	983 466	973 129	957 090	981 575	973 882	948 486
Количество лиц в списках семейных врачей	1 286 597	1 280 795	1 271 082	1 255 971	1 247 223	1 251 810
Доля посещавших семейного врача лиц от общего числа лиц в списке семейного врача	76%	76%	75%	78%	78%	76%

* С 2013 года разделены консультативный прием семейной сестры от процедур семейной сестры, консультирование семейного врача и семейной сестры по телефону и электронной почте.

На схеме 10 представлено среднее количество визитов на человека по уездам в 2013 году. В среднем в Эстонии проводится 4 приема в год на человека. Больше всего семейного врача посещают в Рапламаа, меньше всего визитов на человека в 2013 году совершалось в Ляэнемаа. В среднем в Эстонии на один прием сестры приходится три приема врача.

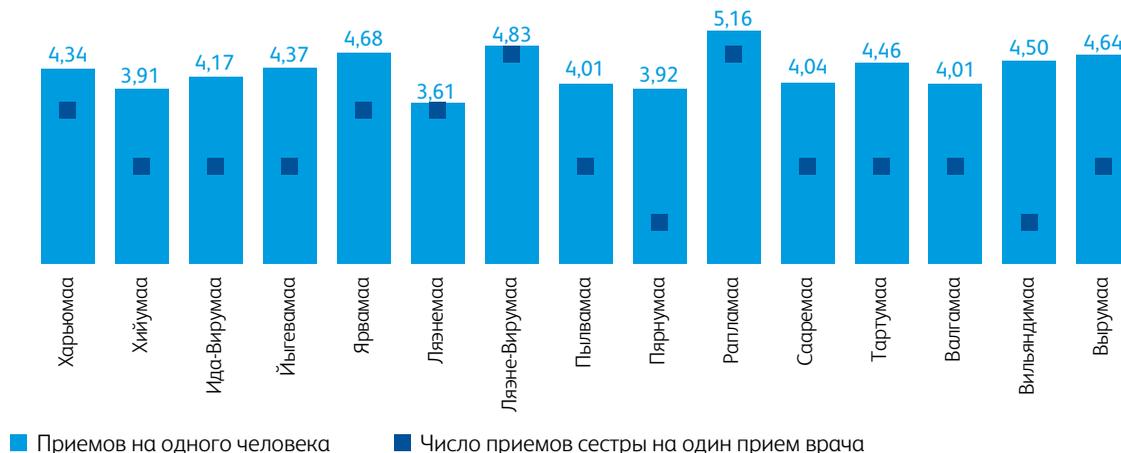


Схема 10. Число визитов на одного человека и число приемов сестры на один прием врача в 2013 году по уездам

Общегосударственная услуга **консультации семейного врача по телефону 1220** предлагается в Эстонии круглосуточно, чтобы люди могли получить быструю консультацию при проблемах со здоровьем. Кроме того, можно спросить информацию относительно организации здравоохранения. В 2013 году был объявлен конкурс на предложение общегосударственной услуги консультирования по телефону на новый договорный период и пересмотрены компоненты финансирования консультационного телефона. Изменения в перечне услуг здравоохранения вступили в силу с 2014 года.

Пользование консультационным телефоном семейного врача выросло на 15% по сравнению с прошлым годом. В 2013 году врачи и сестры ответили в целом на 236 674 звонка. В сутки было в среднем 648 звонков (в 2012 году было отвечено на 222 287 звонков, в день было в среднем 609 звонков). Перевыполнение бюджета было обусловлено большим количеством звонков по сравнению с ожидаемым в связи с вспышкой гриппа в начале года. На схеме 11 указано среднее количество звонков в сутки в 2005-2013 гг.

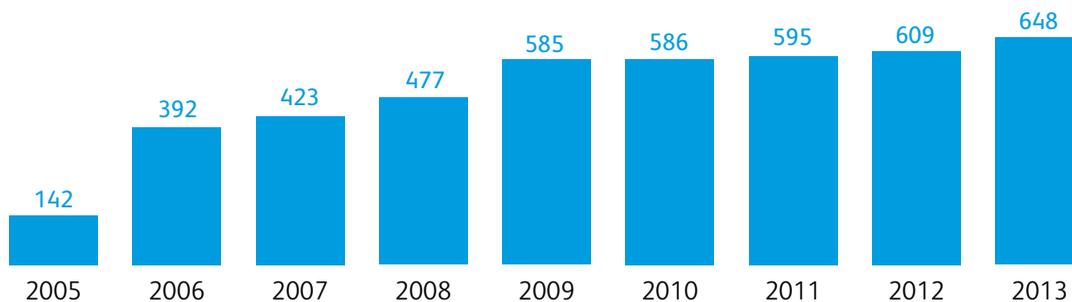


Схема 11. Среднее количество отвеченных звонков в сутки в 2005-2013 гг.

1.3. Специальная медицинская помощь

В 2013 году финансирование специальной медицинской помощи составило 481,6 миллиона евро, что на 31,1 миллиона евро больше, чем в 2012 году. Объем финансирования был разделен на амбулаторную, дневную (услуга, при которой пациент в связи с лечением или исследованием находится под наблюдением в больнице в течение нескольких часов и вечером идет домой) и стационарную специальную медицинскую помощь (услуга, при которой необходимо круглосуточное пребывание пациента в больнице), а также центральные закупки между услугами здравоохранения. В качестве центральной закупки в 2013 году рассматривались услуги, региональное планирование которых нецелесообразно – как правило, это редко используемые более дорогие услуги.

Рост финансирования по сравнению с прошлым годом составил 7% – в т. ч. в амбулаторной специальной медицинской помощи 10%, в дневной специальной медицинской помощи 9%, в стационарной специальной медицинской помощи 5%, в части медицинских услуг центральной закупки 13%. На рост повлияли, прежде всего, обновление перечня услуг здравоохранения (в т. ч. рост цен на услуги здравоохранения, вытекающий из соглашения о заработной плате медицинских работников) и изменения в использовании медицинскими услугами.

Выполнение бюджета специальной медицинской помощи оценивается по двум группам:

- специальная медицинская помощь без услуги центральной закупки;
- медицинские услуги центральной закупки.

1.3.1. Специальная медицинская помощь, за исключением услуг центральной закупки

Бюджет был выполнен на 101%, случаи лечения – на 99%. Выполнение бюджета по типу лечения представлено в следующей таблице.

Таблица 12. Выполнение бюджета специальной медицинской помощи, за исключением услуг центральной закупки в тысячах евро и случаи лечения по типу лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Специальная мед. помощь всего	436 696	3 162 267	464 121	3 211 993	466 739	3 182 139	101%	99%
Амбулаторное лечение	148 291	2 865 870	159 207	2 916 150	162 975	2 882 795	102%	99%
Дневное лечение	28 322	65 092	30 870	67 789	30 878	67 740	100%	100%
Стационарное лечение	260 083	231 305	274 044	228 054	272 886	231 604	100%	102%
Плата за готовность	9 250	382	9 694	380	9 694	380	100%	100%
Всего	445 946	3 162 649	473 815	3 212 373	476 433	3 182 519	101%	99%

В перечне услуг здравоохранения к 2013 году были обновлены услуги, связанные с ортопедией, восстановительным лечением и лучевой терапией. В предельных ценах на услуги здравоохранения был изменен компонент заработной платы медицинских работников, увеличено время работы медицинского персонала в амбулаторном приеме врача-специалиста и койко-днях. В перечень услуг здравоохранения добавлено несколько новых услуг. Влияние обновления перечня услуг здравоохранения на бюджет специальной медицинской помощи 2013 года составило примерно 31 миллион евро. В 2013 году в перечне услуг Больничной кассы были обновлены услуги по специальностям кардиохирургии, неврологии, нейрохирургии и психиатрии. Связанные с обновлением изменения в перечне услуг здравоохранения вступили в силу 1.01.2014 г.

В финансировании на основе DRG⁴⁴ в 2013 году была введена новая обновленная версия группирования DRG, упорядочившая логику группирования DRG.

⁴⁴ DRG – (англ. Diagnoses related groups) применяемая в Эстонии система финансирования пациентов по группам со сходной клинической картиной и расходами ресурсов.

На рост финансирования специальной медицинской помощи в 2013 году кроме обновления перечня услуг здравоохранения повлияло также структурное подорожание случаев лечения (изменение использования услуг, оказанных в рамках одного случая лечения, которое оценивается в сравнительных ценах). В специальной медицинской помощи в целом структурное подорожание случая лечения составило 1,8%; в т.ч. в амбулаторном лечении 4,3%, в дневном лечении 1,4% и стационарном лечении 0,5%.

Для обеспечения равномерной доступности услуг здравоохранения Правительство республики установило список больниц плана развития больничной сети (ПРБС). С перечисленными в списке больницами Больничная касса заключает договоры финансирования лечения сроком не менее пяти лет. Больницам ПРБС оплачиваются также услуги, оказанные сверх установленного объема – Больничная касса оплачивает эти услуги с коэффициентом 0,3. В больницах плана развития больничной сети услуги, оказанные сверх установленного объема, составили 3,2 миллиона евро (0,7% от выполнения всего бюджета специальной медицинской помощи). Дополнительно были оплачены 9700 случаев лечения (в т. ч. 3000 амбулаторных, 400 дневных и 6300 стационарных). Превышение объема больше всего отразилось на стационарном лечении, где оплаченная с коэффициентом 0,3 сумма счетов составила 1,1% от выполнения бюджета и 2,7% выполнения бюджета случаев лечения.

Основные показатели пользования специальной медицинской помощью

Представление об основных показателях пользования специальной медицинской помощью в 2009-2013 гг. дает таблица 13.

Таблица 13. Основные показатели пользования стационарной и амбулаторной специальной медицинской помощью

	2009 факт.	2010 факт.	2011 факт.	2012 факт.	2013 факт.	Изменение			
						2010/ 2009	2011/ 2010	2012/ 2011	2013/ 2012
Средняя стоимость случая лечения в евро	128	122	123	138	147	-5%	1%	12%	7%
амбулаторно	44	43	45	52	57	-2%	5%	16%	10%
в дневном лечении	449	404	371	435	456	-10%	-8%	17%	5%
стационарно	1 011	982	1 008	1 124	1 178	-3%	3%	12%	5%
Количество стационарных койко-дней	1 449 960	1 458 555	1 436 100	1 412 328	1 385 260	1%	-2%	-2%	-2%
Среднее пребывание на стационарном лечении в днях	6,1	6,1	6,0	6,1	6,0	0%	-2%	2%	-2%
Количество амбулаторных приемов	3 647 303	3 671 655	3 801 950	3 785 111	3 796 893	1%	4%	0%	0%
амбулаторно	3 573 286	3 609 613	3 732 239	3 714 476	3 724 438	1%	3%	0%	0%
в дневном лечении	74 017	62 042	69 711	70 635	72 455	-16%	12%	1%	3%
Амбулаторных приемов на один случай лечения	1,32	1,18	1,28	1,29	1,29	-11%	8%	1%	0%
амбулаторно	1,31	1,29	1,29	1,30	1,29	-2%	0%	1%	-1%
в дневном лечении	1,34	1,07	1,07	1,09	1,07	-20%	0%	1%	-1%
Количество лиц, пользовавшихся услугами специальной медицинской помощи	800 578	797 048	807 875	795 581	796 698	0%	1%	-2%	0%
амбулаторно	777 144	774 589	786 099	774 661	775 566	0%	1%	-1%	0%
в дневном лечении	44 474	47 063	52 230	51 549	52 554	6%	11%	-1%	2%
стационарно	163 911	162 514	161 550	155 653	155 982	-1%	-1%	-4%	0%
Количество случаев лечения на человека	3,76	3,89	3,97	3,97	3,99	3%	2%	0%	1%
амбулаторно	3,50	3,62	3,69	3,70	3,72	3%	2%	0%	1%
в дневном лечении	1,24	1,23	1,24	1,26	1,29	-1%	1%	2%	2%
стационарно	1,47	1,48	1,48	1,49	1,48	1%	0%	1%	-1%
Доля неотложной помощи от расходов на лечение (%)									
амбулаторно	17	18	18	17	17	1%	0%	-1%	0%
в дневном лечении	9	9	7	8	8	0%	-2%	1%	0%
стационарно	67	67	64	66	64	0%	-3%	2%	-2%
Доля неотложной помощи от случаев лечения (%)									
амбулаторно	17	17	17	17	17	0%	0%	0%	0%
в дневном лечении	15	12	9	10	10	-3%	-3%	1%	0%
стационарно	61	62	62	64	63	1%	0%	2%	-1%
Количество операций	155 010	160 403	163 718	154 969	155 289	3%	2%	-5%	0%
амбулаторно	20 302	21 154	19 808	18 345	17 719	4%	-6%	-7%	-3%
в дневном лечении	42 620	46 911	52 507	50 479	51 609	10%	12%	-4%	2%
стационарно	92 088	92 338	91 403	86 145	85 961	0%	-1%	-6%	0%

По сравнению с прошлым годом количество застрахованных, пользовавшихся услугами специальной медицинской помощи, возросло как в амбулаторном, стационарном, так и в дневном лечении. В то же время, общее количество застрахованных сократилось. Рост средней стоимости случая лечения связан как с изменениями в списке услуг здравоохранения (в т. ч. вытекающего из соглашения о заработной плате медицинских работников роста цен на услуги здравоохранения), так и с изменениями в использовании услугами здравоохранения (рост количества исследований и процедур).

В амбулаторном лечении увеличилось как количество получивших лечение лиц, так и количество случаев лечения на человека, получившего одно лечение. Общее количество приемов увеличилось, прежде всего, в связи с ростом количества самостоятельных приемов сестры и акушерки (увеличение почти на 27 тысяч приемов по сравнению с прошлым годом). Сокращение количества амбулаторных операций связано с обновлением главы операций перечня услуг здравоохранения Больничной кассы (добавилась возможность указывать на счете за лечение также различные хирургические процедуры, которые раньше указывались как операции).

В стационарном лечении количество получивших лечение лиц аналогично абсолютному уровню прошлого года. Среднее количество дней пребывания на стационарном лечении сократилось – увеличилась доля краткосрочных стационарных случаев лечения, когда пациент госпитализируется на короткое время для проведения исследований и процедур.

В дневном лечении увеличилось как количество получивших лечение лиц, количество операций, так и количество случаев лечения на человека, получившего одно лечение. Количество случаев лечения на человека, получившего одно лечение, растет, поскольку все больше переводится в дневное лечение нехирургическая деятельность – в дневном лечении проводится системное лечение, напр., инфузии лекарственных препаратов и т. п.

Сверхдорогие случаи лечения специальной медицинской помощи

По сравнению с прошлым годом количество сверхдорогих случаев лечения увеличилось, финансирование сверхдорогих случаев превысило прошлогоднее на 248 тысяч евро.

Таблица 14. Сверхдорогие случаи лечения по специальностям в тысячах евро и по случаям лечения

	2012 фактический		2013 фактический		Изменение по сравнению с 2012 годом	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Хирургия	1 099	10	978	11	-11%	10%
Неврология	-	-	111	1	-	-
Онкология	213	3	-	-	-	-
Ортопедия	94	1	-	-	-	-
Педиатрия	493	5	1 272	12	158%	140%
Пульмонология	-	-	266	3	-	-
Внутренние болезни	1 029	11	549	6	-47%	-45%
Центральная закупка	-	-	70	1	-	-
Всего	2 928	30	3 176	33	8%	10%

Выполнение бюджета и случаи лечения по специальностям

В договорах, заключенных между Больничной кассой и медицинскими учреждениями о финансировании специальной медицинской помощи, в 2013 году основными специальностями были дерматовенерология, первичное послебольничное лечение, инфекционные болезни, хирургия, неврология, офтальмология, онкология, ортопедия, оториноларингология, педиатрия, психиатрия, пульмонология, внутренние болезни, акушерство и гинекология, восстановительное лечение. Ниже представлен обзор по выполнению бюджета специальной медицинской помощи, за исключением услуг центральной закупки, по основным специальностям.

Дерматовенерология

Таблица 15. Выполнение бюджета в дерматовенерологии в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Дерматовенерология	5 311	161 152	6 101	171 632	6 155	163 639	101%	95%
амбулаторное лечение	4 187	159 058	4 849	169 531	4 766	161 359	98%	95%
дневное лечение	371	698	444	743	615	944	139%	127%
стационарное лечение	753	1 396	808	1 358	774	1 336	96%	98%

Бюджет дерматовенерологии был выполнен на 101%, лечебные случаи на 95%. Недовыполнение случаев лечения связано в основном с меньшим, чем предполагалось, объемом амбулаторного лечения в Харьковском регионе. В Харьковском регионе время ожидания в амбулаторной дерматовенерологии часто бывает больше допустимого – по данным отчетов на 1.01.2014 г. время ожидания превышало допустимое в Северо-Эстонской региональной больнице и Восточно-Таллиннской центральной больнице. В обоих медицинских учреждениях превышение допустимого времени ожидания связано с отсутствием пропускной способности медицинского учреждения – увеличение количества приемов невозможно. Предложение стационарного лечения и средняя стоимость стационарного случая лечения сокращались быстрее, чем прогнозировалось – за счет стационарного лечения больше финансировались услуги амбулаторного и дневного лечения. Рост средней стоимости амбулаторного и дневного случаев лечения связан в основном с увеличением доли биологического лечения.

Первичное послебольничное лечение

Таблица 16. Выполнение бюджета в послебольничном лечении в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Первичное послебольничное лечение	1 541	2 208	1 685	2 162	1 770	2 232	105%	103%
стационарное лечение	1 541	2 208	1 685	2 162	1 770	2 232	105%	103%

Бюджет первичного послебольничного лечения был выполнен на 105%, случаи лечения – на 103%. Услуги первичного послебольничного лечения в качестве отдельной договорной специальности оказывают общие больницы и партнеры. Из центральных и региональных больниц первичное послебольничное лечение в качестве отдельной договорной специальности проводит только Восточно-Таллиннская центральная больница. Более высокая по сравнению с запланированной средняя стоимость случая лечения указывает на более сложные и продолжительные случаи лечения. Рост случаев лечения обусловлен лечением больных с острыми состояниями в больницах высшего этапа. По окончании активного лечения пациента обычно направляют на стационарное послебольничное лечение в общую больницу (в Восточно-Таллиннской центральной больнице первичное послебольничное лечение проводится отдельно).

Инфекционные болезни

Таблица 17. Выполнение бюджета в лечении инфекционных болезней в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Инфекционные болезни	6 705	37 545	7 283	37 235	7 371	38 814	101%	104%
амбулаторное лечение	2 486	27 364	2 754	26 766	2 652	27 588	96%	103%
дневное лечение	0	1	0	0	0	0	-	-
стационарное лечение	4 219	10 180	4 529	10 469	4 719	11 226	104%	107%

Бюджет лечения инфекционных болезней выполнен на 101%, случаи лечения на 104%. Больше запланированного было как амбулаторных, так и стационарных случаев лечения, средняя стоимость случая лечения в обоих типах была меньше запланированной. Лечение инфекционных больных относительно сложно прогнозировать в связи с возможными вспышками заболеваний, по регионам и медицинским учреждениям отклонения больше запланированного, чем по агрегированным данным. В Харьковском регионе в 2013 году была вспышка ротавирусной инфекции, что вызвало большее количество случаев лечения с низкой средней стоимостью. Количество случаев лечения в Тартуском регионе повысила вспышка вирусного менингита среди детей, лечившихся в клинике Тартуского университета.

