Годовая книга Эстонской Больничной кассы 2014

Eesti Haigekassa

Символом Больничной кассы является черепаха.

Почему черепаха является символом медицинского страхования, или Больничной кассы?

Во многих культурах черепаха – символ создания Земли, о чём свидетельствуют долголетие и постоянство при стремлении к целям. Над черепахой посмеиваются за её медлительность, но ведь и медицинское страхование – это консервативная область. Продвижение вперёд – взвешенное и неуклонное – символизирует надёжность Больничной кассы и всей системы. Панцирь защищает черепаху от неожиданных опасностей. Это чувство защищённости Больничная касса желает предложить и своим застрахованным.

Отчёт Больничной кассы Эстонии за хозяйственный год

Eesti Haigekassa

Наименование	Больничная касса Эстонии
Регистрационный код	74000091
Адрес	Лембиту 10, 10114 Таллинн
Телефон	+372 62 08 430
Факс	+372 62 08 449
Эл. почта	info@haigekassa.ee
Адрес домашней страницы	www.haigekassa.ee
Начало хозяйственного года	1 января 2014
Конец хозяйственного года	31 декабря 2014
Основная сфера деятельности	государственное медицинское страхование
Правление	Танел Росс (председатель)
	Мари Матхиезен
	Кулдар Куремаа
Аудиторская компания	KPMG Baltics OÜ

Содержание

Обращение правления Больничной кассы ... 3
Отчёт о деятельности ... 9
Стратегические цели и их выполнение ... 13
Карта результативности ... 14
Исследование Всемирного банка выявило много существенных потребностей развития ... 16
Семейный врач – первичный консультант в вопросах здоровья для любого человека ... 19
Обновление перечня услуг здравоохранения при сотрудничестве сторон гарантирует современные услуги застрахованным ... 22
Действия по обеспечению доступности амбулаторной помощи врача-специалиста являются комплексными ... 25
Современные лекарства и медицинское оборудование – растущий приоритет ... 28
От профилактики болезней зубов выиграют все ... 30
Взыскательный выбор – сколько медицинских услуг покупать и у кого покупать? ... 32
Ключевой вопрос ценообразования услуги здравоохранения – какая цена правильная? ... 34
Возможности лечения в Европейском Союзе ... 36
Общий вклад во имя лучшего качества лечения ... 38
Подготовка к обеспечению интегрированного потока лечения в системе здравоохранения ... 40
Отчёт о выполнении бюджета ... 43
Число застрахованных ... 45
Доходы ... 47
Расходы медицинского страхования ... 50
1. Услуги здравоохранения ... 51
1.1 Профилактика заболеваний ... 53
1.2 Помощь врача общей практики ... 57
1.3 Помощь врача-специалиста ... 62
1.4. Сестринская помощь ... 87
1.5 Лечение зубов ... 91
2. Развитие здоровья ... 93
3. Компенсируемые лекарства для застрахованных ... 95
4. Компенсации по временной нетрудоспособности ... 101
5. Прочие денежные компенсации ... 106
5.1 Денежные компенсации стоматологических услуг ... 106
5.2 Дополнительная компенсация лекарств ... 107
6. Прочие расходы ... 108
6.1 Плановое лечение в иностранном государстве ... 108
6.2 Компенсации, связанные с правовыми актами Европейского союза ... 110
6.3 Компенсации медицинских устройств ... 111
6.4 Расходы на медицинское страхование имеющие, целевое финансирование ... 112
6.5 Различные компенсации медицинского страхования ... 112
Расходы на деятельность Больничной кассы ... 113
Резервный капитал ... 117
Резерв риска ... 117
Нераспределенная прибыль ... 117
Годовой бухгалтерский отчет ... 119
Баланс ... 120

Отчет о прибыли 121
Денежный оборот 121
Отчет об изменениях нетто-имущества 122
Приложения к годовому бухгалтерскому отчету 123
Приложение 1. Применяемые при составлении отчета принципы расчета 123
Приложение 2. Деньги и их эквиваленты 126
Приложение 3. Требования и авансы 127
Приложение 4. Резервы 127
Приложение 5. Долгосрочные требования 127
Приложение 6. Основное имущество 128
Приложение 7. Аренда 129
Приложение 8. Задолженности и авансы 130
Приложение 9. Резервы 131
Приложение 10. Доходы от основной деятельности 131
Приложение 11. Прочие доходы от деятельности 132
Приложение 12. Процентные и финансовые доходы 132
Приложение 13. Расходы медицинского страхования 132
Приложение 14. Общие административные расходы 133
Приложение 15. Прочие расходы на деятельность 134
Приложение 16. Сделки с взаимосвязанными сторонами 134
Приложение 17. Целевое финансирование 135
Подписи отчета за хозяйственный год 137
Отчет независимого присяжного аудитора 139

Обращение правления Больничной кассы

В медицинском страховании 2014 года – более конкретный подход и сосредоточенность на клиенте

Условием эффективности системы здравоохранения является её целостное рассмотрение, которое включает находящегося в центре системы осведомлённого человека и его персональные потребности здоровья, исходя из эффективного сотрудничества и координирования действий между всеми участниками системы. Для развития персонального и целостного подхода к пациенту мы поставили целью в программе развития Больничной кассы поддержание развития врачебной помощи на первичном уровне, обеспечение финансирования и постоянное совершенствование доказательных и экономичных медикаментов, медицинского оборудования и услуг здравоохранения. Мы также считаем важным вкладывать средства в развитие эффективности инфо-систем и передачу качественных данных, что позволит принимать решения с учётом всех данных о здоровье человека и повысить интегрированность лечения. Как важную сферу деятельности, мы субсидируем повышение качества лечения. Вся эта деятельность создаёт предпосылки для того, чтобы помощь семейного врача, врача-специалиста и сестринская помощь стали единым целым в обеспечении лучшего результата укрепления здоровья. Будучи главным источником финансирования сферы здравоохранения, мы считаем своей обязанностью обеспечить стабильность финансирования врачебной помощи на разных уровнях, постоянный анализ эффективности и дальнейшее развитие существующих моделей финансирования, а также последовательность медицинского страхования.

Последовательное развитие системы семейных врачей на благо здоровья застрахованных

Развитие системы здравоохранения первичного уровня с повышением роли семейного врача и его команды имеет важный приоритет в программе развития Больничной кассы. Поскольку преобладающая часть проблем со здоровьем у людей находит решение на первичном уровне, то стабильное финансирование и развитие сильной системы семейных врачей очень важны. В прошлом году мы в сотрудничестве с Обществом Семейных врачей Эстонии обновили договорные условия помощи врача общей практики и, начиная с 2015 года, заключили с семейными врачами новые рамочные договоры на 5 лет с более гибким, чем прежде, содержанием, условия которых позволяют нам в сотрудничестве с семейными врачами продолжить поддержание развития эффективной и исходящей из потребностей пациента системы здравоохранения. Важное место в договорах отведено обеспечению качества, и этими вопросами мы продолжим заниматься и в 2015 году.

> Больничная касса готова поддерживать разумное объединение семейных врачей в центры здоровья с целью пересмотра и совершенствования модели финансирования.

Укрепление здоровья, профилактика и лечение заболеваний могут быть эффективными тогда, когда у находящегося в центре всего этого человека будут доверие и чувство уверенности в отношении всех сторон здравоохранения, и он будет осведомлён также о возможностях, ответственности и собственной роли в системе здравоохранения.

При повышении осведомлённости населения о здоровье мы последнюю пару лет обращали существенное внимание на роль семейных врачей и на оповещение о возможностях врачебной системы первичного уровня. В сотрудничестве с Обществом Семейных врачей Эстонии мы провели в течение 2014 года масштабную социальную кампанию, в рамках которой подробно объясняли предлагаемые услуги помощи семейных врачей, а также компетенцию семейного врача и сестры при решении вопросов здоровья.