Хирургия

Таблица 18. Выполнение бюджета хирургии в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Хирургия	77 269	381 425	81 065	388 198	81 070	392 303	100%	101%
амбулаторное лечение	15 425	327 704	16 673	334 511	17 259	337 918	104%	101%
дневное лечение	3 380	11 448	3 754	11 994	3 749	11 990	100%	100%
стационарное лечение	58 464	42 273	60 638	41 693	60 062	42 395	99%	102%

Подспециальностями хирургии в 2013 году были кардиохирургия, детская хирургия, нейрохирургия, челюстно-лицевая хирургия, хирургия грудной клетки, урология, сосудистая хирургия и общая хирургия. Выполнение бюджета в хирургии соответствовало запланированному уровню.

Средняя стоимость случая лечения в хирургии была меньше запланированной. Подешевление среднего случая лечения обусловлено стационарным лечением, где средняя стоимость случая лечения ниже запланированной в бюджете. Количество случаев лечения в стационарном лечении увеличилось. Снижение средней стоимости случая лечения и увеличение количества случаев лечения в стационарном лечении в основном связаны с общей хирургией. Подорожание амбулаторного случая лечения связано с ростом исследований и процедур, а также переходом простых случаев лечения из дневного в амбулаторное, увеличилось также количество приемов на один случай лечения.

Из подспециальностей хирургии больше запланированного услугами пользовались в общей хирургии и урологии. Бюджет был недовыполнен в кардиохирургии, нейрохирургии, челюстно-лицевой хирургии, сосудистой хирургии и пересадке органов. Бюджет торакальной хирургии был превышен в связи с двумя сверхдорогими случаями лечения, количество случаев лечения в торакальной хирургии недовыполнено.

Время ожидания в хирургии в стационарном и дневном лечении, а также в кардиохирургии, детской хирургии, челюстно-лицевой хирургии, хирургии грудной клетки и общей хирургии в амбулаторном лечении находится в допустимых пределах. Время ожидания превышает допустимое в амбулаторном лечении в нейрохирургии, сосудистой хирургии и урологии. Превышение времени ожидания связано в основном с недостаточной лечебной способностью (медицинский персонал).

В 2013 году в бюджете и договорах в качестве наблюдаемых услуг были отдельно приведены операции кардиохирургии, протезы сфинктера мочевого пузыря и пересадка органов. В 2013 году было проведено 817 кардиохирургических операций, в 2012 году общее количество кардиохирургических операций составлял 866. Бюджет кардиохирургических операций остался невыполненным, использование также уменьшилось по сравнению с прошлым годом. Кардиохирургические операции проводятся в Северо-эстонской региональной больнице, клинике Тартуского университета и Таллиннской детской больнице. В Северо-эстонской региональной больнице кардиохирургических операций было проведено меньше запланированного, причиной невыполнения бюджета было также проведение ремонтных работ в больнице.

Бюджет пересадки органов остался невыполненным. На невыполнение бюджета повлияло в основном меньшее по сравнению с запланированным количество трансплантаций почки. Количество трансплантаций почки зависит от пригодности органа донора для пациента. Влияет также и то, какая доля лиц, находящихся на гемодиализном лечении, попадает в лист ожидания трансплантации. В Эстонии количество трансплантаций почки составляет около 10% от лиц, находящихся на гемодиализном лечении, в других странах эта доля выше (например, в Норвегии 70-75% пациентов попадают на трансплантацию почки в год начала гемодиализа). В 2013 году было проведено 47 трансплантаций почки (в 2012 году 61), 7 трансплантаций печени (в 2012 году 11), 3 трансплантации легких (в 2012 году 2) и 1 трансплантация печени и почки. Количество пациентов в листе ожидания по состоянию на 1.01.2014 г.: трансплантация почки – 37 пациентов (в т. ч. 25 пациентов в активном листе ожидания), трансплантация печени – 4 пациента, трансплантация легких – 2 пациента.

Неврология

Таблица 19. Выполнение бюджета неврологии в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Неврология	15 697	140 730	16 591	142 390	17 732	139 314	107%	98%
амбулаторное лечение	7 248	132 645	7 771	134 626	8 196	131 358	105%	98%
дневное лечение	43	190	51	209	51	162	100%	78%
стационарное лечение	8 406	7 895	8 769	7 555	9 485	7 794	108%	103%

Бюджет неврологии был выполнен на 107%, случаи лечения – на 98%. Средняя стоимость случая лечения во всех типах лечения значительно превышала запланированную в основном по причине роста количества исследований и использования лекарств (в т. ч. биологическое исследование). Количество случаев лечения в 2013 году было аналогично абсолютному уровню прошлого года – прогнозируемого роста случаев лечения не произошло. По данным отчетов 1.01.2014 г. время ожидания на амбулаторное лечение в неврологии превысило допустимое во всех таллиннских больницах. Причиной превышения допустимого времени ожидания является отсутствие пропускной способности медицинских учреждений – при существующем количестве врачей невозможно увеличить количество приемов.

Офтальмология

Таблица 20. Выполнение бюджета офтальмологии в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Офтальмология	17 466	373 837	18 695	379 426	18 615	370 600	100%	98%
амбулаторное лечение	8 740	357 854	9 817	363 555	9 539	354 242	97%	97%
дневное лечение	7 132	14 296	7 358	14 293	7 426	14 593	101%	102%
стационарное лечение	1 594	1 687	1 520	1 578	1 650	1 765	109%	112%

Бюджет офтальмологии был выполнен на 100%, случаи лечения на 98%. Офтальмология является в основном амбулаторной специальностью, большую часть объема дневного лечения (93% случаев лечения и 97% суммы) составляют операции по удалению катаракты. Доля стационарного лечения была больше запланированной в связи с количеством случаев лечения, проведенного в качестве неотложной помощи. В амбулаторном лечении как в части случаев лечения, так и суммы бюджет был недовыполнен, в то же время, время ожидания амбулаторного лечения у многих договорных партнеров было больше допустимого. Причина превышения допустимого времени ожидания заключалась в основном в отсутствии пропускной способности, однако в отчетах представлена также причина нехватки денег (Восточно-Таллиннская центральная больница, где спрос превышает предложение, и увеличение объема договора не укорачивает время ожидания также по оценке самой больницы).

Офтальмология является специальностью прямого обращения – для обращения к врачу-специалисту не требуется направления семейного врача, и врачи-специалисты по меньшей мере частично занимаются проблемами, которые можно решить на первичном уровне у семейного врача или оптометриста.

В офтальмологии в 2013 году в бюджете и договорах в качестве специальных случаев были приведены операции по удалению катаракты. Операции по удалению катаракты обычно проводятся в плановом порядке. Количество операций по удалению катаракты осталось на уровне прошлого года – в 2012 году Больничная касса финансировала 13 652 операции по удалению катаракты, в 2013 году – 13 691 операцию. Время ожидания на операцию по удалению катаракты у всех договорных партнеров находится в пределах допустимого (1,5 года).

Онкология

Таблица 21. Выполнение бюджета онкологии в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Онкология	44 606	110 914	46 980	111 625	47 083	114 419	100%	103%
амбулаторное лечение	23 838	97 169	24 595	97 604	25 321	99 833	103%	102%
дневное лечение	1 506	2 880	1 740	3 189	1 852	3 224	106%	101%
стационарное лечение	19 262	10 865	20 645	10 832	19 910	11 362	96%	105%

Онкологию характеризует стабильный рост как в части случаев лечения, так и в случае средней стоимости случая лечения. Несмотря на некоторое превышение запланированных случаев лечения, рост количества случаев лечения вдвое меньше по сравнению с ростом 2012 года (6%) (в 2013 году количество случаев лечения выросло по сравнению с прошлым годом на 3%). Бюджет онкологии был выполнен на 100%, случаи лечения на 103%. Время ожидания в онкологии во всех медицинских учреждениях находится в допустимых пределах. Количество случаев лечения во всех типах лечения было больше запланированного, средняя стоимость случая лечения в стационарном лечении была меньше запланированной, в амбулаторном и дневном лечении – выше запланированной. Часть услуг была переведена из стационарного лечения в дневное, случаи химиотерапии частично перешли из дневного лечения в амбулаторное. Перевод лечения из стационарного в дневное и из дневного в амбулаторное позволяет застрахованным получить необходимые услуги по специальностям, спрос на которые растет. Количество получивших лечение лиц в онкологии в последние годы росло быстрее, чем в среднем в специальной медицинской помощи. Причина роста заключается в старении населения, а также повышении доступности новых методов диагностики и лечения.

В онкологии в бюджете и договорах 2013 года в качестве отдельной услуги была выделена брахитерапия – внутренняя лучевая терапия, при которой небольшое количество радиоактивного материала вводится непосредственно в пораженный орган. Брахитерапия была проведена в 30 случаях вместо 32 запланированных, медленнее запланированного лечение вводилось в клинике Тартуского университета.

Ортопедия

Таблица 22. Выполнение бюджета ортопедии в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Ортопедия	35 336	260 898	37 576	266 962	36 836	262 562	98%	98%
амбулаторное лечение	8 200	243 293	9 031	249 040	9 103	244 643	101%	98%
дневное лечение	1 965	4 354	2 172	4 541	2 201	4 482	101%	99%
стационарное лечение	25 171	13 251	26 373	13 381	25 532	13 437	97%	100%

В ортопедии в 2013 году рост планировался во всех типах лечения. Фактический рост был ниже запланированного – по сравнению с прошлым годом количество случаев лечения увеличилось на 1700. Средняя стоимость случая лечения была ниже запланированного в стационарном лечении – в том числе ниже запланированного были средняя стоимость эндопротезирования, включенная в общую сумму стационарного лечения, и стоимость стационарного лечения прочих ортопедических процедур (в основном лечение травм).

В ортопедии в бюджете и договорах 2013 года в качестве отдельной услуги были выделены операции по эндопротезированию. Бюджет эндопротезирования был выполнен на 97%, случаи лечения – на 99%. Время ожидания на эндопротезирование у всех договорных партнеров находится в пределах допустимого (1,5 года). Объем договора остался невыполненным в Северо-Эстонской региональной больнице, клинике Тартуского университета и Курессаареской больнице.

Оториноларингология

Таблица 23. Выполнение бюджета оториноларингологии в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Оториноларингология	10 915	192 647	11 810	195 097	11 967	192 744	101%	99%
амбулаторное лечение	5 168	176 131	5 727	178 523	5 956	176 027	104%	99%
дневное лечение	1 816	6 298	2 014	6 582	1 930	6 233	96%	95%
стационарное лечение	3 931	10 218	4 069	9 992	4 081	10 484	100%	105%

Бюджет оториноларингологии был выполнен на 101%, случаи лечения на 99%. Количество случаев лечения в специальности существенно не изменилось по сравнению с прошлым годом, средняя стоимость случая лечения выросла в основном в амбулаторном лечении. В амбулаторном лечении по сравнению с прошлым годом увеличилось количество приемов на один случай лечения (случай лечения длиннее), увеличилось также количество рентгеновских и компьютерных исследований. Согласно данным об очередях, по состоянию на 1.01.2014 г. в больницах ПРБС время ожидания находится в допустимых пределах. Недовыполнение дневных случаев лечения обусловлено в основном перевыполнением стационарных случаев лечения по договору с клиникой Тартуского университета. В клинике Тартуского университета оказывается сравнительно много стационарных услуг по оториноларингологии по сравнению с другими медицинскими учреждениями – 44% стационарных случаев лечения в оториноларингологии проведено в клинике Тартуского университета.

В бюджете и договорах 2013 года в качестве специального случая оториноларингологии приведена установка слуховых имплантатов. В 2013 году было установлено 20 слуховых имплантатов, бюджет выполнен согласно запланированному уровню.

Педиатрия

Таблица 24. Выполнение бюджета педиатрии в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Педиатрия	18 362	149 714	19 381	147 811	20 465	154 984	106%	105%
амбулаторное лечение	5 696	119 730	6 212	118 754	6 379	125 081	103%	105%
дневное лечение	844	2 268	926	2 331	979	2 502	106%	107%
стационарное лечение	11 822	27 716	12 243	26 726	13 107	27 401	107%	103%

Бюджет педиатрии был выполнен на 106%, случаи лечения – на 105%. Увеличение количества амбулаторных случаев лечения обусловлено в основном ростом количества приемов в отделении экстренной медицинской помощи (ЕМО) Харьуского региона (Таллиннская детская больница). Стоимость приема в ЕМО ниже средней стоимости, случаи лечения часто входят в компетенцию семейного врача. Сокращение случаев стационарного лечения по сравнению с прошлым годом было медленнее запланированного. В стационарном лечении большую роль играли сверхдорогие случаи лечения. В 2013 году в педиатрии было 12 случаев лечения, стоимость которых превышала 65 тысяч евро, в сумме их стоимость составила 1,3 миллиона евро. Без учета сверхдорогих случаев лечения средняя стоимость стационарного случая лечения была ниже запланированной.

Психиатрия

Таблица 25. Выполнение бюджета психиатрии в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Психиатрия	19 848	236 438	21 565	238 392	21 616	237 558	100%	100%
амбулаторное лечение	5 582	225 452	6 046	227 604	6 082	226 824	101%	100%
дневное лечение	203	484	265	498	241	479	91%	96%
стационарное лечение	14 063	10 502	15 254	10 290	15 293	10 255	100%	100%

В психиатрии был запланирован рост пользования услугами по сравнению с прошлым годом, бюджет выполнен согласно запланированному уровню. Количество случаев амбулаторного лечения выросло по сравнению с прошлым годом, количество случаев стационарного лечения немного снизилось, количество случаев дневного лечения осталось на том же уровне. Время ожидания в психиатрии в основном находится в допустимых пределах.

Пульмонология

Таблица 26. Выполнение бюджета пульмонологии в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Пульмонология	14 005	73 794	15 236	74 887	15 821	75 840	104%	101%
амбулаторное лечение	6 749	69 809	7 305	71 049	7 474	71 878	102%	101%
дневное лечение	28	45	41	72	104	115	254%	160%
стационарное лечение	7 228	3 940	7 890	3 766	8 243	3 847	104%	102%

Бюджет пульмонологии выполнен на 104%, случаи лечения на 101%. В бюджете запланирован рост амбулаторных и дневных случаев лечения, реальный рост был еще больше запланированного. По данным отчетов по состоянию на 1.01.2014 г. ни в одном медицинском учреждении, оказывающем услуги в области пульмонологии, время ожидания не превышает допустимого – услуги по этой специальности доступны. На рост амбулаторных случаев лечения повлияло расширение применения домашнего респираторного лечения, что уменьшило потребность в стационарном лечении. Количество стационарных случаев лечения снижалось в более медленном темпе, чем ожидалось, превышение запланированного роста средней стоимости случая лечения связано с дорогими случаями лечения, проведенными в качестве неотложной помощи.

Внутренние болезни

Таблица 27. Выполнение бюджета внутренних болезней в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Внутренние болезни	117 817	440 398	123 938	448 466	124 678	440 739	101%	98%
амбулаторное лечение	29 329	382 300	31 164	390 832	32 644	383 232	105%	98%
дневное лечение	8 699	5 895	9 421	6 199	9 120	6 427	97%	104%
стационарное лечение	79 789	52 203	83 353	51 435	82 914	51 080	99%	99%

К специальности внутренние болезни в 2013 году относились эндокринология, гастроэнтерология, гематология, кардиология, профессиональные заболевания, нефрология, ревматология и внутренние болезни. В бюджете и договорах в качестве отдельно финансируемых услуг приводились диализ и пересадка костного мозга.

Бюджет был выполнен на 101%, случаи лечения – на 98%. Стационарное лечение сокращалось быстрее запланированного, лечение переведено на дневное, а оттуда – на амбулаторное. Рост амбулаторных случаев лечения был меньше запланированного, в то же время, средняя стоимость амбулаторного случая лечения была выше запланированной. Амбулаторное лечение ограничивает также недостаточная пропускная способность медицинских учреждений, что не позволяет увеличить количество амбулаторных приемов на многих подспециальностях специальности внутренние болезни. Средняя стоимость амбулаторного случая лечения больше всего по сравнению с запланированной выросла в ревматологии; в части услуг стоимость амбулаторного случая лечения увеличилась в первую очередь благодаря увеличению доли лекарств (в т. ч. биологическое лечение), исследований и процедур.

Бюджет диализа был выполнен на 96%, случаи лечения – на 99%. Пересадок костного мозга было сделано больше, чем планировалось. В 2013 году услуги, связанные со стационарной пересадкой костного мозга, были оказаны 84 лицам (в 2012 году – 69).

Акушерство и гинекология

Таблица 28. Выполнение бюджета акушерства и гинекологии в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Акушерство и гинекология	41 694	523 624	44 989	528 893	44 172	521 452	98%	99%
амбулаторное лечение	20 589	477 043	22 182	481 446	22 231	475 064	100%	99%
дневное лечение	2 335	16 235	2 684	17 138	2 610	16 589	97%	97%
стационарное лечение	18 770	30 346	20 123	30 309	19 331	29 799	96%	98%

Бюджет акушерства и гинекологии был выполнен на 98%, случаи лечения – на 99%. Случаи лечения были невыполнены во всех типах лечения, невыполнение стационарных случаев лечения было обусловлено меньшим количеством родов, чем было запланировано. Время ожидания в гинекологии во всех больницах ПРБС находилось в допустимых пределах – невыполнение бюджета связано с меньшим спросом, чем был запланирован.

В бюджете и договорах 2013 года в качестве специальных случаев акушерства и гинекологии были приведены роды и лечение бесплодия (IVF). В 2013 году количество родов было на 4% меньше запланированного – вместо предполагаемого при планировании роста количества родов оно уменьшилось по сравнению с прошлым годом и в 2013 году. Относительно многочисленное поколение «поющей революции» достигло возраста репродуктивности, в связи с этим в бюджете 2014 года, несмотря на тенденцию сокращения в предыдущие годы, было запланировано увеличение количества родов.

Количество случаев лечения бесплодия было намного выше (2455 случаев) по сравнению с запланированным (2177 случаев). Использование денежных средств Больничной кассы было ниже ожидаемого – причиной невыполнения бюджета был больший по сравнению с ожидаемым объем компенсируемых Министерством социальных дел услуг (из государственного бюджета процедуры финансируются начиная с четвертого раза). В части лечения бесплодия увеличились как возраст женщин, получавших процедуры, так и количество процедур на одну женщину.

Восстановительное лечение

Таблица 29. Выполнение бюджета восстановительного лечения в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Восстановительное лечение	10 124	76 943	11 226	78 817	11 388	74 939	101%	95%
амбулаторное лечение	5 054	70 318	5 081	72 309	5 373	67 748	106%	94%
стационарное лечение	5 070	6 625	6 145	6 508	6 015	7 191	98%	110%

Бюджет восстановительного лечения был выполнен на 101%, случаи лечения – на 95%. Случаи амбулаторного лечения были выполнены на 94%. По сравнению с прошлым годом количество амбулаторных случаев лечения увеличилось, но темп роста был медленнее запланированного. Средняя стоимость амбулаторного случая лечения была значительно больше запланированной – групповая терапия восстановительного лечения была использована не в полном объеме. Количество стационарных случаев восстановительного лечения по сравнению с прошлым годом увеличилось, это было обусловлено также расширением показаний для направления на стационарный уход в перечне услуг здравоохранения Больничной кассы. Средняя стоимость случая лечения была меньше запланированной. Бюджет в стационарном лечении был выполнен на 98%, случаи лечения на 110%. По данным представленных на 1.01.2014 г. отчетов, время ожидания в амбулаторном восстановительном лечении в больницах ПРБС в основном находилось в допустимых пределах.

Исполнение договоров специальной медицинской помощи больницами плана развития больничной сети

В 2013 году Больничная касса выплатила больницам ПРБС за 2,6 миллиона случаев специальной медицинской помощи 439,5 миллиона евро. Случаи лечения больниц плана развития больничной сети составили 80% и сумма 92% от бюджета специальной медицинской помощи. В следующей таблице представлены данные относительно исполнения договоров специальной медицинской помощи больницами плана развития больничной сети в 2013 году.

Таблица 30. Исполнение договоров специальной медицинской помощи больницами плана развития больничной сети в тысячах евро

	2012 фактический		2013 договор		2013 фактический		Исполнение договоров	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Põhja-Eesti Regionaalhaigla SA	108 840	335 860	114 135	337 388	115 162	336 981	101%	100%
амбулаторно	30 362	294 504	32 512	295 954	33 820	296 058	104%	100%
дневное лечение	4 396	6 779	4 664	6 926	4 651	6 862	100%	99%
стационарно	74 082	34 577	76 959	34 508	76 691	34 061	100%	99%
TÜ Kliinikum SA	103 593	457 586	110 179	466 683	110 772	470 323	101%	101%
амбулаторно	29 927	401 762	32 345	409 908	33 021	413 169	102%	101%
дневное лечение	4 601	11 545	5 210	12 073	5 264	12 133	101%	100%
стационарно	69 065	44 279	72 624	44 702	72 487	45 021	100%	101%
Ida-Tallinna Keskhaigla AS	56 351	444 463	59 330	449 935	60 024	452 281	101%	101%
амбулаторно	20 678	403 823	22 224	409 202	22 492	410 489	101%	100%
дневное лечение	5 183	12 484	5 639	12 870	5 727	13 003	102%	101%
стационарно	30 490	28 156	31 467	27 863	31 805	28 789	101%	103%
Lääne-Tallinna Keskhaigla AS	31 145	301 939	33 367	308 846	33 634	310 401	101%	101%
амбулаторно	11 924	276 287	13 258	283 091	13 266	284 232	100%	100%
дневное лечение	2 695	4 644	2 793	4 955	2 759	4 977	99%	100%
стационарно	16 526	21 008	17 316	20 800	17 609	21 192	102%	102%
SA Ida-Viru Keskhaigla	20 362	154 993	21 459	152 454	21 439	148 775	100%	98%
амбулаторно	6 013	138 950	6 465	136 045	6 467	132 484	100%	97%
дневное лечение	1 750	3 561	1 822	3 587	1 808	3 579	99%	100%
стационарно	12 599	12 482	13 172	12 822	13 164	12 712	100%	99%
Pärnu Haigla SA	19 446	168 208	21 015	175 697	21 173	176 060	101%	100%
амбулаторно	6 218	150 468	6 857	157 158	6 897	157 421	101%	100%
дневное лечение	936	3 988	1 150	4 730	1 129	4 776	98%	101%
стационарно	12 292	13 752	13 008	13 809	13 147	13 863	101%	100%
Tallinna Lastehaigla SA	16 226	170 820	17 780	171 781	18 039	175 281	101%	102%
амбулаторно	5 526	149 509	6 241	152 736	6 198	154 001	99%	101%
дневное лечение	1 069	3 143	1 182	3 210	1 214	3 485	103%	109%
стационарно	9 631	18 168	10 357	15 835	10 627	17 795	103%	112%
SA Narva Haigla	11 233	106 579	11 749	101 852	11 763	102 250	100%	100%
амбулаторно	3 534	92 830	3 688	88 385	3 677	88 733	100%	100%
дневное лечение	397	1 144	434	1 129	434	1 115	100%	99%
стационарно	7 302	12 605	7 627	12 338	7 652	12 402	100%	101%

продолжение на стр. 62 ↓

Таблица 30. Исполнение договоров специальной медицинской помощи больницами плана развития больничной сети в тысячах евро

	2012 фактический		2013 договор		2013 фактический		Исполнение договоров	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Viljandi Haigla SA	8 453	63 834	8 886	63 315	8 956	63 575	101%	100%
амбулаторно	2 147	56 289	2 357	56 159	2 358	56 159	100%	100%
дневное лечение	229	955	263	972	266	1 002	101%	103%
стационарно	6 077	6 590	6 266	6 184	6 332	6 414	101%	104%
AS Rakvere Haigla	6 058	40 152	6 613	41 980	6 608	41 768	100%	99%
амбулаторно	1 644	33 408	1 830	34 862	1 844	34 617	101%	99%
дневное лечение	234	1 120	272	1 219	271	1 209	100%	99%
стационарно	4 180	5 624	4 511	5 899	4 493	5 942	100%	101%
Kuressaare Haigla SA	5 375	45 771	5 773	47 985	5 727	47 168	99%	98%
амбулаторно	1 488	40 735	1 700	42 974	1 709	42 032	101%	98%
дневное лечение	300	582	325	618	301	577	93%	93%
стационарно	3 587	4 454	3 748	4 393	3 717	4 559	99%	104%
Lõuna-Eesti Haigla AS	4 815	40 556	5 036	38 901	5 158	39 440	102%	101%
амбулаторно	1 374	34 813	1 482	33 542	1 482	33 682	100%	100%
дневное лечение	350	1 320	382	1 235	384	1 277	101%	103%
стационарно	3 091	4 423	3 172	4 124	3 292	4 481	104%	109%
Järvaмаа Haigla AS	4 161	41 619	4 443	42 214	4 449	42 432	100%	101%
амбулаторно	1 809	37 793	1 971	38 381	1 989	38 676	101%	101%
дневное лечение	216	771	241	811	229	811	95%	100%
стационарно	2 136	3 055	2 231	3 022	2 231	2 945	100%	97%
Põlva Haigla AS	3 185	29 217	3 385	29 205	3 385	29 245	100%	100%
амбулаторно	971	25 263	1 028	25 246	1 028	25 308	100%	100%
дневное лечение	192	1 055	220	1 082	220	1 072	100%	99%
стационарно	2 022	2 899	2 137	2 877	2 137	2 865	100%	100%
Läänemaa Haigla SA	3 203	32 862	3 364	32 990	3 328	32 017	99%	97%
амбулаторно	947	29 458	1 073	29 670	1 083	28 976	101%	98%
дневное лечение	84	444	112	530	108	522	96%	98%
стационарно	2 172	2 960	2 179	2 790	2 137	2 519	98%	90%
Rapla Maakonnahaigla SA	3 009	30 876	3 249	31 834	3 259	30 411	100%	96%
амбулаторно	1 075	27 577	1 219	28 827	1 234	27 381	101%	95%
дневное лечение	135	623	222	597	216	565	97%	95%
стационарно	1 799	2 676	1 808	2 410	1 809	2 465	100%	102%
Valga Haigla AS	3 041	32 662	3 186	31 762	3 187	31 831	100%	100%
амбулаторно	1 013	29 100	1 087	28 510	1 093	28 511	101%	100%
дневное лечение	267	975	257	831	252	840	98%	101%
стационарно	1 761	2 587	1 842	2 421	1 842	2 480	100%	102%
Jõgeva Haigla SA	2 102	17 876	2 217	17 797	2 215	16 827	100%	95%
амбулаторно	666	15 764	695	15 726	695	14 772	100%	94%
дневное лечение	59	237	65	237	62	220	95%	93%
стационарно	1 377	1 875	1 457	1 834	1 458	1 835	100%	100%
SA Hiiuмаа Haigla	1 141	11 994	1 269	12 107	1 270	11 511	100%	95%
амбулаторно	320	10 750	396	10 848	380	10 311	96%	95%
дневное лечение	52	281	59	307	42	238	71%	78%
стационарно	769	963	814	952	848	962	104%	101%
Всего	411 739	2 527 867	436 435	2 554 726	439 548	2 558 577	101%	100%

Оказание услуг в дневной хирургии или амбулаторно

С 2012 года Больничная касса, опираясь на данные счетов за лечение, давала больницам плана развития больничной сети обратную связь относительно их деятельности. Целью отчета было предложить больницам возможность сравнить свою деятельность с другими больницами и при необходимости применить опыт других. Отчет включает индикаторы, описывающие различные аспекты деятельности больницы в лечении разных заболеваний⁵. В данном отчете за хозяйственный год представлены данные относительно одного индикатора, рассматривающего оказание услуг в дневной хирургии или амбулаторно.

Согласно данным об использовании специальной медицинской помощи доля операций в дневной хирургии и амбулаторном лечении выросла с 41% в 2009 году до 45% в 2013 году. Перевод услуг из стационара согласуется с целью Больничной кассы финансировать услуги с точки зрения эффективного использования ресурсов и по возможности в дневном лечении.

Далее приведен пример изменения доли герниотомий (паховой грыжи) в зависимости от типа лечения в 2011-2013 гг.

За три последних года доля проведенных вне больничного лечения герниотомий увеличилась, составив в 2013 году 34% от всех проведенных герниотомий. Изменение произошло в основном за счет увеличения доли не лапароскопических процедур.

Доля дневной хирургии при лапароскопических герниотомиях в 2011-2013 гг. в Эстонии составляла соответственно 13%, 16% и 7%, в то время, когда среди трех стран OECD с самой высокой долей этот показатель составлял в Канаде 82% (в 2010 году), Голландии 78% (в 2010 году) и Швеции 71% (в 2011 году).

По больницами доля различна, и тенденция в сторону дневной хирургии чаще наблюдается в региональных и центральных больницах. В то же время, в других больницах за последние три года все услуги были оказаны в дневной хирургии (см. схему 12).

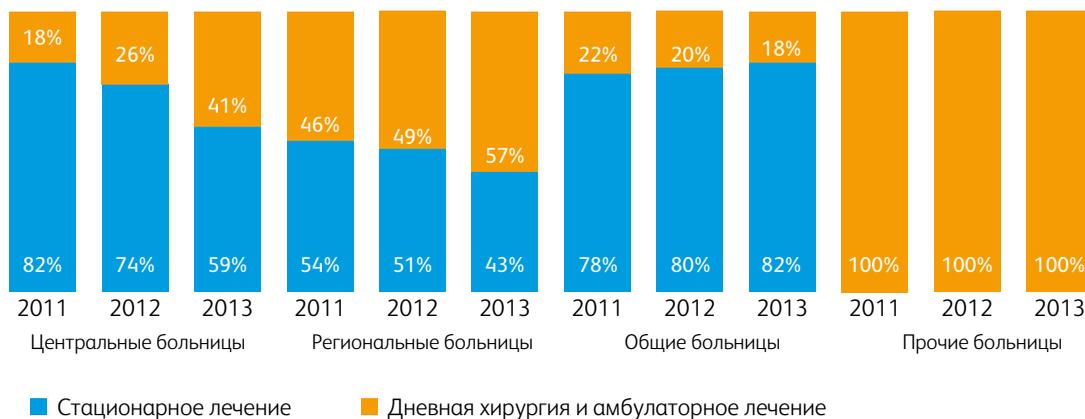


Схема 12. Герниотомии по больницам в 2011-2013 гг.

На основании данных OECD можно утверждать, что в развитых странах указанные услуги все больше оказываются в дневной хирургии. Как следует из предыдущего, аналогичный тренд наблюдается и в Эстонии, где по-прежнему имеется потенциал для развития дневной хирургии по сравнению с другими странами.

⁵ HVA. С отчетом по предоставленной больницами обратной связи можно ознакомиться на сайте Больничной кассы: <http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/kvaliteet/tagaside>

1.3.2. Медицинские услуги центральной закупки

Бюджет медицинских услуг центральной закупки выполнен на 104%, случаи лечения на 80%.

Таблица 31. Выполнение бюджета медицинских услуг центральной закупки в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Неотложный транспорт для застрахованных (самолет, вертолет)	173	103	221	127	235	128	106%	101%
Курсы лечения в гематологии	2 519	381	2 043	384	2 279	385	112%	100%
Патоанатомическое вскрытие	76	532	81	545	45	327	56%	60%
Лекарства центральной закупки	1 758	972	2 587	1 344	2 569	1 081	99%	80%
Всего	4 526	1 988	4 932	2 400	5 128	1 921	104%	80%

В части неотложного авиационного транспорта на 2013 год был запланирован рост услуги, фактический темп роста был больше запланированного.

Бюджет курсов лечения в гематологии был превышен на 236 тысяч евро – бюджет превышен в I квартале. Превышение обусловлено тем, что сверхдорогое лечение по замещению свертывающего фактора одного ребенка должно было закончиться в 2012 году, однако было продолжено в I квартале 2013 года. Во II-IV кварталах бюджет курсов лечения в гематологии соответствовал запланированному.

Бюджет патоанатомических вскрытий был выполнен на 56%. Бюджет был запланирован с учетом большого использования в 2012 году.

Бюджет лекарств центральной закупки был выполнен на 99%, случаи лечения на 80%. В качестве лекарств центральной закупки были финансированы лечение болезни Гоше, болезни Фабри, биологическое лечение sclerosis multiplex и депо-форма антипсихотика.

1.4. Лечение по уходу или самостоятельная сестринская помощь

В 2013 году было введено много изменений, касающихся лечения по уходу, в т. ч. с 2014 года изменилось и название лечения по уходу, новое название – «самостоятельная сестринская помощь». Для оказания стационарной сестринской помощи было принято регулирующее оказание услуги постановление министра социальных дел «Перечень разрешенных в больнице сестринского ухода сестринских услуг и относящиеся к ним действия, а также требования к составу работников, помещениям, оборудованию, аппаратуре и средствам работы, необходимым для оказания самостоятельной стационарной сестринской помощи». В связи с изменениями в правовом пространстве были пересмотрены также цены на стационарный сестринский уход (т.е. самостоятельную стационарную сестринскую помощь), изменения в перечне услуг здравоохранения вступили в силу 1.01.2014 г.

В 2013 году Больничная касса выплатила за оказанные застрахованным лицам услуги по уходу на 17% больше, чем в 2012 году (см. таблицу 32). Увеличилось финансирование как амбулаторного, так и стационарного ухода, соответственно на 13% и 19%. В амбулаторном уходе самый большой рост был в домашнем сестринском уходе (14%). Количество случаев лечения выросло по сравнению с 2012 годом как в стационарном, так и в амбулаторном домашнем уходе на 11%. Больше всего количество случаев лечения увеличилось также в домашнем сестринском уходе.

Причиной планирования быстрого роста бюджета было появление новых современных возможностей ухода в связи с реновацией и созданием при поддержке Европейских структурных фондов койко-мест для лечения по уходу. Запланированный бюджет стационарного ухода был невыполнен уже в первом полугодии. На невыполнение бюджета лечения по уходу больше всего повлияло невыполнение стационарного ухода в некоторых общих больницах. Перевыполнение случаев лечения было достигнуто за счет быстрого роста домашней сестринской помощи.

Таблица 32. Выполнение бюджета лечения по уходу в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Стационарное лечение	13 796	16 848	16 817	19 146	16 362	18 647	97%	97%
Амбулаторное лечение, в т. ч.	3 742	32 146	4 196	33 742	4 245	35 540	101%	105%
домашняя сестринская помощь	3 258	26 470	3 689	27 953	3 711	29 542	101%	106%
домашнее лечение онкологических больных	397	4 249	410	4 302	441	4 559	108%	106%
гериатрическая оценка	87	1 427	97	1 487	93	1 439	96%	97%
Всего	17 538	48 994	21 013	52 888	20 607	54 187	98%	102%

Улучшение доступности амбулаторного лечения по уходу подтверждает также увеличение количества домашних сестринских визитов и получивших помощь людей (см. таблицу 33). Количество сестринских визитов составляло в среднем 30 визитов на одного человека, пользовавшегося услугой. Количество домашних визитов к онкологическим больным хотя и увеличилось, но количество пользователей услугой сократилось на 4%. Среднее количество визитов на одного человека увеличилось на один визит. В отношении людей 65 лет и старше в 2013 году в амбулаторном уходе было совершено 27,8 визитов на одного человека (в 2012 году 26,5). В стационарном уходе в 2013 году среди людей 65 лет и старше было в среднем 35,2 койко-дней на человека (в 2012 году 32,7). По сравнению с 2012 годом увеличилось как количество амбулаторных визитов, так и койко-дней на одного человека в год среди людей 65 лет и старше. В связи со старением населения Эстонии мы имеем растущую тенденцию, которую Больничная касса учитывает при планировании ресурсов в лечении по уходу.

Таблица 33. Визиты в амбулаторном лечении по уходу

	2012 фактический		2013 фактический		Изменение по сравнению с 2012 годом	
	Визитов	Лиц	Визитов	Лиц	Визитов	Лиц
Домашняя сестринская помощь	197 707	6 497	214 387	7 063	8%	9%
Домашнее поддерживающее лечение онкологических больных	17 337	1019	17 562	976	1%	-4%

Исполнение договоров в лечении по уходу

В 2013 году Больничная касса выплатила медицинским учреждениям за 54 тысячи случаев лечения 20,6 миллиона евро. В следующей таблице представлены данные относительно исполнения договоров по лечению по уходу в 2013 году.