Мы продолжим развивать систему семейных врачей, среди прочего, через семейного врача могло бы в дальнейшем производиться, например, финансирование услуги домашней сестры, услуги физиотерапии и акушерские услуги. Дополнительные услуги ещё более укрепят координирующую роль семейного врача в центрах здоровья первичного уровня, создание которых при поддержке структурных фондов Европейского Союза будет одной из важных целей организации государственного здравоохранения в следующем десятилетии. Больничная касса, со своей стороны, готова поддержать разумное объединение семейных врачей в центры здоровья с целью пересмотра и совершенствования модели финансирования. И в следующие годы мы будем работать в сотрудничестве с семейными врачами во имя того, чтобы расширить пакет услуг и команду семейного врача.

Доступность действенных и затратоэффективных услуг и лекарств является приоритетом

Главной задачей Больничной кассы является обеспечение застрахованным доступности необходимых современных и эффективных услуг, лекарств и медицинского оборудования. Мы считаем очень важным, чтобы человеку были обеспечены лучшие современные диагностика и лечение, при этом с соблюдением Больничной кассой исходящей из закона обязанности использовать общественные ресурсы максимально эффективно. Развитие оздоровительных технологий позволяет разрабатывать всё более эффективные медикаменты, а также более безопасные и менее инвазивные для пациента услуги, поэтому регулярное обновление перечня как лекарств, медицинского оборудования, так и услуг здравоохранения очень важно.

Для обновления перечня услуг здравоохранения взяли в начале прошлого года в производство 93 ходатайства, и в результате оценки с участием сторон, начиная с 2015 года, в перечень добавлены 50 частично или совершенно новых услуг. Помимо новых возможностей в помощи семейного врача или врача-специалиста, в перечень услуг добавили в качестве больничных лекарственных препаратов ряд новшеств для лечения больных с различными заболеваниями, например, расширили возможности биологического лечения биосимилярами, добавлены новые лекарства против рака. В сотрудничестве с профессиональными обществами и оказывающими услугу обновлены предельные цены самостоятельной сестринской помощи и услуги домашней сестры. Сотрудничество продолжится в 2015 году с целью дифференцировать цену койко-дня на основании потребности в сестринской помощи.

Перечень покупаемых в аптеках лекарств по компенсируемому Больничной кассой льготному рецепту был также пополнен в прошлом году несколькими важными возможностями. Всего за два последних года в список рецептурных и больничных лекарств добавлено свыше 35 новых действующих веществ.

В прошлом году мы впервые приступили также к компенсации трёх новых препаратов на основании т. н. схемы распределения риска. Это означает компенсацию Больничной кассой в случае, если лекарство оказывает на пациента положительное воздействие, т. е. достигаются предварительно условленные цели лечения. Таким путём мы можем сделать доступными для

пациентов также редко требующиеся и очень дорогостоящие лекарства, в отношении которых нет уверенности, что ожидаемый результат будет достигнут.

Непрерывный анализ возмещения медицинского оборудования имеющим медицинскую страховку пациентам (например, тестовые полоски для измерения уровня сахара в крови и т. п.) и дополнение перечня имеют большое значение, и мы в этой части в истекшем году внесли значительные изменения как в ценообразование, так и в ассортимент медицинского оборудования, что, с одной стороны, помогает застрахованным сэкономить деньги, и, с другой стороны, расширяет возможности выбора.

В прошлом году мы сделали важный шаг в обеспечение прозрачности процессов принятия решения – начиная с 2014 года, мы публикуем полностью процесс рассмотрения ходатайств о новых услугах. Это значит, что все стороны и заинтересованные лица могут быть в курсе хода рассмотрения и экспертных оценок предложений и ходатайств, зайдя на нашу домашнюю страницу.