Таблица 34. Исполнение договоров по лечению по уходу в тысячах евро

	2012 фактический		2013 договор		2013 фактический		Исполнение договоров	
	Сумма	Количество случаев лечения	Сумма	Количество случаев лечения	Сумма	Количество случаев лечения	Сумма	Количество случаев лечения
Айли Роотс	7	108	8	116	8	128	100%	110%
Abja Haigla SA	141	332	137	314	137	317	100%	101%
Aidelia OÜ	10	99	17	159	15	166	90%	104%
Alba Õendusteenused	6	117	12	218	12	181	98%	83%
Almeda Hooldushaigla SA	155	217	169	225	169	240	100%	107%
Alutaguse Hoolekeskus SA	73	213	104	258	104	240	100%	93%
Анне-Ли Варусон	11	70	14	86	14	86	100%	100%
Ascoli SA	51	492	57	519	57	519	100%	100%
Azeltor OÜ	34	320	32	288	32	278	100%	97%
Avahoole OÜ	38	312	40	311	40	463	99%	149%
Carrara SA	9	124	9	124	9	124	100%	100%
Corrigo OÜ	16	179	18	193	18	202	100%	105%
Depoo OÜ	296	2 874	299	2 752	299	2 832	100%	103%
EELK Tallinna Diakooniahaigla SA	532	1 689	536	1 663	536	1 702	100%	102%
Elva Haigla TM SA	278	820	441	1 077	441	1 078	100%	100%
Finkre Osahing	10	73	10	75	10	79	99%	105%
Hiiu Ravikeskus Sihtasutus	385	450	797	876	797	942	100%	108%
Hiiumaa Haigla SA	89	108	99	116	99	106	100%	91%
Ida-Tallinna Keskhaigla AS	1 929	3 750	2 096	3 899	2 101	3 820	100%	98%
Ida-Viru Keskhaigla SA	204	891	221	922	220	960	100%	104%
Jõgeva Haigla SA	226	498	236	552	224	458	95%	83%
Jõhvi Haigla SA	252	419	265	419	265	414	100%	99%
Jõhvi Hooldekeskus SA	79	110	88	116	88	116	100%	100%
Järvamaa Haigla AS	344	876	384	931	388	973	101%	105%
Kadrina Tervisekeskus OÜ	6	100	2	26	2	26	100%	100%
Kallavere Haigla AS	967	846	748	670	748	650	100%	97%
Kilingi-Nõmme Tervise- ja Hoolduskeskus SA	216	224	225	215	225	216	100%	100%
Kiviõli Tervisekeskus SA	285	363	300	363	300	376	100%	104%
Koduõde OÜ	552	3 779	629	4 073	629	4 054	100%	100%
Koduõendus OÜ	70	787	79	849	79	689	99%	81%
Koeru Hooldekeskus SA	129	215	136	216	129	202	95%	94%
Kuressaare Haigla SA	474	962	546	1 064	546	1 210	100%	114%
Käru Hooldusravi AS	10	109	12	115	12	99	101%	86%
Лагле Эверест	9	59	1	8	1	8	100%	100%
Loksa Haigla SA	8	15	0	0	0	0	-	-
Lõhavere Ravi- ja Hooldekeskus SA	156	299	145	273	145	273	100%	100%
Lõuna-Eesti Haigla AS	590	1 427	678	1 600	678	1 581	100%	99%
Lõuna-Läänemaa Tervishoiu ja Sotsiaalhooldekande Keskus SA	169	157	171	154	164	147	96%	95%
Läänemaa Haigla SA	150	392	356	591	346	675	97%	114%
Lääne-Tallinna Keskhaigla AS	504	922	1 327	1 809	1 332	1 460	100%	81%



Продолжение

Таблица 34. Исполнение договоров по лечению по уходу в тысячах евро

	2012 фактический		2013 договор		2013 фактический		Исполнение договоров	
	Сумма	Количество случаев лечения	Сумма	Количество случаев лечения	Сумма	Количество случаев лечения	Сумма	Количество случаев лечения
Майре Адлер	13	94	13	92	13	101	100%	110%
Medendi OÜ	139	1 143	165	1 287	165	1 330	100%	103%
Mustvee Tervis SA	152	292	153	294	144	265	95%	90%
Märjamaa Haigla AS	246	241	255	234	255	228	100%	97%
Märjamaa Perearstikeskus	0	0	12	84	10	81	85%	96%
Narva Haigla SA	511	937	731	1 257	731	1 225	100%	97%
Otepää Tervisekeskus SA	105	210	105	216	105	217	100%	100%
Peipsiveere Hooldusravikeskus SA 167	264	264	158	220	158	256	100%	116%
Пилле Лематс	12	110	13	114	13	120	100%	105%
PJV Hooldusravi SA	792	836	640	702	640	702	100%	100%
Põhja-Eesti Regionaalhaigla SA	367	467	393	446	396	444	101%	100%
Põltsamaa Tervis SA	109	302	96	191	96	192	99%	101%
Põlva Haigla AS	283	630	381	787	381	763	100%	97%
Pärnu Haigla SA	759	1 210	988	1 387	988	1 486	100%	107%
Pärnu-Jaagupi Hoolduskodu Sihtasutus	73	69	131	120	131	135	100%	113%
Rada Koduõendus OÜ	19	206	22	222	22	222	100%	100%
Rakvere Haigla AS	303	1 327	417	1 843	417	1 884	100%	102%
Rapla Maakonnahaigla SA	159	218	275	324	276	322	100%	99%
Рийна Синисоо	9	105	10	114	10	114	93%	100%
Rõngu Hooldusravikeskus SA	108	164	100	142	100	146	100%	103%
Räpina Haigla AS	263	490	277	509	277	512	100%	101%
Sillamäe Haigla SA	145	312	157	326	157	326	100%	100%
Sillamäe Sadama Haigla SA	14	115	16	125	16	125	100%	100%
Sõmeru Tervisekeskus OÜ	53	951	63	1 068	63	997	100%	93%
Tapa Haigla AS	326	443	316	406	311	373	98%	92%
Tartu Kesklinna Koduõendus OÜ	82	462	87	530	87	529	100%	100%
Tartu Vaimse Tervise Hooldakeskus SA	17	68	18	68	18	80	100%	118%
Tartu Ülikooli Kliinikum SA	864	1 781	943	1 919	916	1 877	97%	98%
Tervisekeskus Ljumam OÜ	118	673	135	726	135	726	100%	100%
TNP Konsultatsioonid OÜ	284	2 840	323	3 060	323	2 999	100%	98%
Tõrva Haigla SA	73	105	75	103	75	103	100%	100%
Tõrva Tervisekeskus OÜ	13	104	16	119	16	119	100%	100%
Valga Haigla AS	331	771	409	866	382	873	93%	101%
Viljandi Haigla SA	601	1 521	618	1 554	618	1 905	100%	123%
Võnnu Haigla SA	102	114	93	100	93	103	100%	103%
Vähihaigete Toetusravi SA	301	3 312	355	3 768	355	3 769	100%	100%
Vändra Tervisekeskus Sihtasutus	138	145	266	268	265	241	100%	90%
Õendusabiteenus OÜ	0	0	7	45	7	45	99%	100%
Õendusteenused OÜ	21	165	22	165	22	162	100%	98%
Всего	17 538	48 994	20 703	54 036	20 607	54 187	100%	100%

1.5. Лечение зубов

Самую большую долю из финансируемых Больничной кассой стоматологических услуг составляет стоматология для детей до 19 лет, за стоматологические услуги взрослым Больничная касса берет на себя обязательство оплаты только в случае неотложной помощи. Денежные компенсации в стоматологии (протезы, лечение зубов) рассматриваются в бюджете Больничной кассы отдельно от стоматологических услуг; представление о денежных компенсациях дает глава 5 данного отчета.

Бюджет стоматологических услуг был выполнен на 98%, случаи лечения на 102%.

Таблица 35. Выполнение бюджета стоматологии в тысячах евро и случаи лечения

	2012 фактический		2013 бюджет		2013 фактический		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Детская стоматология	14 402	301 247	15 426	302 099	15 032	309 240	97%	102%
Ортодонтия	3 393	44 864	3 626	46 635	3 560	46 267	98%	99%
Профилактика стоматологических заболеваний у детей	292	19 778	327	21 030	294	18 986	90%	90%
Неотложная стоматологическая помощь взрослым	781	19 252	807	19 025	885	20 160	110%	106%
Kokku	18 868	385 141	20 186	388 789	19 771	394 653	98%	102%

Бюджет детской стоматологии был выполнен на 97%, случаи лечения на 102%. В то же время, бюджет профилактики детских стоматологических заболеваний был выполнен по обеим частям на 90%. Профилактическая деятельность частично осуществляется и в ходе лечения зубов у детей – перевыполнение бюджета детской стоматологии по случаям лечения компенсирует невыполнение профилактики стоматологических заболеваний. В части ортодонтии на 2013 год был запланирован рост пользования услугой, фактический темп роста оказался несколько ниже ожидаемого. Пользование услугой неотложной стоматологической помощью у взрослых было больше запланированного – вместо ожидаемого снижения пользование услугой по сравнению с прошлым годом увеличилось.



Схема 13. Участие детей указанного в договоре финансирования профилактического осмотра на 2013 год года рождения в профилактической проверке или получении стоматологических услуг в абсолютной и относительной величине от всех детей соответствующего года рождения

Рекомендуемые в целях профилактики стоматологических заболеваний сроки проверки вытекают из постановления министра социальных дел, в договоре финансирования лечения установлены 4 группы по году рождения, финансирование которых осуществляется из предусмотренной для них строки бюджета профилактики.

На приемы по профилактике стоматологических заболеваний обязаны направлять семейные и школьные сестры – это урегулировано в рабочей инструкции семейного врача и работающего с ним медицинского работника и постановлении, регулирующем работу школьной сестры. Пользование услугой было меньше среди 6-летних детей, поэтому система направлений эффективнее в части детей школьного возраста. Эффективность сотрудничества семейных сестер, школьных сестер и зубных врачей необходимо повысить.

В качестве части профилактических визитов документируется также индекс DMF, показывающий, сколько у ребенка имеется отсутствующих, вылеченных или кариесных постоянных зубов (кариес в стадии пятна сюда не входит). У 14% детей, участвовавших в профилактической проверке, были обнаружены стоматологические заболевания. Целью должно быть повышение доли детей, у которых в 12-летнем возрасте зубы здоровы.

2. Развитие здоровья

Больничная касса финансирует развитие здоровья, исходя из программы развития Больничной кассы, чтобы достичь целей программы развития здоровья населения. Из запланированных на развитие здоровья ресурсов было использовано 706 тысяч евро или 71% бюджета. Недовыполнение связано с обусловленным изменением принципов деятельности переносом действий на 2014 год (приведение в соответствие инструкций для пациентов с обновленными принципами составления лечебных инструкций). На выполнение бюджета влияют также более дешевые предложения по государственным заказам.

Таблица 36. Выполнение бюджета развития здоровья в тысячах евро

	2012 факт.	2013 бюджет	2013 факт.	Выполнение бюджета
Деятельность, направленная на развитие здоровья детей	220	165	157	95%
Профилактика травм и отравлений, получаемых дома и во время досуга (в т.ч. профилактика употребления алкоголя)	284	250	243	97%
Действия, направленные на повышение осведомленности пациента (в т.ч. профилактика сердечных заболеваний и злокачественных опухолей)	310	585	306	52%
Kokku	814	1 000	706	71%

В рамках проекта развития здоровья детей «Развитие здоровья в школе и детском саду» было обучено 649 работников образования и здравоохранения и специалистов из 229 учреждений. Координаторы местного уровня проконсультировали 268 детских садов и школ по вопросам развития здоровья. В качестве части проекта детям-диабетикам и работающему с ними персоналу помогают адаптироваться в учебных заведениях. Созданию сети поддержки для детей-диабетиков содействовало 31 учреждение (10 дошкольных учреждений, 21 общеобразовательная школа), удовлетворенность деятельностью наставников составила 84%.

В рамках проекта, посвященного здоровью зубов у детей, во всех уездах прошли инфодни для взаимосвязанных групп (семейные сестры, учителя, специалисты по развитию здоровья и др.). В обучении участвовали 188 семейных сестер и сестер широкого профиля и 360 работников образования. Для профилактической деятельности среди детей младшего школьного возраста был дополнен сайт www.kiku.hambaarst.ee, подготовлена инструкция для учителей «Здоровье полости рта в школе». Проведено 68 консультаций в 50 детских учреждениях, рекомендации получили 1757 детей и 204 родителя.

В рамках проекта консультирования кризиса беременности в течение года совет получили 1419 человек в 2978 случаях, имея направления от акушерки, гинеколога или семейного врача. Консультирование проводится в 10 уездах и 12 учреждениях.

В рамках уездных проектов по профилактике травм прошли плановые мероприятия по повышению осведомленности населения в сфере безопасности дома и в обществе. Прошли также обучения по повышению компетентности специалистов. В рамках проектов проводились также лагеря по обучению безопасности для учащихся 6 классов.

Для повышения осведомленности людей в сотрудничестве с Эстонским союзом борьбы с раком в январе, феврале и мае была поддержана информационная работа в сфере исследований на рак груди и шейки матки. В течение года вышли 6 страничек о здоровье в ежедневных и еженедельных газетах, где затрагивались темы здоровья и системы здравоохранения. Повторная кампания по разумному употреблению лекарств прошла осенью, замечаемость кампании составила 90%. Дополнительно к 2014 году была подготовлена кампания о роли первичного уровня и сознательном выборе при пользовании услугами здравоохранения. Важным партнером здесь был Эстонский союз семейных врачей.

В целях развития системы здравоохранения в июне прошла всеэстонская конференция «Поддерживая сознательный выбор», где говорилось о доказательственности, грамотности в сфере здоровья, питания, психическом здоровье и профилактике наркомании. Участников было более 300. В июле прошли курсы по составлению инструкций в доказательственной медицине, в которых участвовало более 50 специалистов. В августе прошел семинар о данных и клинических индикаторах, в котором участвовало около 30 экспертов различных специальностей.

Был дополнен процесс составления инструкций для пациентов о сути заболеваний, предупреждении осложнений и возможностях лечения. Инструкции доступны на сайте www.gavijuhend.ee. Подготовлен материал для семьи ребенка-диабетика и начато составление инструкции для пациента к лечебной инструкции «Лечение гипертонической болезни взрослых на первичном уровне».

3. Компенсируемые лекарства для застрахованных

Компенсируемые Больничной кассой лекарства, которые пациент может употреблять самостоятельно, выдаются в аптеке на основании рецепта, выписанного медицинским работником. Часть стоимости рецепта оплачивает Больничная касса, соответствующая сумма вычитается в аптеке. Таким образом, пациент может сразу купить лекарства по льготной цене и не должен ходатайствовать о компенсации задним числом. Аптека в свою очередь представляет Больничной кассе с определенной периодичностью счета для оплаты. В отношении различных заболеваний и лекарств действуют разные льготы, установленные постановлениями Правительства республики и министра социальных дел, которые опираются на Закон о медицинском страховании.

Компенсация пациентам льготных лекарств, предусмотренных для амбулаторного использования, является для Больничной кассы открытым обязательством. Это означает, что Больничная касса обязана компенсировать необходимые лекарства в предусмотренном законом размере, и не может отказаться, ссылаясь на отсутствие средств. Выполнение бюджета не находится под полным контролем Больничной кассы и зависит от внесения новых лекарств в льготный список, изменения цен и т. п. Меры по управлению расходами разрабатывают и устанавливают Министерство социальных дел и Правительство республики. В 2013 году застрахованным лицам было компенсировано льготных лекарств на общую сумму 103,4 миллиона евро. Бюджет был выполнен на 95% (см. таблицу 37).

Таблица 37. Выполнение бюджета компенсированных застрахованным лицам лекарств в тысячах евро

	2012 факт.	2013 бюджет	2013 факт.	Выполнение бюджета
100% компенсированные лекарства	49 358	54 542	50 919	93%
90% компенсированные лекарства	29 259	30 721	30 231	98%
75% компенсированные лекарства	5 609	6 134	5 738	94%
50% компенсированные лекарства	14 741	17 373	16 503	95%
Всего	98 967	108 770	103 391	95%

Финансирование компенсации лекарств выросло по сравнению с 2012 годом на 4%. Рост обусловлен как увеличением количества льготных рецептов, так и увеличением средней суммы компенсации одного рецепта. Количество льготных рецептов увеличилось на 3%, это говорит об увеличении применения лекарств, что больше всего отразилось на лекарствах, компенсируемых на 50% и дорогих лекарствах, компенсируемых на 100%. Средняя стоимость льготного рецепта для Больничной кассы выросла на 2%. В части льготных лекарств, компенсируемых на 75%, 90% и 100% рост стоимости составил всего 1%, что указывает на эффективность ценового контроля (соглашения о льготной цене, предельные цены и т. п.). Средние расходы компенсируемых на 50% льготных рецептов выросли на 9%, что обусловлено ликвидацией в IV квартале 2012 года предельных размеров компенсации и связанным с этим сдвигом расходов от пациента к Больничной кассе (см. таблицу 38).

Таблица 38. Количество и средняя стоимость льготных рецептов

	2012 фактический		2013 фактический		Изменение по сравнению с 2012 годом	
	Количество льготных рецептов	Стоимость для Больничной кассы	Количество льготных рецептов	Стоимость для Больничной кассы	Количество льготных рецептов	Стоимость для Больничной кассы
100% компенсированные лекарства	824 298	59,88	845 903	60,19	3%	1%
90% компенсированные лекарства	2 710 094	10,80	2 774 212	10,90	2%	1%
75% компенсированные лекарства	553 561	10,13	558 438	10,28	1%	1%
50% компенсированные лекарства	3 350 717	4,40	3 446 582	4,79	3%	9%
Всего	7 438 670	13,30	7 625 135	13,56	3%	2%

В итоге в 2013 году Больничная касса финансировала льготные лекарства в среднем на 84 евро на одного пациента, по сравнению с прошлым годом эта цифра выросла на 5%.



Схема 14. Общие расходы по компенсации лекарств и расходы на одного застрахованного

Собственное участие застрахованного при покупке рецептурных лекарств за год сократилось с 33% до 32,1%. Снижение в основном обусловлено ликвидацией предельных размеров компенсации 50% льготных лекарств. В результате собственное участие пациентов уменьшилось на 1,5 миллиона евро в год. В части других льготных ставок собственное участие остается стабильным (см. таблицу 39).

Таблица 39. Собственное участие застрахованного в процентах

	2012 фактический	2013 фактический	Изменение по сравнению с 2012 годом
100% компенсируемые рецепты	2,8	3,2	0,4%
90% компенсируемые рецепты	29,7	29,8	0,1%
75% компенсируемые рецепты	39,3	39,5	0,2%
50% компенсируемые рецепты	68,0	65,0	-3,0%
Среднее собственное участие застрахованного	33,0	32,1	-0,9%
в т. ч. 75%, 90% и 100% компенсируемые рецепты	17,2	17,3	0,1%

В течение года благодаря последовательной деятельности Департамента здравоохранения и Больничной кассы значительно улучшилась практика выписки лекарств. Во втором полугодии 2013 года врачами было выписано уже 80% рецептов на основе действующего вещества. Таким образом, дальнейшее снижение собственного участия может быть обусловлено сознательным решением пациентов, принимаемым вместе с аптекарем. В 2013 году Больничная касса уплатила за средний льготный рецепт 13,6 евро, а пациент – 6,4 евро. Это на 20% меньше, чем в 2009 году, когда собственное участие пациента составляло 8 евро на один средний льготный рецепт.

В части диагнозов с большей долей бюджета за год первое место себе обеспечило лечение сахарного диабета (см. таблицу 40 стр. 74). По сравнению с лидером прошлых лет, гипертонией, потребность в лечении сахарного диабета быстро растет и эту тенденцию можно прогнозировать и в дальнейшем. Потребность в финансировании хронического гепатита С уменьшилась, однако, учитывая начало компенсации новых лекарств (боцепрепир и телапрепир), можем прогнозировать быстрый рост в 2014 году.

В течение 2013 года началась компенсация 5 новых действующих веществ, которые расширили выбор лекарств при хронической обструктивной болезни легких, диабете второго типа и нарушениях сердечного ритма. В профилактике и лечении грибковых инфекций, встречающихся при тяжелых гематологических заболеваниях, добавилось новое действующее вещество, и пациентам с нарушениями окисления жирных кислот теперь компенсируется специальная пища. Необходимые для лечения биполярных аффективных расстройств антипсихотики и антиэпилептики компенсируются в дальнейшем на 100%.

Таблица 40. Диагнозы с наибольшей компенсацией лечения в тысячах евро

Диагноз	2012 фактический		2013 фактический	
	Компенсировано Больничной кассой	% компенсаций от общих расходов	Компенсировано Больничной кассой	% компенсаций от общих расходов
Сахарный диабет, в т. ч.	14 478	15	16 099	16
инсулин	9 995	10	10 986	11
пероральные препараты	4 483	5	5 113	5
Гипертония	14 295	14	14 675	14
Рак	11 722	12	13 187	13
Бронхиальная астма	5 919	6	6 149	6
Глаукома	4 011	4	3 875	4
Хронический гепатит С	2 205	2	1 964	2
Психические расстройства	2 878	3	2 792	3
Гиперхолестеролемия	2 757	3	2 370	2
Всего	58 265	59	61 111	59

Компенсация больничных лекарств из бюджета услуг здравоохранения

Кроме амбулаторно компенсируемых льготных лекарств из средств медицинского страхования оплачиваются также больничные лекарства. В 2013 году размер лекарственного компонента в услугах здравоохранения составил 16,5 миллиона евро, что на 1% меньше, чем в прошлом году. Это обусловлено сокращением объема стационарного лечения. Расходы на лекарства включены в стоимость койко-дней, а также в предельные цены на операции и услуги анестезии (см. схему 15).



* Гемодиализ и перитонеальный диализ (около 70%), услуги, связанные с пересадкой костного мозга, различные эндоскопические процедуры, определенные детские стоматологические услуги и пр.

Схема 15. Распределение лекарств в услугах здравоохранения

Больничная касса берет на себя обязательство оплаты также за т. н. лекарственные услуги, отдельно указанные в перечне услуг (услуги с кодом R). Это в основном химиотерапия в онкологии и гематологии, биологическое лечение в ревматологии и прочие дорогостоящие специфические лекарства (например, применяемые в лечении сепсиса антибиотики или лекарства, применяемые при трансплантации органов) (см. схему 16).



Схема 16. Доля лекарств, компенсируемых через перечень услуг здравоохранения

В 2013 году доля содержащихся в перечне услуг здравоохранения лекарственных услуг составляла 39,8 евро, что по сравнению с прошлым годом выросло на 9%.

Всего Больничная касса финансировала лекарства из бюджета услуг здравоохранения, бюджета компенсации амбулаторных лекарств и бюджета дополнительной компенсации лекарств на сумму 159,8 евро (см. таблицу 41), что составляет 19% от всего бюджета медицинского страхования.

Таблица 41. Финансирование рецептурных лекарств в тысячах евро

	2012 фактический	2013 фактический	Изменение по сравнению с 2012 годом
Компенсированные застрахованным лекарства	98 967	103 391	4%
Отдельные лекарственные услуги, содержащиеся в перечне услуг здравоохранения	36 534	39 760	9%
Лекарства как часть услуг здравоохранения	16 697	16 483	-1%
Дополнительная компенсация лекарств	421	187	-56%
Всего	152 619	159 821	5%

4. Компенсации по временной нетрудоспособности

Возмещение по временной нетрудоспособности – денежная компенсация, которая выплачивается на основании листка нетрудоспособности застрахованному лицу, которое в связи с временным освобождением от работы не получило облагаемый социальным налогом доход.

Компенсации по временной нетрудоспособности в 2013 году составили 94,1 миллиона евро, что на 9,8 миллиона евро больше, чем в прошлом году.

Таблица 42. Выполнение бюджета компенсаций по нетрудоспособности в тысячах евро

	2012 факт.	2013 бюджет	2013 факт.	Выполнение бюджета
Компенсации по болезни	37 546	39 438	42 421	108%
Компенсации по уходу	12 214	13 236	15 192	115%
Компенсации по родам	32 168	35 073	33 736	96%
Компенсации при несчастном случае на рабочем месте	2 337	2 553	2 752	108%
Всего	84 265	90 300	94 101	104%

При расчете компенсаций по временной нетрудоспособности Больничная касса исходит из обложенного социальным налогом в предыдущем календарном году дохода человека, и работодатель рассчитывает компенсацию по болезни на основании зарплаты работника за последние шесть месяцев. Базовыми документами для выплаты компенсации являются листки нетрудоспособности соответствующего типа: больничный лист, больничный лист по уходу за больным членом семьи, больничный лист по родам и листок нетрудоспособности при усыновлении (удочерении).

Порядок выплаты компенсации по временной нетрудоспособности зависит от типа листка нетрудоспособности и причины нетрудоспособности (см. сайт Больничной кассы).

На рисунке 17 видно, что в 2013 году большую долю по-прежнему составляли компенсации по болезни, составлявшие 45% от компенсаций по нетрудоспособности. По сравнению с прошлым годом на 2% уменьшилась доля компенсаций по родам и выросли компенсации по уходу за больным членом семьи.

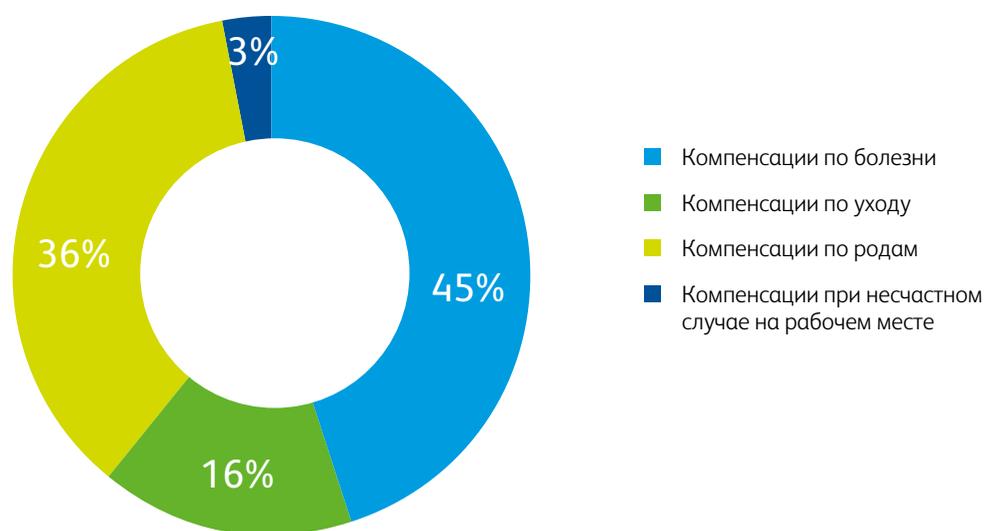


Схема 17. Распределение компенсаций по нетрудоспособности по типам компенсаций в 2013 году

Компенсации по нетрудоспособности выросли по сравнению с 2012 годом на 12%, превысив бюджет на 4%. Рост частично был обусловлен прошлогодним ростом брутто-зарплаты на 6% и частично неожиданно резкой вспышкой вирусных инфекций в первом полугодии. Масштаб инфекций верхних дыхательных путей и заболеваний гриппом невозможно точно прогнозировать. Например, если в первом полугодии 2012 года наблюдалось сокращение случаев заболеваний верхних дыхательных путей и гриппа на 21% по сравнению с 2011 годом, то в январе и феврале 2013 года по данным статистики инфекционных заболеваний Департамента здравоохранения количество вирусных заболеваний увеличилось на 92%.

Если рассматривать количество компенсаций по нетрудоспособности по типам, то больше всего, на 24% по сравнению с 2012 годом увеличилось количество компенсаций по уходу. Увеличение количества больничных листов по уходу частично объясняется совместным влиянием роста количества работающих застрахованных и увеличения инфекционных заболеваний. Сравнивая 7%-й рост количества больничных дней на одного работающего застрахованного с использованием дней по уходу, мы видим рост 15% (см. таблицу 43).

Таблица 43. Количество застрахованных, использование дней по нетрудоспособности

	2012 факт.	2013 факт.	Изменение по сравнению с 2012 годом
Количество работающих застрахованных (среднее за период)	576 687	584 492	1%
Количество дней по больничному листу	4 313 698	4 647 481	8%
Количество дней по больничному листу на одного работающего застрахованного	7,5	8,0	7%
Количество детей младше 12 лет*	160 031	161 455	1%
Количество дней по уходу	763 376	871 261	14%
Количество дней по уходу на одного работающего застрахованного	1,3	1,5	15%

* Использованы данные Департамента статистики.

Рассматривая таблицу 44 по типам компенсаций, мы видим, что в 2013 году количество листов нетрудоспособности увеличилось на 11%, при этом рост оплаченного Больничной кассой количества дней остался на уровне 6%. Такое распределение показывает сокращение средней продолжительности листка нетрудоспособности, что в свою очередь снова указывает на повышение доли коротких больничных листов, характерных для периода вирусных инфекций.

Таблица 44. Сравнение компенсаций по нетрудоспособности

	2012 факт.	2013 факт.	Изменение по сравнению с 2012 годом
Haigushüvitis			
Количество больничных листов, компенсированных Больничной кассой	201 753	220 929	10%
Общее количество выданных застрахованным больничных листов*	293 675	325 335	11%
Количество дней, компенсированных Больничной кассой	2 742 257	2 915 972	6%
Общее количество больничных дней*	4 313 698	4 647 481	8%
Общая средняя продолжительность выданных больничных листов*	14,7	14,3	-3%
Сумма выплаченных Больничной кассой компенсаций (тыс. евро)	37 546	42 421	13%
Средняя компенсация одного дня (евро)	13,7	14,5	6%
Компенсация по уходу			
Количество больничных листов	91 145	104 019	14%
Количество дней, компенсированных Больничной кассой	740 609	846 660	14%
Сумма компенсаций (тыс. евро)	12 214	15 192	24%
Средняя компенсация одного дня (евро)	16,5	17,9	8%
Средняя продолжительность больничного листа	8,1	8,1	0%
Компенсация по родам			
Количество больничных листов	9 770	9 677	-1%
Количество дней, компенсированных Больничной кассой	1 364 348	1 347 845	-1%
Сумма компенсаций (тыс. евро)	32 168	33 736	5%
Средняя компенсация одного дня (евро)	23,6	25,0	6%
Средняя продолжительность больничного листа	139,6	139,3	0%
Компенсация при несчастном случае на рабочем месте			
Количество больничных листов	5 026	5 469	9%
Количество дней, компенсированных Больничной кассой	107 547	118 109	10%
Сумма компенсаций (тыс. евро)	2 337	2 752	18%
Средняя компенсация одного дня (евро)	21,7	23,3	7%
Средняя продолжительность больничного листа	21,4	21,6	1%
Компенсации всего			
Количество больничных листов, компенсированных Больничной кассой	307 694	340 094	11%
Количество дней, компенсированных Больничной кассой	4 954 761	5 228 586	6%
Сумма выплаченных Больничной кассой компенсаций (тыс. евро)	84 265	94 101	12%
Средняя компенсация одного дня (евро)	17,0	18,0	6%

* Здесь учтены все выданные листки и дни нетрудоспособности (в т. ч. собственная ответственность застрахованного, ответственность работодателя и ответственность Больничной кассы).

Компенсации по болезни

В 2013 году больничные листы больше выписывались при заболеваниях и бытовых травмах – соответственно 83% и 11% (см. схему 18). По сравнению с 2012 годом изменения в соотношениях маргинальные.

Рассматривая использование больничных листов по режимам лечения, мы видим, что амбулаторное лечение

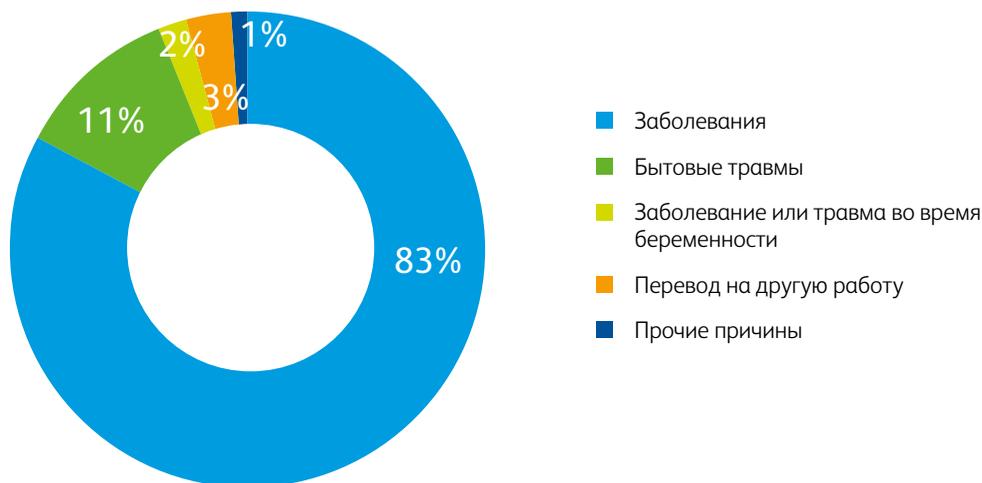


Схема 18. Использование больничных листов в зависимости от причин освобождения от работы

было проведено в 89% случаев, больничное лечение – в 10% случаев и восстановительное лечение – в 1% случаев.

Анализируя использование дней больничного листа по возрастным группам, мы видим, что во всех возрастных группах использование дней больничного листа увеличилось (см. таблицу 45).

Таблица 45. Количество работающих застрахованных и использование дней больничного листа по возрастным группам*

Возрастная группа	Количество работающих застрахованных на 31.12.2013 г.	Количество дней по больничному листу на одного работающего застрахованного	Количество работающих застрахованных на 31.12.2013 г.	Количество дней по больничному листу на одного работающего застрахованного	Изменение количества работающих застрахованных	Изменение количества дней по больничному листу
...–29	112 483	5,8	112 041	6,1	0%	5%
30–39	130 963	5,2	132 827	5,3	1%	2%
40–49	134 346	6,4	135 324	6,7	1%	5%
50–59	129 521	9,0	131 323	9,8	1%	9%
60–...	67 964	8,5	72 579	9,1	7%	7%

* Отражены дни нетрудоспособности по всем причинам освобождения от работы (в . ч. несчастные случаи на работе).

В 2013 году количество компенсированных Больничной кассой дней нетрудоспособности по сравнению с 2012 годом увеличилось на 6%. На 10% выросло количество дней нетрудоспособности как с собственным участием застрахованного (1-3 дней), так и с участием работодателя (4-8 дней) (см. таблицу 46). Основной причиной роста дней нетрудоспособности в 2013 году является большее по сравнению с прошлым периодом количество вирусных инфекций и заболеваний гриппом.

Таблица 46. Количество больничных листов и дней нетрудоспособности*

	2012 фактический	2013 фактический	Изменение по сравнению с 2012 годом
Количество больничных листов			
1-8-дневные листки нетрудоспособности с собственным участием застрахованного и участием работодателя	91 922	104 406	14%
Компенсированные Больничной кассой листки нетрудоспособности	201 753	220 929	10%
Общее количество листков нетрудоспособности	293 675	325 335	11%
Количество дней			
1-3 дня (собственная ответственность застрахованного)	663 911	733 151	10%
4-8 дней (ответственность работодателя)	907 530	998 358	10%
Компенсированные Больничной кассой дни	2 742 257	2 915 972	6%
Общее количество дней	4 313 698	4 647 481	8%
Средняя продолжительность больничного листа	14,7	14,3	-3%

* Отражены первичные больничные листы с причинами освобождения от работы: заболевание, дорожно-транспортная травма, бытовая травма.

На схеме 19 мы видим, что количество больничных листов растет в месяцы, когда увеличивается количество острых инфекция верхних дыхательных путей и гриппа. В 2013 году больше всего случаев заболеваний и больничных листов было в феврале и марте, и ниже обычного – в летние месяцы.

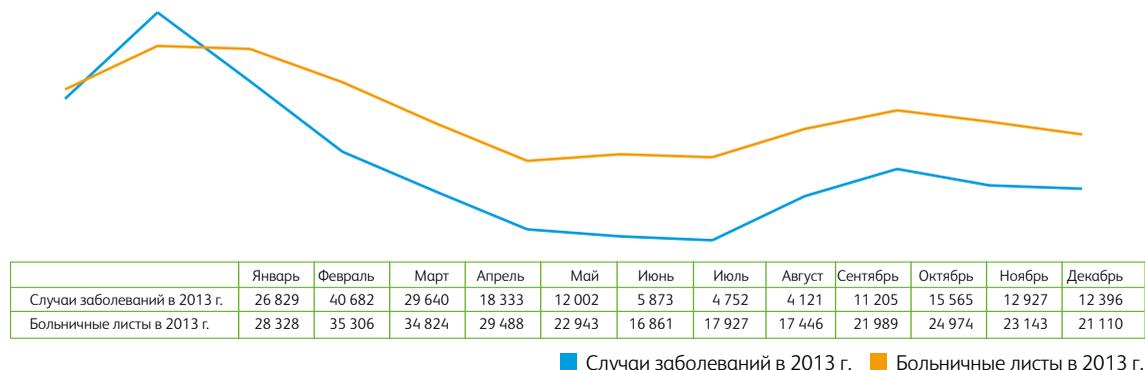


Схема 19. Острые инфекции верхних дыхательных путей, грипп и количество больничных листов

Компенсации по уходу

Больничные листы по уходу за ребенком младше 12 лет составляют 98% всех больничных листов по уходу. По сравнению с 2012 годом использование больничных листов по уходу в зависимости от причин освобождения от работы на изменилось. По сравнению с предыдущим периодом использование больничных листов по уходу изменилось в зависимости от попечителей. Если в 2012 году больничный лист по уходу брали 24% мужчин и 76% женщин, то в 2013 году больничный лист по уходу брали 25% мужчин и 75% женщин. Если рассматривать на рисунке 20 долю больничных листов по уходу за детьми младше 12 лет в зависимости от возраста больного, то мы видим изменения в несколько процентов по сравнению с прошлым периодом. Причина заключается в изменениях по возрастным группам, обусловленных тенденциями в рождаемости в разные годы, что сказывается на использовании больничных листов по уходу.

⁶Nakkushaigustesse haigestumise statistika www.terviseamet.ee

⁷Kajastatud on haiguslehed töövabastuse põhjusega „haigestumine“

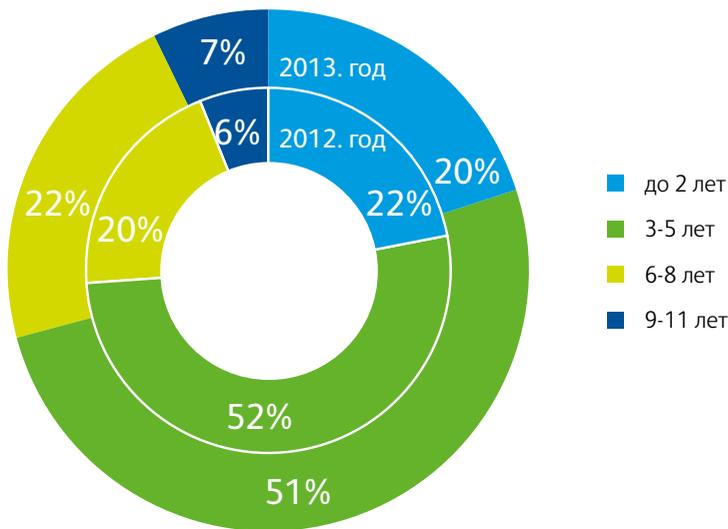


Схема 20. Больничные листы по уходу за детьми до 12 лет в зависимости от возраста больного

Компенсации по родам

Поскольку средняя продолжительность больничного листа по родам и средняя компенсация одного дня являются самыми большими среди компенсаций по нетрудоспособности, то доля компенсаций по родам составила в 2013 году 36% от компенсаций по нетрудоспособности. Средний размер компенсации на один больничный лист по родам в 2013 году составлял 3500 евро. Аналогично предыдущему году, большинство, то есть 49% получателей компенсации по родам составляли женщины 20-29 лет. В 2013 году компенсации по родам увеличились на 5%, что было вызвано повышением средней компенсации одного дня на 6% в связи с повышением зарплаты.

Компенсации при несчастном случае на рабочем месте

Больничные листы по несчастным случаям на работе распределились по причинам освобождения от работы следующим образом: несчастный случай на работе – 95%, осложнение в результате несчастного случая на работе – 3% и дорожно-транспортная травма – 2%. Количество дней нетрудоспособности, связанных с несчастным случаем на работе, выросло на 10% по сравнению с 2012 годом. Причиной роста можно считать увеличение трудовой занятости, что, очевидно, приводит и к большему количеству несчастных случаев на работе. По данным инспекции труда треть тяжелых несчастных случаев на работе происходят в первый год работы у нового работодателя.

⁸http://www.ti.ee/public/files/Puudulik_juhendamine.pdf

Компенсации, выплаченные на основании справки врача иностранного государства

Больничная касса выплачивает застрахованному лицу компенсацию по временной нетрудоспособности также на основании выданной врачом иностранного государства справки об освобождении от работы. В 2013 году врачами иностранных государств было выдано эстонским застрахованным лицам 557 первичных справок об освобождении от работы, что на 30% больше, чем в предыдущий период. Всего компенсаций было выплачено на 6% больше, чем в 2012 году (см. таблицу 47).