Стратегические партнёры и результативность лечения

Важнейшими партнёрами Больничной кассы по сотрудничеству являются лечебные учреждения и семейные врачи. Мы считаем важным, чтобы сотрудничество со всеми нашими партнёрами было открытым и имело целью обеспечение жителям Эстонии возможно лучшей услуги здравоохранения, которая была бы качественной, доказательной и равно доступной для всех застрахованных. Следовательно, договоры о финансировании лечения Больничной кассой поддерживают сосредоточенную на пациенте, цельную и основанную на оценке качества лечения организацию лечения, свободу выбора пациента, а также результативное использование ресурсов.

В начале года мы заключили обновлённые 5-летние договоры о финансировании лечения с больницами плана развития больничной сети, со II полугодия обновлены договоры уже у всех договорных партнёров помощи врачей-специалистов и сестринской помощи. Мы также провели отборочный конкурс по поиску дополнительных партнёров помощи врачей-специалистов и сестринской помощи. При доработке договоров о финансировании лечения мы обратили особое внимание на условия обеспечения доступности и качества услуг здравоохранения, при этом денежные приложения к договорам запланированы, исходя из равной региональной доступности соответствующего потребностям застрахованных лиц лечения, а также из их фактического движения между оказывающими услуги.

В прошлом году мы перешли также на новую систему обслуживания партнёров – теперь у каждого лечебного учреждения один договор с Больничной кассой и один управляющий договором. Как упомянуто выше, на протяжении всего прошлого года велось содержательное сотрудничество с семейными врачами, в результате которого к концу года договорились об общих принципах финансирования врачебной помощи первичного уровня на следующие пять лет. Мы активно готовились к разработке единой системы обслуживания партнёров, где в первую очередь сосредоточимся на обеспечении качества.

Развитие эффективной системы качества является одним из важнейших приоритетов системы здравоохранения и медицинского страхования Эстонии, на Больничную кассу возлагается также обязанность закупать для застрахованных качественные услуги здравоохранения. Для выполнения данной обязанности и развития системы качества лечения весь прошлый год продолжалось основанное на сотрудничестве врачебных специальностей и Больничной кассы развитие индикаторов качества лечения. Мы также постоянно способствовали разработке лечебных инструкций и инструкций для пациентов и всё больше внимания обращали на применение готовых инструкций в повседневной работе врачей.

> Договоры о финансировании лечения Больничной кассой поддерживают сосредоточенную на пациенте, цельную и основанную на оценке качества лечения организацию лечения, свободу выбора пациента и результативное использование ресурсов.

Развитие системы здравоохранения и сотрудничество

В начале 2014 года Центр политических исследований Praxis подготовил проект «Прогноз устойчивого развития медицинского страхования». В рамках проекта была создана модель, позволяющая оценить влияние различных факторов (рабочая сила, цены, структура предложения услуг, внешние риски, налоги) на финансовую устойчивость медицинского страхования.

По заказу Больничной кассы Тартуский Университет составил в первой половине года анализ лечения зубов и организации профилактики.

Чтобы проанализировать используемые в медицинском страховании методы оплаты и ценообразование Больничной кассы, мы заказали в прошлом году аудит методики ценообразования специальной врачебной помощи, чтобы найти возможные места улучшения в методике ценообразования Больничной кассы, и, по возможности, представить также предложения по ликвидации узких мест. Согласно отчёту, используемая Больничной кассой Эстонии ценовая модель в своей концепции действенна и подходит для компенсации расходов на лечение. Проконсультировавшись с иностранными экспертами, пришли к выводу, что применяемая в Эстонии система является одной из самых подробных и точных при компенсации расходов на лечение.

В сотрудничестве со Всемирным банком в прошлом году был проведён подробный анализ системы здравоохранения Эстонии с целью картографирования текущего положения с учетом комплексного подхода к пациенту в профилактике и лечении хронических заболеваний (гипертензия, диабет II типа и т. д.). Проведение анализа связано как со здоровьем населения, так и с сегодняшними методами программы развития Больничной кассы, а также является входом в поддержку развития в следующие годы. Свод результатов анализа Всемирного банка, а также выводов можно прочесть в главе отчёта «Исследование Всемирного банка выявило много существенных потребностей развития».