Таблица 47. Компенсации, выплаченные на основании справки врача иностранного государства

	2012 фактический	2013 фактический	Изменение по сравнению с 2012 годом
Случаи нетрудоспособности в иностранном государстве	428	557	30%
Количество дней нетрудоспособности	9 795	12 508	28%
Выплаченная Больничной кассой сумма компенсаций (в евро)	147 125	155 881	6%

По выданной врачом иностранного государства справке в 87% случаев ходатайствовали о компенсации по болезни, 7% случаев – о компенсации по уходу, 2% случаев – компенсации по родам и 4% случаев – компенсации по несчастным случаям на работе. На схеме 21 видно, что 60% справок об освобождении от работы были выданы людям в возрасте 30-49 лет. По сравнению с другими возрастными группами видно, что лицам 30-49 лет по причине несчастного случая на работе было выдано 18 справок из 23.

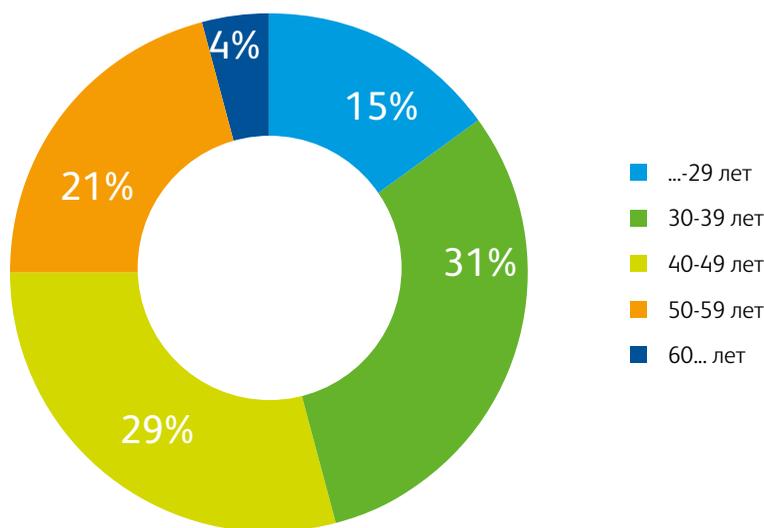


Схема 21. Справки, выданные врачом иностранного государства, по возрастным группам

Если рассматривать выдачу справок иностранными врачами по государствам, то больше всего справок для выплаты компенсации было выдано в Латвии (31%), Украине (24%) и Финляндии (13%). По сравнению с 2012 годом доля справок, выданных в Латвии и в Украине, выросла соответственно на 5% и 2%, доля выданных в Финляндии справок сократилась на 2%.

5. Прочие денежные компенсации

В прочих денежных компенсациях отражаются

- денежные компенсации стоматологических услуг;
- дополнительная компенсация лекарств.

Таблица 48. Выполнение бюджета прочих денежных компенсаций в тысячах евро

	2012 факт.	2013 бюджет	2013 факт.	Выполнение бюджета
Денежные компенсации стоматологических услуг	8 715	9 300	9 140	98%
Дополнительная компенсация лекарств	421	467	187	40%
Всего	9 136	9 767	9 327	95%

5.1. Денежные компенсации стоматологических услуг

Компенсация стоматологических услуг – денежная компенсация, выплачиваемая установленным постановлением министра социальных дел целевым группам для улучшения доступности стоматологической услуги.

Денежные компенсации стоматологии делятся на две группы:

- компенсация протезов;
- компенсация лечения зубов.

Сумма денежных компенсаций стоматологических услуг в 2013 году составила 9,1 миллиона евро, что на 425 тысяч евро больше, чем в предыдущем году (см. таблицу 49).

Таблица 49. Выполнение бюджета компенсаций стоматологических услуг в тысячах евро и количество заявлений

	2012 факт.		2013 бюджет		2013 факт.		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во заявлений	Сумма	Кол-во заявлений	Сумма	Кол-во заявлений	Сумма	Кол-во заявлений
Компенсация протезов	6 848	42 327	7 304	47 062	7 228	39 181	99%	83%
Компенсация лечения зубов	1 867	94 390	1 996	105 051	1 912	96 095	96%	91%
Kokku	8 715	136 717	9 300	152 113	9 140	135 276	98%	89%

Больничная касса компенсирует в год стоматологические услуги застрахованному лицу следующим образом:

- беременным, лицам с повышенной потребностью в лечении зубов и матери ребенка младше 1 года 28,77 евро;
- застрахованному лицу не моложе 63 лет, установленным на основании Закона о пенсионном страховании пенсионерам по старости или нетрудоспособности 19,18 евро.

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

Для получения компенсации за лечение зубов застрахованный должен представить в Больничную кассу заявление и документ, подтверждающий оплату услуги.

О компенсации за протезирование зубов можно ходатайствовать перед Больничной кассой задним числом. Представив заявление непосредственно врачу, человек может сразу ходатайствовать о скидке, равной размеру компенсации. В этом случае застрахованный платит услугодателю за протезирование только сумму, превышающую размер компенсации, остальное оплачивает Больничная касса. В 2013 году доля ходатайствующих о компенсации через медицинское учреждение не изменилась по сравнению с 2012 годом (77%). Пенсионеры предпочитают ходатайствовать о компенсации через медицинское учреждение, поскольку в этом случае они не должны обращаться отдельно в Больничную кассу, они оплачивают услугу со скидкой, равной размеру компенсации.

Статистика заявлений о компенсации стоматологических услуг показывает, что пенсионеры по старости и нетрудоспособности представили 92% от всех заявлений о компенсации протезирования и лечения зубов. В возрастной группе 19-39 лет заявления о компенсации лечения зубов и протезирования распределились следующим образом: 70% заявлений о компенсации беременным и матерям детей до 1 года и 30% заявлений о компенсации пенсионерам по нетрудоспособности. В возрастной группе 40-49 и 50-59 лет заявления пенсионеров по нетрудоспособности составили соответственно 92% и 97%.

В 2013 году заявления о компенсации стоматологических услуг среди людей 19-39 лет составили 10% и среди людей 40-59 лет – 14%.

По сравнению с 2012 годом в использовании компенсаций стоматологических услуг мы видим уменьшение заявлений о компенсации от беременных и матерей с детьми до 1 года. Причиной уменьшения, по всей видимости, является снижение рождаемости⁹. Количество компенсаций лицам с повышенной потребностью в лечении зубов выросло по сравнению с предыдущим периодом на 21% (см. таблицу 50). Анализируя количество компенсаций по видам страхования, мы видим, что 81% лиц с повышенной потребностью в лечении зубов являются пенсионерами по нетрудоспособности.

Таблица 50. Количество заявлений о компенсации стоматологических услуг по видам компенсации

	2012 факт.	2013 факт.	Изменение по сравнению с 2012 годом
Беременные	5 386	5 027	-7%
Матери детей до 1 года	6 165	5 807	-6%
Лица с повышенной потребностью в лечении зубов	107	129	21%
Пенсионеры по старости и нетрудоспособности	82 732	85 132	3%
Всего	94 390	96 095	2%

Рассматривая количество компенсаций за протезирование по размеру выплаты, мы видим, что доля заявлений, где сначала была использована большая часть лимита компенсации протезирования, по сравнению с 2012 годом выросла на 2% (см. схему 22, стр. 86). Это показывает, что размер компенсации не покрывает полную стоимость изготовления зубного протеза. Кроме того, наблюдается рост средней стоимости зубного протезирования. Если в прошлом году средняя стоимость услуги протезирования составляла 162 евро, то к 2013 году стоимость услуги повысилась до 184,5 евро.

⁹ По данным Департамента статистики, в 2013 году родилось на 2% меньше детей, чем в 2012 году: <http://www.stat.ee/34270>

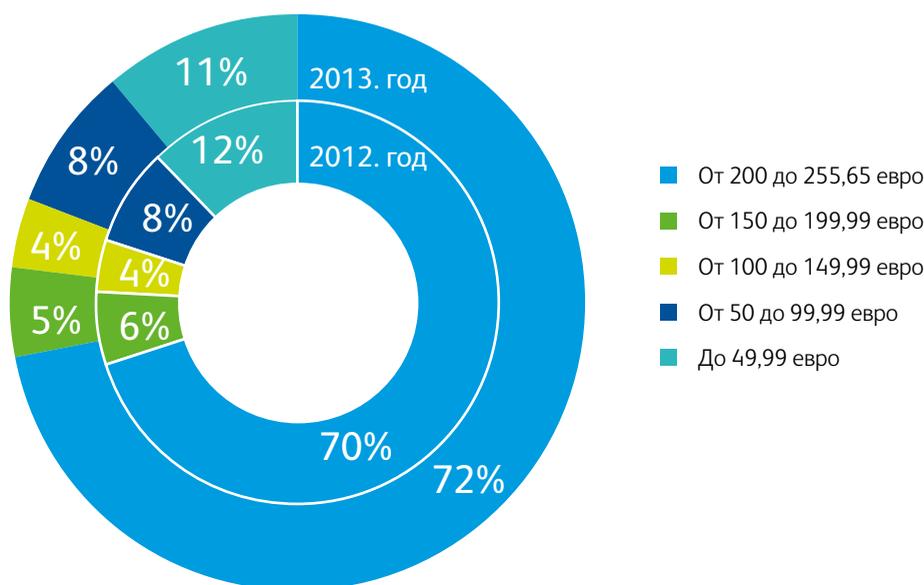


Схема 22. % ходатайств о компенсации протезирования зубов по размеру выплаты

В 2013 году было начато на 3% больше 3-летних периодов компенсации протезирования, чем в 2012 году. Из таблицы 49 видно, что в целом количество заявлений о компенсации протезирования зубов сократилось. Причиной сокращения является то, что пенсионеры по старости или нетрудоспособности в первое посещение использовали все или большую часть компенсации.

5.2. Дополнительная компенсация лекарств

Дополнительную компенсацию лекарств застрахованный может получить, если его расходы на лекарства, содержащиеся в перечне лекарств, превышают 384 евро за календарный год (не учитывается обязательное собственное участие, то есть сумма, превышающая рецептурную плату и предельную стоимость). В 2013 году значительно уменьшилось количество получивших компенсацию застрахованных и средняя уплаченная сумма. Причиной этого является отмена предельного размера компенсации 50% льготных лекарств и вытекающее из этого снижение собственного участия. Соответственно уменьшилась и потребность в дополнительной компенсации лекарств. Кроме того, для некоторых лекарств повышена льготная ставка, что также сокращает расходы пациентов (например, лекарства при биполярном расстройстве).

Таблица 51. Дополнительная компенсация лекарств

	2012 факт.	2013 бюджет	2013 факт.	Выполнение бюджета
Компенсированная сумма (тыс. евро)	421	467	187	40%
Количество лиц, получивших компенсацию	1 734	1 710	1 357	79%
Средняя выплаченная лицу сумма (евро)	243	273	138	51%

6. Прочие расходы

В прочих расходах отражаются

- плановое лечение в иностранном государстве;
- компенсации, связанные с правовыми актами Европейского союза;
- компенсации медицинских устройств;
- целевые расходы, финансируемые из государственного бюджета.

Таблица 52. Выполнение бюджета прочих расходов в тысячах евро

	2012 факт.	2013 бюджет	2013 факт.	Выполнение бюджета
Плановое лечение в иностранном государстве	2 035	1 760	2 168	123%
Компенсации, связанные с правовыми актами Европейского союза	5 158	5 440	5 679	104%
Компенсации медицинских устройств	7 684	9 394	8 325	89%
Целевое финансирование	1 572	1 740	1 465	84%
Kokku	16 449	18 334	17 637	96%

6.1. Плановое лечение в иностранном государстве

Свободное трансграничное передвижение застрахованных регулируют правовые акты Европейского союза, а также договор о поиске неродственных доноров костного мозга между Больничной кассой Эстонии и Красным крестом Финляндии.

Застрахованный направляется на плановое лечение или исследование в иностранное государство, если нужную услугу здравоохранения или ее альтернативу в Эстонии не оказывают. Услуга здравоохранения должна быть показана пациенту, она должна быть подтверждена медицинской эффективностью и средняя вероятность достижения цели должны быть не менее 50%. Оценку относительно соответствия критериям дает консилиум, состоящий не менее, чем из двух врачей-специалистов.

В течение 2013 года в Больничную кассу было представлено 274 ходатайства о направлении на лечение в иностранное государство. Удовлетворено было 93% ходатайств. Из них 54 человека были направлены в иностранное государство на лечение, 182 – на исследования и 20 застрахованным искали неродственных доноров костного мозга через службу крови Красного креста Финляндии. В 2013 году большинство пациентов ездили на лечение в Финляндию и Германию. Большинство генетических исследований было проведено в Голландии и Бельгии (см. таблицу 53 стр. 88).

Таблица 53. Государства, куда застрахованные лица ездили на плановое лечение или исследование в 2013 году*

Государства	Всего	Лечение	Исследование
Германия	65	18	47
Бельгия	56	0	56
Голландия	48	0	48
Финляндия	28	21	7
Великобритания	17	2	15
Швеция	16	9	7
Австрия	3	1	2
Россия	2	2	0
Испания	1	0	1
Израиль	1	0	1
Италия	1	1	0
Канада	1	0	1
Франция	1	0	1
Швейцария	1	0	1
Всего	241	54	187

* Количество положительных решений, принятых в один год, не совпадает с количеством государств, поскольку в рамках пяти решений лечение/исследования были проведены в двух государствах.

Счета за лечение не всегда приходят в год подачи ходатайства, поскольку лечение или исследование могут проводиться позже. Поэтому количество представленных счетов за лечение отличается от количества представленных в соответствующий год ходатайств и решений Больничной кассы.

В 2013 году счета за лечение из других государств были представлены в отношении 252 лиц. Из них 63 застрахованных ездили в иностранное государство на лечение, 161 – на исследование, счета 28 лиц были связаны с поиском донора костного мозга. В 2012 году счета за лечение из других государств были представлены в отношении 205 лиц. По сравнению с прошлым годом выросло количество плановых случаев лечения, однако средняя стоимость случая лечения несколько снизилась. Средняя стоимость случая лечения в 2013 году составляла 8604 евро, в прошлом году – 9927 евро. Финансирование планового лечения и исследований за границей в 2013 году составило 2,2 миллиона евро, что почти на 7% больше, чем в 2012 году (см. таблицу 54).

В течение последних пяти лет плановое лечение за границей показывает тенденцию к повышению. Если в 2008 году плановое лечение за границей было проведено на сумму около 1,5 миллиона евро, то к 2013 году финансирование увеличилось почти на 45%.

Таблица 54. Выполнение бюджета планового лечения в тысячах евро

	2010 факт.	2011 факт.	2012 факт.	2013 бюджет	2013 факт.	Выполнение бюджета
Плановое лечение в иностранном государстве	971	1 745	2 035	1 760	2 168	123%

6.2. Компенсации, связанные с правовыми актами Европейского союза

Оказание услуг здравоохранения и их оплату регулирует координирующее системы социального страхования стран-членов ЕС постановление Европейского парламента и совета, вытекающие из которого компенсации услуг здравоохранения являются для Больничной кассы открытым обязательством.

Застрахованные Больничной кассы Эстонии имеют право:

- получать во время временного пребывания в иностранном государстве необходимую медицинскую помощь;
- проживая в иностранном государстве, получать любую медицинскую помощь.

Застрахованные в другом государстве-члене ЕС имеют право:

- на необходимую медицинскую помощь во время временного пребывания в Эстонии;
- при проживании в Эстонии на любую медицинскую помощь.

За необходимую медицинскую помощь застрахованным стран-членов ЕС сначала платит Больничная касса, а услуги здравоохранения оплачиваются лицу его государством-страховщиком.

Согласно директиве о правах пациента 2011/24/ЕС (далее директива) с 25 октября 2013 г. застрахованные лица имеют дополнительную возможность – они могут поехать в другое государство-член ЕС, чтобы получить там лечение, и потом ходатайствовать перед Больничной кассой о денежной компенсации услуг, которые они могут получить за счет Больничной кассы также в Эстонии, и по ценам, установленным в перечне услуг здравоохранения Больничной кассы. В период 25.10 – 31.12.2013 Больничной кассе было представлено 5 заявлений о компенсации. Поскольку время рассмотрения ходатайств составляет 3 месяца, то в течение 2013 года не было произведено ни одной выплаты компенсации.

Финансирование трансграничной медицинской помощи является для Больничной кассы открытым обязательством. В бюджете Больничной кассы 2013 года было запланировано 5,4 миллиона евро. Фактическое использовалось несколько больше – 5,7 миллиона евро. По сравнению с 2012 годом использование увеличилось на 10% (см. таблицу 55).

Таблица 55. Выполнение бюджета услуг здравоохранения на основании постановления и директивы Европейского парламента и совета в тысячах евро.

	2010 факт.	2011 факт.	2012 факт.	2013 бюджет	2013 факт.	Выполнение бюджета
Расходы застрахованного лица Эстонии в иностранном государстве	2 060	5 266	3 930	4 320	4 480	104%
Расходы застрахованного в другом государстве-члене ЕС лица в Эстонии	779	1 199	1 228	1 000	1 199	120%
Расходы директивы	0	0	0	120	0	0%
Kokku	2 839	6 465	5 158	5 440	5 679	104%

За оказание в Эстонии услуг здравоохранения пациентам из других стран-членов ЕС было выплачено 1,1 миллиона евро, за льготные лекарства пациентов других стран-членов ЕС аптекам было выплачено 93 тысячи евро.

За услуги здравоохранения временно пребывающих в другой стране-члене ЕС лиц, проживающих там командированных работников и пенсионеров Больничная касса выплатила другой стране 4,5 миллиона евро. Из них 686 тысяч евро были подушные деньги, выплаченные за людей, получающих пенсию в Эстонии. Услуги здравоохранения проживающих и пребывающих в другом государстве людей финансировались на сумму 3,7 миллиона евро. Людям было выплачено 75 тысяч евро. Возвратные платежи производятся застрахованному в том случае, если во время пребывания в другой стране-члене ЕС у него не было с собой европейской карточки медицинского страхования, вследствие чего ему был предъявлен счет.

6.3. Компенсации медицинских устройств

Больничная касса компенсирует застрахованным необходимые медицинские устройства, с помощью которых можно лечить болезни и травмы или применение которых препятствует углублению болезни. Точный список компенсируемых медицинских устройств и условий их компенсации утверждаются постановлением министра социальных дел.

Компенсация медицинских устройств является для Больничной кассы открытым обязательством аналогично компенсируемым застрахованным лицам лекарствам. Больничная касса компенсирует медицинские устройства всем застрахованным, которым врач назначил их применение, учитывая указанные в списке медицинских устройств условия.

По сравнению с 2012 годом компенсация медицинских устройств увеличилась. Это ожидалось, поскольку в начале 2013 года в список медицинских устройств добавилась новая группа медицинских устройств, многие группы были дополнены новыми изделиями и были изменены условия компенсации.

Таблица 56. Выполнение бюджета компенсации медицинских устройств в тысячах евро и количество лиц

	2012 факт.		2013 бюджет		2013 факт.		Выполнение бюджета	
	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во	Сумма	Кол-во
Первичные ранние протезы и ортезы	1 502	11 217	1 657	12 748	1 710	12 877	103%	101%
Тест-полоски глюкометров	4 337	35 043	4 614	37 889	4 216	38 528	91%	102%
Средства ухода за стомой	956	1 693	1 326	1 590	1 145	1 756	86%	110%
Инсулиновые помпы	408	204	451	267	441	248	98%	93%
Бинты и пластыри	22	537	45	1 458	52	1 128	116%	77%
Прочие медицинские устройства	39	167	43	259	40	248	93%	96%
Аппарат и маски постоянного позитивного давления	420	809	422	1 200	504	1 176	119%	98%
Одноразовые иглы для инсулиновых шприцев	0	0	836	14 710	217	7 569	26%	51%
Kokku	7 684	49 670	9 394	70 121	8 325	63 530	89%	91%

Фактическое использование медицинских устройств было меньше запланированного в бюджете. По сравнению с запланированным меньше всего использовались одноразовые иглы для инсулиновых шприцев. Поскольку это новая группа медицинских устройств, которая добавилась в список только в начале 2013 года, то поступление соответствующей информации врачу и застрахованному может занять время.

По сравнению с прошлым годом и запланированным в бюджете больше всего увеличились расходы на компенсацию бинтов и пластырей для лечения различных ран. Поскольку в это же время количество пользователей было ниже ожидаемого, то компенсация бинтов выросла в основном в части пациентов с тяжелыми и многочисленными ранами.

Больше ожидаемого увеличилась компенсация аппаратов и масок автоматического и постоянного позитивного давления.

Это обусловлено, прежде всего, тем, что в течение года больше запланированного были компенсированы сами устройства.

По сравнению с 2012 годом и запланированным в бюджете уменьшилась компенсация тест-полосок глюкометра.

В то же время, как и ожидалось, увеличилось количество пользователей. В результате уменьшилась средняя стоимость случая лечения. Результат объясняется добавлением в список новых, более дешевых и получающих все большее распространение тест-полосок глюкометра, и это следует считать позитивным.

В части остальных медицинских устройств изменения в компенсации были ожидаемыми.

В 2013 году было внесено 57 предложений по пополнению или изменению списка медицинских устройств Больничной кассы, положительное решение получили 46 предложений. Всего в список было добавлено около 160 новых упаковок медицинских устройств. Таким образом, с 2014 года в список добавились новые возможности. При этом в связи со значительным расширением выбора аналогичных изделий было решено с 1.01.2014 г. в группе инсулиновых игл, ланцетов и бинтов и с 1.07.2014 г. в группе тест-полосок глюкометра применять при расчете компенсации Больничной кассы систему предельных цен. Целью применения системы предельных цен является уменьшение расходов пациентов на медицинские устройства. Получаемый при внедрении предельной цены дополнительный ресурс в бюджете медицинского страхования дает дополнительную возможность в дальнейшем еще больше расширить выбор компенсируемых застрахованным устройств и увеличить компенсируемые количества.

6.4. Целевые расходы, финансируемые из государственного бюджета

Из государственного бюджета осуществляется целевое финансирование лекарств и услуг здравоохранения на основании Закона об искусственном оплодотворении и защите эмбриона. Об услуге искусственного оплодотворения и компенсации лекарств могут ходатайствовать женщины в возрасте до 40 лет (включительно), имеющие медицинское страхование и медицинские показания для искусственного оплодотворения и/или трансплантацию эмбриона.

В 2013 году 1471 женщине было проведено 3809 процедур по лечению бесплодия и 1254 женщинам компенсированы лекарства. Всего из государственного бюджета было компенсировано 1,5 миллиона евро, из них лекарства составили 660 тысяч евро и услуги 805 тысяч евро. В 2012 году процедуры по оплодотворению были проведены 1442 женщинам и лекарства компенсированы 1264 женщинам. В 2012 году общее целевое финансирование составило 1,6 миллиона евро, из которых 903 тысячи составили лекарства и 669 тысяч – услуги.

Доходы целевого финансирования отражаются среди прочих расходов (см. главу Доходы).

Расходы на деятельность Больничной кассы

Расходы на администрирование компенсаций медицинского страхования Больничной кассы в 2013 году составили 7,9 миллиона евро. В результате экономного использования бюджета в конце года остаток бюджета расходов на деятельность составил 5%.

Расходы на деятельность Больничной кассы составляют 0,95% от всего бюджета. В 2004 и 2005 гг. доля расходов на деятельность составляла около 1,3% от всего бюджета и в 2006 году сократилась до 1,08%, с 2007 года доля расходов на деятельность Больничной кассы не превышала 1% от всего бюджета.

Таблица 57. Выполнение бюджета расходов на деятельность Больничной кассы в тысячах евро

	2012 факт.	2013 бюджет	2013 факт.	Выполнение бюджета
Расходы на персонал и управление	4 645	5 044	4 947	98%
Зарботная плата	3 460	3 765	3 695	98%
в т. ч. плата членам правления	153	151	172	114%
Платежи по страхованию от безработицы	45	36	35	97%
Социальный налог	1 140	1 243	1 217	98%
Хозяйственные расходы	1 012	1 180	1 069	91%
Расходы инфотехнологии	773	1 016	990	97%
Расходы на развитие	151	281	231	82%
Обучение	86	113	101	89%
Консультации	65	168	130	77%
Прочие расходы на деятельность	750	823	700	85%
Надзор за системой медицинского страхования	75	125	70	56%
Связи с общественностью/ информирование	108	109	86	79%
Прочие доходы	567	589	544	92%
Расходы на деятельность Больничной кассы всего	7 331	8 344	7 937	95%

Больничная касса при планировании своей деятельности и расходов на деятельность исходит из утвержденной советом программы развития и целей результативной карты в текущем году. Больничная касса применяет основанное на деятельности планирование, в ходе которого рассматриваются рабочие процессы/функции, необходимые для достижения целей организации, и планируются ресурсы, необходимые для выполнения этих функций.

В качестве потребности в ресурсах в 2013 году было установлено 216 должностей, из которых по состоянию на 31 декабря было заполнено 211. Это было обусловлено невыполнением бюджета по персоналу.

В бюджетной строке инфотехнологии отражены расходы на размещение инфосистемы рецептурного центра, обслуживание лицензий SAP и основное имущество ИТ.

2013 год имел для Больничной кассы знаковое значение: размещение рецептурного центра было перенесено на инфраструктуру Больничной кассы. Перенос рецептурного центра планировался долго и основательно, в результате увеличилась очень важная для нас проходимость рецептурного центра.

В 2013 году Больничная касса активно занималась и пилотированием э-листа нетрудоспособности работодателям. Предпосылкой для этого было то, что 95% листов нетрудоспособности уже изначально были составлены медицинскими работниками в электронном виде. К настоящему времени к фазе пилотирования присоединилось уже около 200 работодателей по всей Эстонии. На протяжении всего периода продолжалось также дополнительное развитие приложения. После окончательного внедрения приложения (2014-2015) существенно упростятся и ускорятся как рассмотрение листов нетрудоспособности, так и выплаты застрахованным.

В бюджете расходов на развитие запланирован ресурс на обучение, а также юридические и бизнес-консультации работников Больничной кассы. К бизнес-консультациям относятся также консультации, связанные с составлением лечебных инструкций.

В бюджете прочих расходов на деятельность отражаются расходы на надзор, связи с общественностью, информирование и прочую деятельность. В бюджете надзора запланированы средства на клинические аудиты, оценку проектов профилактики и развития, проведение финансовых аудитов.

В строке бюджета связей с общественностью и информирования отражаются средства, запланированные на составление печатных материалов и проведение различных исследований. Для повышения осведомленности застрахованных Больничная касса издала в I полугодии Haigekassa Teataja на эстонском и русском языках, 200 000 экземпляров которого были распространены по всей Эстонии.

Мы по прежнему заинтересованы в удовлетворенности наших партнеров предлагаемыми Больничной кассой услугами. В сотрудничестве с AS Emor в I полугодии было проведено исследование удовлетворенности партнеров. Всего в исследовании участвовало около 700 услугодателей и аптек Эстонии. 98% отвечавших оценили сотрудничество с Больничной кассой как хорошее или очень хорошее, треть опрошенных дали сотрудничеству максимальную оценку.

В качестве прочих расходов отражаются требования, поступление которых маловероятно, налоги со специальных льгот, страховые платежи, в т. ч. страхование ответственности правления и налог с оборота.

Резервный капитал

Формирование резервного капитала регулирует ст. 38 Закона о Больничной кассе Эстонии:

- Резервный капитал Больничной кассы – формируемый из бюджетных средств Больничной кассы резерв для уменьшения рисков системы медицинского страхования, связанных с макроэкономическими изменениями.
- Размер резервного капитала составляет 6% от объема бюджета.
- Резервный капитал можно использовать только в исключительном порядке на основании распоряжения Правительства республики по предложению министра социальных дел. Перед внесением предложения Правительству республики министр социальных дел должен выслушать мнение совета Больничной кассы.

На 31 декабря 2013 года размер резервного капитала Больничной кассы составлял 51,1 миллиона евро. Учитывая размер бюджета, требуемый резервный капитал в 2014 году составляет 54,4 миллиона евро. Чтобы выполнить требуемый законом уровень, нужно в 2014 году увеличить резервный капитал на 3,3 миллиона евро.

Резерв риска

Формирование резерва риска регулирует ст. 391 Закона о Больничной кассе Эстонии:

- Резерв риска Больничной кассы – формируемый из бюджетных средств Больничной кассы резерв для уменьшения рисков системы медицинского страхования, связанных с взятыми обязательствами.
- Размер резерва риска составляет 2% от объема бюджета медицинского страхования Больничной кассы.
- Резерв риска может быть использован с согласия совета Больничной кассы.

В конце 2012 года размер резерва риска Больничной кассы составлял 15,6 миллиона евро. Согласно ст. 391 Закона о Больничной кассе Эстонии размер резерва риска в 2013 году должен был составлять 16,7 миллиона евро. Чтобы выполнить требуемый законом уровень, в 2013 году резерв риска был увеличен на 1,1 миллиона евро.

В 2014 году требуемый размер резерва риска составляет 18,0 миллиона евро. Чтобы выполнить требуемый законом уровень, в 2014 году резерв риска должен быть увеличен на 1,3 миллиона евро.

Нераспределенная прибыль

В начале 2013 года нераспределенная прибыль предыдущих периодов Больничной кассы составляла 164,8 миллиона евро.

В 2013 году за счет нераспределенной прибыли предыдущих периодов 1,1 миллиона евро были переведены в резерв риска, чтобы привести резервы к требуемому законом уровню.

В 2013 году прибыль Больничной кассы была запланирована минус 9,2 миллиона евро. Поскольку в 2013 году доходы Больничной кассы на 4,6 миллиона евро превышали запланированные, и использование средств бюджета было меньше запланированного, то прибыль хозяйственного года составила минус 1,5 миллиона евро.

На 31 декабря 2013 года нераспределенная прибыль составляла 162,2 миллиона евро.

Правление Больничной кассы вносит в совет предложение перевести 3,3 миллиона евро из нераспределенной прибыли предыдущего периода в резервный капитал и 1,3 миллиона евро в резерв риска, чтобы привести резервы к требуемому законом уровню.

The background features several overlapping, semi-transparent shapes in shades of green and blue. A large, light green shape is at the top left, overlapping a darker green shape on the right. A bright blue shape is positioned in the lower-left quadrant, overlapping the darker green shape. The bottom right corner is a solid, dark green color.

Годовой
бухгалтерский
отчет

Баланс

Актив

В тысячах евро	31.12.2013	31.12.2012	Приложение
Оборотное имущество			
Деньги и их эквиваленты	199 641	204 300	2
Требования и авансы	83 740	79 929	3
Резервы	3	3	4
Оборотное имущество всего	283 384	284 232	
Основное имущество			
Долгосрочные требования	450	656	5
Материальное основное имущество	509	575	6
Нематериальное основное имущество	199	0	6
Основное имущество всего	1 158	1 231	
Основное имущество всего	284 542	285 463	

Пассив

В тысячах евро	31.12.2013	31.12.2012	Приложение
Обязательства			
Краткосрочные обязательства			
Задолженности и авансы	54 503	53 960	8
Краткосрочные обязательства всего	54 503	53 960	
Обязательства всего	54 503	53 960	
Нетто-имущество			
Резервы	67 808	66 730	9
Прибыль предыдущих периодов	163 695	162 548	
Прибыль за отчетный год	-1 464	2 225	
Нетто-имущество всего	230 039	231 503	
Пассив всего	284 542	285 463	

Отчет о прибыли

В тысячах евро	2013	2012	Приложение
Часть медицинского страхования социального налога и взыскания от других лиц	830 625	777 526	10
Доходы целевого финансирования	1 744	1 625	17
Расходы целевого финансирования	-1 472	-1 595	17
Расходы медицинского страхования	-828 954	-772 003	13
Брутто-прибыль	1 943	5 553	
Общие административные расходы	-7 237	-6 581	14
Прочие доходы от деятельности	3 910	2 739	11
Прочие расходы на деятельность	-693	-727	15
Прибыль от деятельности	-2 077	984	
Процентные и финансовые доходы	613	1 241	12
Прибыль за отчетный год	-1 464	2 225	

Денежный оборот

В тысячах евро	2013	2012	Приложение
Денежные потоки от основной деятельности			
Поступивший социальный налог	826 632	772 090	
Оплаченные поставщикам счета	-832 572	-771 949	
Выплаченная работникам зарплата	-3 648	-3 471	
Выплаченные с расходов на рабочую силу налоги	-1 237	-1 189	
Прочие поступившие доходы	6 337	5 418	
Денежные потоки от основной деятельности всего	-4 488	899	
Денежные потоки от инвестирования			
Уплачено за основное имущество	-171	-176	
Денежные потоки от инвестирования всего	-171	-176	
Нетто-изменение денежных средств и банковских счетов			
Банковские счета и эквиваленты денег в начале периода	204 300	203 577	2
Изменение денежных средств	-4 659	723	
Банковские счета и эквиваленты денег в конце периода	199 641	204 300	2

Отчет об изменениях нетто-имущества

В тысячах евро	2013	2012	Приложение
Резервы			
Резервы в начале года	66 730	65 873	
Отчисление в резерв риска	1 078	857	
Резервы в конце года	67 808	66 730	9
Прибыль предыдущих периодов			
В начале года	164 773	163 405	
Отчисление в резерв риска	-1 078	-857	
Прибыль за отчетный год	-1 464	2 225	
В конце года	162 231	164 773	
Нетто-имущество в начале года	231 503	229 278	
Нетто-имущество в конце года	230 039	231 503	

Приложения к годовому бухгалтерскому отчету

Приложение 1. Применяемые при составлении отчета принципы расчета

Годовой бухгалтерский отчет Больничной кассы Эстонии (далее также Больничная касса) составлен исходя из сложившихся в Эстонии традиций бухгалтерского учета. Эстонские традиции бухгалтерского учета опираются на международные принципы учета и отчетности, основные требования которых установлены Законом о бухгалтерском учете и которые дополняют руководства Службы бухгалтерского учета. При составлении годового бухгалтерского отчета исходили также из государственных общих правил бухгалтерского учета.

Хозяйственный год начался 1 января 2013 года и закончился 31 декабря 2013 года. Количественные показатели годового бухгалтерского отчета представлены в тысячах евро.

При составлении годового бухгалтерского отчета Больничная касса Эстонии впервые применила инструкции Службы бухгалтерского учета, применение которых обязательно при составлении финансовых отчетов, охватывающих расчетные периоды, начинающиеся с 01.01.2013 г. и позже. Применение измененных инструкций Службы бухгалтерского учета не оказало существенного влияния на используемые до сих пор Больничной кассой расчетные принципы.

Отчетные схемы

В качестве отчета о прибыли применяется установленная Законом о бухгалтерском учете схема отчета о прибыли 2, структура записей которой изменена, исходя из специфики деятельности Больничной кассы.

Финансовый актив и финансовые обязательства

Финансовым активом считаются деньги, требования к покупателям и прочие краткосрочные и долгосрочные требования. Финансовым обязательством считаются неоплаченные счета поставщиков, просроченные задолженности, прочие краткосрочные и долгосрочные долговые обязательства.

Финансовые активы и обязательства изначально берут на учет по стоимости их приобретения, которой является справедливая стоимость платы, уплачиваемой или получаемой за данный финансовый актив или обязательство. Начальная стоимость приобретения включает все расходы на сделки, непосредственно связанные с финансовым активом или обязательством.

Покупка и продажа финансовых активов всегда отражается в день оценки, т. е. в день, когда Больничная касса становится собственником приобретенного финансового актива или теряет право собственности через продажу финансового актива.

Финансовые обязательства отражаются в балансе в скорректированной стоимости приобретения.

Финансовые активы удаляют из баланса тогда, когда Больничная касса теряет право на вытекающие из финансового актива денежные потоки или передает третьей стороне большинство связанных с финансовым активом рисков и благ. Финансовое обязательство удаляют из баланса тогда, когда оно удовлетворено, прекращено или истекло.

Деньги и их эквиваленты

В виде денег и их эквивалентов отражаются деньги в банке. Отчет о денежных потоках составлен по прямому методу.

Отражение сделок, совершенных в иностранной валюте

При отражении зафиксированных в иностранной валюте сделок за основание приняты официально действовавшие в день совершения сделки валютные курсы Европейского центрального банка. Зафиксированные в иностранной валюте монетарные финансовые активы и обязательства и немонетарные активы и обязательства, отраженные методом справедливой стоимости, переоценены по состоянию на день баланса в евро по официально действовавшему в день баланса валютному курсу Европейского центрального банка. Полученные от сделок с иностранной валютой прибыли и убытки отражены в отчете о прибыли как доходы и расходы за период.

Учет требований

Требования к покупателям содержат требования за проданные товары и оказанные услуги, а также взыскания в части компенсаций медицинского страхования, срок поступления которых наступает в следующем хозяйственном году. Требования, срок поступления которых больше одного года, в т.ч. рассроченные платежные требования к Налоговому и таможенному департаменту, отражаются как долгосрочные требования.

Требования за проданные товары и оказанные услуги содержат требования за проданные медицинским учреждениям и семейным врачам рецептурные бланки, представленные в Министерство социальных дел требования за услугу обработки счетов за лечение, а также требования, представляемые за медицинские услуги пациентам из других стран-членов ЕС, получивших лечение в Эстонии, в компетентное учреждение страны-страховщика.

Вероятность поступления требований оценивается не реже одного раза в год по состоянию на день баланса. Требования оцениваются индивидуально и отражаются в балансе на основании принципа консервативности исходя из сумм, поступление которых вероятно. Требования, поступление которых маловероятно, заносятся в расходы отчетного периода. Ранее внесенные в расходы требования, поступившие в отчетный период, отражены как уменьшение расходов на маловероятные требования.

Требования, для взыскания которых невозможно или экономически невыгодно применить меры, считаются безнадежными и списываются с баланса.

Учет резервов

Резервы учитываются в стоимости приобретения и заносятся в расходы методом FIFO. Резервы в балансе оцениваются исходя из того, что ниже – стоимость приобретения или нетто стоимость реализации.

Материальное основное имущество

Материальным основным имуществом считается имущество со сроком эксплуатации более одного года, стоимость приобретения которого превышает 2000 евро. Имущество с меньшим сроком эксплуатации и меньшей стоимостью приобретения заносится в расходы при его приобретении.

Материальное основное имущество учитывается в стоимости приобретения и амортизируется линейным методом, исходя из полезного срока службы. Стоимость земли не подлежит амортизации.

Применяются следующие периоды амортизации (в годах):

- здания и строения 10-20
- инвентарь 2-4
- машины и оборудование 3-5

Связанные с материальным имуществом расходы, совершаемые после его приобретения, обычно заносятся в расходы периода. Дополнительные расходы добавляются к стоимости основного имущества, если существует вероятность, что эти расходы позволят имуществу в будущем принести большую экономическую выгоду, чем оценивалось вначале, и эти расходы можно надежно оценить и связать с имуществом.