Поддержка развития системы здравоохранения Молдовы является, согласно проекту, начиная с 2015 года, постоянной деятельностью, в ходе которой Больничная касса как организация предлагает свою лучшую экспертную компетенцию больничной кассе Молдовы.

В 2014 году мы принимали делегации различных государств, в т. ч. Больничную кассу Эстонии посетила высокопоставленная делегация Бахрейна, и мы представили эстонскую систему медицинского страхования также за рубежом.

> 2014 год был результативным для медицинского страхования, людям предлагали услуг больше прежнего и начали ряд направленных на будущее разработок. На важном месте находятся информирование, прозрачность принятия решений и привлечение пациентов.

Развитие инфраструктуры здравоохранения во имя целостной информации о здоровье

Цели системы здравоохранения – в т. ч. комплексный подход к пациенту, качество медицинской помощи и эффективное сотрудничество сторон – помогут обеспечить бесперебойно действующую и охватывающую все стороны здравоохранения ИТ-инфраструктуру.

Для достижения целей важно, чтобы информационная система здоровья была не просто средством передачи и архивирования медицинских документов, а надо делать ставку и на то, чтобы информационная система стала государственной базой данных, которая даёт возможность каждому человеку ознакомиться со всеми своими данными здоровья, что позволит на разных уровнях здравоохранения координировать сотрудничество и результативное лечение, и это даст средства для анализа качества лечения, целевого использования ресурсов и формирования политики здравоохранения.

В течение прошлого года Больничная касса способствовала подготовке создания дигитальной регистратуры, в рамках которой мы тесно сотрудничаем с эстонским целевым учреждением E-Tervis, Министерством социальных дел и всеми оказывающими услугу здравоохранения. На I этапе проекта планируется полное применение электронных направлений, что будет одновременно важным средством лучшего управления очередями на лечение и обеспечения своевременной доступности услуг здравоохранения.

С точки зрения застрахованных и работодателей, очень важной разработкой в истекшем году была подготовка к полному переходу на электронные листы нетрудоспособности. Начиная с 2015 года, листы нетрудоспособности будут выдаваться только в электронном виде. Мы также планируем в 2015 году совершенствовать функциональность системы и обеспечить большее удобство пользования всем использующим систему участникам.

Развитие организации поможет обеспечить достижение поставленных целей

В 2014 году мы начали более активно пересматривать функции организации, больший акцент делали на обеспечение непрерывности функционирования процессов и проводили действия по снижению угрожающих деятельности организации рисков таким образом, чтобы Больничная касса как организация смогла ещё лучше выполнять поставленные перед нами задачи.

Чтобы повысить ясность, прозрачность и надёжность действий и решений Больничной кассы Эстонии, в прошлом году в сотрудничестве с независимым нынешним оценщиком были разработаны принципы предотвращения конфликта интересов и установлена регуляция по декларированию интересов. Больничная касса Эстонии действует с целью предложить

застрахованным стабильные компенсации от медицинского страхования как сегодня, так и в отдалённой перспективе. 2014 год был результативным для медицинского страхования, людям предлагали услуг больше прежнего и начали ряд направленных на будущее разработок. На важном месте находятся информирование, прозрачность принятия решений и привлечение пациентов.

Инициированная в 2015 году деятельность будет продолжена, среди прочего, сотрудничество со Всемирным банком. Приоритетом Больничной кассы на ближайшие годы станет развитие стратегических закупок, чтобы обеспечить нашим застрахованным комплексный, отвечающий потребностям пакет медицинского страхования, пополнение которого прозрачно, и качество оказываемых услуг измеримо, с одновременным учётом оправданных ожиданий людей на более вовлекающий, персональный и целостный подход к здоровью.