Нематериальное основное имущество

Нематериальным основным имуществом считается имущество со сроком эксплуатации более одного года и идентифицируемое без физической субстанции, которое применяется в деятельности и стоимость приобретения которого превышает 2000 евро.

Нематериальное основное имущество учитывается в стоимости приобретения и амортизируется линейным методом 2-5 лет.

Связанные с нематериальным имуществом расходы, совершаемые после его приобретения, обычно заносятся в расходы периода. Дополнительные расходы добавляются к стоимости основного нематериального имущества, если существует вероятность, что эти расходы позволят имуществу в будущем принести большую экономическую выгоду, чем оценивалось вначале, и эти расходы можно надежно оценить и связать с имуществом.

Целевое финансирование

В виде целевого финансирования отражаются при определенных условиях предоставленные и полученные средства целевого назначения, и лицо, предоставившее целевое финансирование, контролирует целевое использование средств. Целевое финансирование не отражается в виде доходов и расходов раньше, чем выполнены условия целевого финансирования.

Целевое финансирование отражается в виде доходов в случае, если целевое финансирование становится взыскиваемым.

Учет доходов и расходов

Доходы и расходы записываются по принципу возникновения. Доход по процентам отражается по принципу возникновения.

Важным видом дохода Больничной кассы является часть медицинского страхования социального налога и взыскания от других лиц. Часть медицинского страхования социального налога поступает из Налогового и таможенного департамента в виде еженедельных перечислений. Один раз в месяц Налоговый и таможенный департамент передает Больничной кассе извещение о передаче сальдо платежного баланса, на основании которого отражается доход в бухгалтерии. Взыскания от других лиц отражаются при представлении требования юридическим лицам на основании закона или договора для компенсации причиненного Больничной кассе материального ущерба. Требования к физическим лицам отражаются при поступлении требования.

Учет аренды пользования и финансового лизинга

Финансовым лизингом считаются арендные отношения, при которых все существенные риски и блага, связанные с собственностью на имущество, передаются арендатору. Остальные договоры аренды рассматриваются как аренда пользования. При классификации аренды на финансовый лизинг и аренду пользования подразделения публичного сектора считают критерием, указывающим на финансовый лизинг, также указанные в ст. 15 IPSAS 13 (Leases) ситуации, когда арендуемое имущество невозможно легко заменить другим имуществом.

Имущество, арендованное на основании финансового лизинга, отражается в балансе в сумме справедливой стоимости имущества и арендованного в качестве обязательства имущества. Арендные платежи разделяются на финансовые расходы и уменьшение обязательства. Финансовые расходы отражаются в течение арендного периода.

Платежи аренды пользования отражаются в течение арендного периода в виде линейных расходов.

Отчисления и условные обязательства

Больничная касса составляет отчисления в части тех обязательств, срок реализации или сумма которых не определены. При определении размера и срока реализации отчисления опираются на оценку руководства или эксперта соответствующей области.

Отчисление отражается в случае, если у Больничной кассы возникло до дня баланса юридическое или обусловленное деятельностью обязательство, вероятность реализации отчисления в виде расхода ресурсов выше 50%, и размер отчисления отчисляется надежно.

Резерв риска

Резерв риска Больничной кассы регулирует ст. 39¹ Закона о Больничной кассе Эстонии:

- Резерв риска Больничной кассы – формируемый из бюджетных средств Больничной кассы резерв для уменьшения рисков системы медицинского страхования, связанных с взятыми обязательствами.
- Размер резерва риска составляет 2% от объема бюджета медицинского страхования Больничной кассы.
- Резерв риска может быть использован с согласия совета Больничной кассы.

Обязательство формирования резерва риска ложится на Больничную кассу с 1 октября 2002 года в связи с вступлением в силу Закона о медицинском страховании. По указанному закону был изменен Закон о Больничной кассе Эстонии, дополнив указанный закон статьей 39¹.

Отчисление в резерв риска формируется на основании решения совета после утверждения аудированного отчета за хозяйственный год.

Резервный капитал

Формирование резервного капитала Больничной кассы регулирует ст. 38 Закона о Больничной кассе Эстонии:

- Резервный капитал Больничной кассы – формируемый из бюджетных средств Больничной кассы резерв для уменьшения рисков системы медицинского страхования, связанных с макроэкономическими изменениями.
- Размер резервного капитала составляет 6% от объема бюджета. В резервный капитал перечисляется ежегодно не менее 1/50 общего объема бюджета Больничной кассы и предусмотренные для медицинского страхования перепоступления социального налога до достижения или восстановления установленного в настоящем законе размера резервного капитала.
- Резервный капитал можно использовать только в исключительном порядке на основании распоряжения Правительства республики по предложению министра социальных дел. Перед внесением предложения Правительству республики министр социальных дел должен выслушать мнение совета Больничной кассы.

Отчисление в резервный капитал формируется на основании решения совета после утверждения аудированного отчета за хозяйственный год.

События после даты составления баланса

В годовом бухгалтерском отчете отражаются влияющие на оценку имущества и обязательств существенные обстоятельства, которые выявились между 31 декабря 2013 г. и датой составления отчета, но связаны со сделками, совершенными в отчетный период или раньше.

События после даты составления баланса, которые не учтены при оценке имущества и обязательств, но которые существенно влияют на результат следующего хозяйственного года, опубликованы в приложениях годового отчета.

Приложение 2. Деньги и их эквиваленты

В тысячах евро	31.12.2013	31.12.2012
Деньги в банке	199 641	204 300

Средства Больничной кассы хранятся на расчетных счетах, входящих в состав концернового счета государственной кассы Министерства финансов. Согласно заключенному между Больничной кассой Эстонии и Эстонской Республикой договору Больничная касса имеет неограниченный доступ к хранящимся на концерновом счете денежным средствам с недельным предуведомлением. Эстонская Республика имеет право устанавливать лимит на пользование суммой вклада, однако по состоянию на 31.12.2013 г. этого сделано не было.

Приложение 3. Требования и авансы

В тысячах евро	31.12.2013	31.12.2012
Требования к покупателям	2 997	2 365
Требования, поступление которых маловероятно	-45	-42
Требование целевого финансирования*	60	44
Требования возвратных платежей расходов на деятельность	1	1
Требования на основании договора к страхователям	23	17
Требования по процентам	32	65
Требование по социальному налогу**	80 395	77 125
Расходы prepaid будущих периодов	277	354
Всего	83 740	79 929

* Требование по целевому финансированию – требование к Министерству социальных дел за финансирование искусственного оплодотворения.

** Требование по социальному налогу в сумме 80 395 тысяч евро включает краткосрочное требование к Налоговому и таможенному департаменту за часть медицинского страхования социального налога.

Приложение 4. Резервы

По состоянию на 31.12.2013 г. Больничная касса имеет в резервах неиспользованные рецептурные бланки на сумму 3 тысячи евро (на 31.12.2012 г. 3 тысячи евро).

Приложение 5. Долгосрочные требования

Различные долгосрочные требования

В тысячах евро	31.12.2013	31.12.2012
Долгосрочное рассроченное платежное требование к Налоговому и таможенному департаменту	100	303
Долгосрочная часть суммы, уплаченной департаменту социального страхования за реновацию помещений пярнуского отделения и раплаского бюро	350	353
Всего	450	656

Приложение 6. Основное имущество

6.1. Материальное основное имущество

В тысячах евро			
Стоимость приобретения	Земля и строения	Прочий инвентарь	Материальное основное имущество всего
31.12.2011	384	1 823	2 207
Приобретенное основное имущество	38	7	45
Списанное	-10	-3	-13
31.12.2012	412	1 827	2 239
Приобретенное основное имущество	0	182	182
Списанное	0	-363	-363
31.12.2013	412	1 646	2 058
Аккумуляированный износ			
31.12.2011	238	1 163	1 401
Ученный износ	21	251	272
Списанное	-6	-3	-9
31.12.2012	253	1 411	1 664
Ученный износ	22	226	248
Списанное	0	-363	-363
31.12.2013	275	1 274	1 549
Остаточная стоимость			
31.12.2012	159	416	575
31.12.2013	137	372	509

6.2. Нематериальное основное имущество

Tuhandetes eurodes	
Стоимость приобретения	Приобретенные лицензии
31.12.2011	377
Приобретенное основное имущество	0
Списанное	0
31.12.2012	377
Приобретенное основное имущество*	239
Списанное	0
31.12.2013	616
Аккумуляированный износ	
31.12.2011	376
Ученный износ	1
Списанное	0
31.12.2012	377
Ученный износ	40
Списанное	0
31.12.2013	417
Остаточная стоимость	
31.12.2012	0
31.12.2013	199

*Приказом министра социальных дел № 92 от 15.07.2013 г. «Бесплатная передача государственного имущества» в соответствии с ч. 3 ст. 10 и ч. 1 ст. 11 Закона о государственном имуществе Министерство социальных дел передало Больничной кассе по состоянию на 01.07.2013 г. Рецептурный центр с остаточной стоимостью 239 тысяч евро.

Больничная касса амортизирует Рецептурный центр в течение 3 лет.

Доход от бесплатной передачи государственного имущества отражен в виде целевого финансирования, см. приложение 17.

Приложение 7. Аренда

Аренда пользования

Подотчетное лицо как арендатор.

В отчете о прибыли 2013 года отражены платежи аренды пользования на общую сумму 318 тысяч евро. Из них 24 тысячи евро отражены в расходах на аренду транспортных средств, на основании договоров аренды помещений отражены 294 тысячи евро.

Платежи аренды пользования отражены в 2012 году на сумму 322 тысячи евро. Из них 25 тысяч евро отражены в расходах на аренду транспортных средств, на основании договоров аренды помещений отражены 297 тысяч евро.

Условных обязательств, связанных с арендными платежами, не существует. Договоры аренды помещений можно прекратить со сроком предуведомления от 2 месяцев до 1,5 лет в зависимости от договора.

Расходы аренды пользования отражены в приложении 14.

Приложение 8. Задолженности и авансы

8.1. Задолженности поставщикам

В тысячах евро	31.12.2013	31.12.2012
Неоплаченные счета медицинским учреждениям за услуги	42 426	39 256
Неоплаченные аптекам счета за лекарства, выданные на льготных условиях	5 965	5 916
Неоплаченные счета прочим поставщикам за компенсации медицинского страхования	3 340	5 811
Прочие неоплаченные поставщикам счета	204	608
Всего	51 935	51 591

Задолженности поставщикам содержат сделки с взаимосвязанными сторонами на сумму 2 595 тысяч евро (на 31.12.2012 г. 5 107 тысяч евро), см. приложение 16.

8.2. Налоговые задолженности

В тысячах евро	31.12.2013	31.12.2012
Подходный налог отдельного лица	1 599	1 581
Социальный налог	268	233
Подходный налог со специальной льготы	3	4
Платежи по страхованию от безработицы	13	14
Платежи обязательного пенсионного страхования	4	4
Налог с оборота	6	0
Всего	1 893	1 836

Задолженность по подоходному налогу отдельного лица содержит выплаченный застрахованным Больничной кассой удержанный с компенсаций по нетрудоспособности подоходный налог отдельного лица в сумме 1 540 тысяч евро (на 31.12.2012 г. 1 533 тысячи евро).

Задолженность по социальному налогу содержит неуплаченный работникам начисленный с отпускных денег социальный налог в сумме 52 тысячи евро (на 31.12.2012 г. 48 тысяч евро).

8.3. Прочие задолженности

В тысячах евро	31.12.2013	31.12.2012
Задолженности подрядчикам	515	416
Прочие задолженности	133	92
Полученные авансы	27	25
Всего	675	533

Под полученными авансами отражен финансируемый Министерством иностранных дел остаток аванса молдавского проекта.

Приложение 9. Резервы

В тысячах евро	31.12.2013	31.12.2012
Резервный капитал	51 147	51 147
Резерв риска	16 661	15 583
Резервы всего	67 808	66 730

В конце 2012 года размер резерва риска Больничной кассы составлял 15 583 тысячи евро. Согласно ст. 391 Закона о Больничной кассе Эстонии размер резерва риска в 2013 году должен был составлять 16 661 тысячу евро. Чтобы выполнить требуемый законом уровень, в 2013 году резерв риска был увеличен на 1 078 тысяч евро.

Приложение 10. Доходы от основной деятельности

В тысячах евро	2013	2012
Часть медицинского страхования социального налога	829 699	776 919
Взыскания от других лиц	926	607
Всего	830 625	777 526

Взыскания от других лиц содержат требования к взаимосвязанным сторонам в сумме 3 тысячи евро (в 2012 году 14 тысяч евро), см. приложение 16.

Приложение 11. Прочие доходы от деятельности

В тысячах евро	2013	2012
Добровольные договоры страхования	520	386
Межгосударственные договоры страхования	618	932
Услуги, оказанные гражданам Европейского союза	2 714	1 371
Плата за рассмотрение счетов за лечение	44	47
Прибыль от разницы валютных курсов	14	3
Прочие доходы от деятельности всего	3 910	2 739

Приложение 12. Процентные и финансовые доходы

В тысячах евро	2013	2012
Процент с денежного остатка	613	1 233
Процент с депозита	0	8
Процентные и финансовые доходы всего	613	1 241

Министерство финансов начисляет Больничной кассе с остатка, хранимого на расчетных счетах, входящих в состав государственного концернового счета, процент, размер которого равен доходности государственного кассового резерва, см. приложение 2.

Приложение 13. Расходы медицинского страхования

В тысячах евро	2013	2012
Компенсации услуг здравоохранения	605 257	563 944
в т.ч. профилактика болезней	7 230	6 854
общая медицинская помощь	76 088	70 212
специальная медицинская помощь	481 561	450 472
лечение по уходу	20 607	17 538
стоматология	19 771	18 868
Расходы на развитие здоровья	706	814
Расходы на компенсации лекарств	103 391	98 967
Расходы на компенсации по временной нетрудоспособности	94 101	84 265
Прочие денежные компенсации	9 327	9 136
Прочие расходы на компенсации медицинского страхования*	16 172	14 877
в т.ч. компенсации услуг здравоохранения, вытекающие из международных договоров	7 847	7 190
компенсации медицинских устройств	8 325	7 687
Расходы медицинского страхования всего	828 954	772 003

* Расходы 2013 года отличаются от расходов, указанных в соответствующей строке отчета о выполнении бюджета, поскольку в выполнении бюджета в числе расходов отражается также целевое финансирование из государственного бюджета в сумме 1 465 тысяч евро (разница с 2012 г. 1 572 тысячи евро).

В расходах медицинского страхования отражены сделки с взаимосвязанными сторонами в сумме 34 574 тысячи евро (в 2012 г. 82 374 тысячи евро), см. приложение 16.

Приложение 14. Общие административные расходы

В тысячах евро	2013	2012
Расходы на персонал и управление	4 947	4 645
Заработная плата	3 695	3 460
в т. ч. плата членам правления	172	153
Страхование от безработицы	35	45
Социальный налог	1 217	1 140
Хозяйственные расходы	1 069	1 012
в т.ч. платежи аренды пользования *	318	322
Расходы инфотехнологии	990	773
Расходы на развитие	231	151
Общие административные расходы всего	7 237	6 581

* См. приложение 7

В хозяйственных расходах отражены сделки с взаимосвязанными сторонами в сумме 35 тысяч евро (в 2012 г. 23 тысячи евро), см. приложение 16.

В оплатах членов правления 2013 года отражены 22 тысячи платы за результат, о выплате которой совет принимает решение после утверждения отчета за хозяйственный год.

Haigekassa töötajate arv	2013	2012
Члены правления	3	2
Руководители	17	18
Специалисты высшего звена	39	33
Специалисты среднего звена	147	152
Служащие	5	5
Количество работников всего	211	210

Приложение 15. Прочие расходы на деятельность

В тысячах евро	2013	2012
Надзор за системой медицинского страхования	70	74
Связи с общественностью/ информирование	86	108
Страхование ответственности правления	5	6
Убыток от разницы валютных курсов	14	21
Внесенные в расходы требования	42	35
Внутреннее информирование и инфодни	15	6
Специальные льготы и налоги	110	113
Расходы налога с оборота от расходов на деятельность	351	364
Прочие расходы на деятельность всего	693	727

Приложение 16. Сделки с взаимосвязанными сторонами

Взаимосвязанными сторонами являются члены правления и совета Больничной кассы, предприятия и учреждения, предоставляющие услуги здравоохранения, с которыми Больничная касса связана через членов правления или совета. Услуги здравоохранения покупаются у взаимосвязанных сторон аналогично условиям, установленным для других учреждений, оказывающих услуги здравоохранения.

Сделки с взаимосвязанными сторонами в 2013 году

В тысячах евро	Summa	Lisa
Покупка услуг	34 609	13, 14
Продажа услуг	3	10
Обязательство 31.12.2013	2 595	8
Требование 31.12.2013	0	

В 2013 году уценок требований к взаимосвязанным сторонам сделано не было.

Сделки с взаимосвязанными сторонами в 2012 году

В тысячах евро	Summa	Lisa
Покупка услуг	82 397	13, 14
Продажа услуг	14	10
Обязательство 31.12.2012	5 107	8
Требование 31.12.2012	0	

При прекращении срочных служебных договоров членов правления им выплачивается компенсация в размере трех месячных должностных окладов.

Начисленные членам правления оклады приведены в приложении 14.

Приложение 17. Целевое финансирование

На основании ч. 5 ст. 351 Закона об искусственном оплодотворении и защите эмбриона компенсация расходов на лекарства, связанные с процедурой искусственного оплодотворения, и оплата лечения бесплодия за застрахованных лиц учреждениям, оказывающим услуги здравоохранения, осуществляется на основании финансируемого Министерством социальных дел договора.

Министерство иностранных дел на основании ч. 8 ст. 25 постановления Правительства республики № 8 от 21 января 2010 г. «Условия и порядок оказания помощи в развитии и гуманитарной помощи» заключило с Больничной кассой договор о поддержке развития системы медицинского страхования Молдовы.

Расходы целевого финансирования

В тысячах евро	2013	2012
Компенсация лекарств застрахованным лицам при искусственном оплодотворении	660	903
Финансирование лечения бесплодия согласно услугам здравоохранения	805	669
Молдавский проект	7	23
Всего	1 472	1 595

Расходы государственного целевого финансирования на профилактику рака отражены в расходах на профилактику болезней, расходы Молдавского проекта отражены в расходах на деятельность Больничной кассы.

Доходы целевого финансирования

В тысячах евро	2013	2012
Компенсация лекарств застрахованным лицам при искусственном оплодотворении	660	903
Финансирование лечения бесплодия согласно услугам здравоохранения	805	669
Средства государственной стратегии профилактики рака	33	30
Молдавский проект	7	23
Рецептурный центр	239	0
Всего	1 744	1 625

Бесплатно полученное основное имущество отражено как доход рецептурного центра. Учет основного имущества описан в приложении 6.

Подписи отчета за хозяйственный год

Правление Больничной кассы Эстонии составило отчет за 2013 хозяйственный год.

Отчет за хозяйственный год включает отчет о деятельности и годовой бухгалтерский отчет, к которым прилагается отчет независимого присяжного аудитора.

Правление

22.04.2014

Танел Росс

председатель правления



Мари Матизен

член правления



Кулдар Куремаа

член правления





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 2013, 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 96 по 111.

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, внедренного 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 2013, финансовые результаты и денежные потоки завершившегося этого числа хозяйственного года в соответствии с добрыми бухгалтерскими традициями, действующими в Эстонии.

Таллинн, 22.04.2014

/подпись/

Taivo Erner

Присяжный аудитор, профессиональное свидетельство № 167

KPMG Baltics OÜ

Разрешение на деятельность № 17

Нарва мнт. 5, Таллин