Отчёт о деятельности

Система медицинского страхования

На центральном месте системы здоровья Эстонии находится действующая система медицинского страхования. Больничная касса оплачивает всем имеющим эстонскую медицинскую страховку людям услуги здравоохранения, финансирует покупку лекарств и медицинского оборудования, а также выплачивает многие денежные компенсации. Для оказания услуг здравоохранения заключаются договоры с семейными врачами и лечебными учреждениями. При покупке услуг и заключении договоров учитываются потребности застрахованных и целевое использование денег медицинского страхования. В руководство лечебными учреждениями Больничная касса не вмешивается, так обеспечивается объективность финансирования.

Система медицинского страхования финансируется из социального налога. В Эстонии применяется солидарная система медицинского страхования: все имеющие медицинскую страховку получают одинаковую врачебную помощь, независимо от величины их денежного вклада, личного риска здоровья или возраста.

Система медицинского страхования Эстонии соблюдает получившие международное одобрение принципы:

- возможно большая часть населения должна быть покрыта медицинским страхованием;
- объём медицинского страхования должен быть возможно большим, т. е. солидарное медицинское страхование предлагает возможно более объёмный и комплексный, современный пакет услуг здравоохранения;
- медицинское страхование должно быть возможно более глубоким, т. е. собственное участие человека во всех расходах на лечение должно быть оптимальным и не доводить до риска бедности.

Обеспечивающая солидарность и равенство система медицинского страхования действует с 2002 года, когда вступил в силу новый Закон о медицинском страховании.

Роль Больничной кассы

Основная цель Больничной кассы – обеспечить застрахованным своевременный доступ к различным компенсациям медицинского страхования, в т. ч. врачебной помощи, лекарств и медицинского оборудования, а также к денежному возмещению временной нетрудоспособности, лечения зубов и др. Кроме того, целью является укрепление здоровья и повышение качества услуг здравоохранения.

При оказании отвечающих потребностям застрахованных лиц услуг и обеспечении равной доступности лечения по уездам Больничная касса выступает в роли покупателя, принимая на себя обязанность уплаты платы за застрахованного человека. Вместо пассивного плательщика Больничная касса выполняет задачу быть стратегическим покупателем.

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

a) выбор услуг здравоохранения, т. н. пакет услуг;
b) формирование цен услуг здравоохранения;
c) условия договора о финансировании услуг лечения и положения правовых актов;
d) выбор договорных партнёров и обсуждение объёмов договора;
e) контроль обоснованности финансирования.

Миссия Больничной кассы заключается в организации медицинского страхования таким образом, чтобы были обеспечены равное обращение с застрахованными и своевременная доступность отвечающих потребностям качественных затратоэффективных услуг здравоохранения, медицинского оборудования, лекарств и денежных компенсаций.

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

Основные ценности Больничной кассы:

> « Прогрессивность – мы направлены на постоянное и неуклонное развитие, условием которого являются компетентные, лояльные и нацеленные на результат работники;

- Заботливость – мы открыты и дружелюбны. Мы принимаем решения с учётом других мнений и прозрачно;
- Сотрудничество – создаём доверительную атмосферу внутри организации, а также в отношениях с партнёрами и клиентами.

Организация и управление

Высший орган Больничной кассы – совет, куда входят 15 членов. Из них 5 представляют организации работодателей, 5 – объединения застрахованных лиц и 5 – государственную власть. Председателем совета является министр здоровья и труда. Больничной кассой руководит правление, состоящее из 3 членов. По состоянию на 31.12.2014 в Больничной кассе было 214 работников.

Задача Больничной кассы в достижении целей медицинского страхования – оценивать как потребность во врачебной помощи, так и совершенствовать пакет медицинского страхования, планировать бюджет и заключать договоры с лечебными учреждениями, чтобы обеспечить застрахованным доступность необходимых услуг. Для лучшего использования ресурсов в интересах застрахованных Больничная касса сотрудничает со всеми партнёрами системы здравоохранения.

Больничная касса контролирует на основании закона целенаправленность использования денег медицинского страхования, т. е. качество и обоснованность купленных услуг. Повседневно проводятся электронные проверки с целью обеспечения правильности представленных данных и счетов. Дополнительно мы контролируем с помощью доверенных врачей счета за лечение и документы, в течение года всего около 12 000 историй болезни и медицинских карт. Поддерживаем составление руководств по лечению и заказываем клинические аудиты. Мы внедрили систему платы за качество семейным врачам, цель которой – обеспечить по всей Эстонии на общих основаниях предупреждение болезней и качество наблюдения хронических заболеваний на первичном уровне семейным врачом и сестрой.

Больничная касса финансирует укрепление здоровья и предупреждение болезней на основании Закона о медицинском страховании через целевые проекты, беря за основу как одобренные правительством положения программы укрепления здоровья населения, так и положения программы развития Больничной кассы. Как показывает анализ потерянных из-за бремени болезни лет жизни, наибольшие потери здоровья вызывают сердечнососудистые заболевания, злокачественные опухоли, травмы и отравления. Все эти проблемы влияют также на расходы Больничной кассы, связанные с услугами здравоохранения, лекарствами и нетрудоспособностью. Часть их можно избежать, или можно уменьшить исходящий от них ущерб путём укрепления здоровья или профилактической работой.

Обзор важнейших показателей в 2010–2014 годах даёт таблица 1.

Таблица 1. Важнейшие показатели в 2010–2014 годах

	2010	2011	2012	2013	2014	Изменение, по сравнению с 2013 годом
Число застрахованных в конце года	1 256 240	1 245 469	1 237 104	1 231 203	1 232 819	0%
Доходы (тысяч евро)	694 438	735 112	783 131	836 892	900 209	8%
Расходы медицинского страхования (тысяч евро)	693 377	718 418	773 575	830 419	908 213	9%
Расходы Больничной кассы (тысяч евро)	6 888	7 080	7 331	7 937	8 502	7%
Доля расходов медицинского страхования от ВВП (%)*	4,7	4,4	4,4	4,4	4,7	0%
Доля общих расходов здравоохранения от ВВП (%)**	6,3	5,8	5,8	5,9	-	-
Показатели услуг здравоохранения						
Число застрахованных, обращавшихся к врачу-специалисту	797 048	807 875	795 581	796 698	800 326	0%
Среднее число дней нахождения на стационарном лечении	6,1	6,0	6,1	6,0	5,9	-2%
Доля неотложной помощи в расходах на лечение у врача-специалиста (%)						
на амбулаторном лечении	18	18	17	17	17	0%
на дневном лечении	9	7	8	8	9	1%
на стационарном лечении	67	64	66	64	63	-1%
Средняя стоимость случая лечения у врача-специалиста (евро)						
на амбулаторном лечении	43	45	52	57	63	11%
на дневном лечении	404	371	435	456	481	5%
на стационарном лечении	982	1 008	1 124	1 178	1 289	9%
Структурное подорожание специальной врачебной помощи (%)	-0,1	2,4	3,1	1,8	0,3	-2%
Направления на лечение за границу и исходящие из правовых актов ЕС компенсации (тысяч евро)	3 810	8 210	7 193	7 847	10 022	28%
Показатели компенсации лечения						
Число льготных рецептов	6 689 886	6 945 735	7 438 670	7 625 135	7 883 659	3%
Число застрахованных, использовавших льготные лекарства	822 440	841 533	841 387	848 636	850 206	0%
Средняя стоимость льготного рецепта для Больничной кассы (евро)	13,6	13,2	13,3	13,6	13,9	3%
Средняя стоимость льготного рецепта для пациента (евро)	7,7	7,0	6,6	6,4	6,5	1%
Показатели компенсаций по нетрудоспособности						
Число компенсированных Больничной кассой дней нетрудоспособности	4 600 139	4 937 836	4 954 761	5 228 586	5 362 002	3%
Стоимость компенсации одного дня нетрудоспособности (евро)	17,7	16,4	17,0	18,0	19,4	8%

*Показатели 2010-2013 годов изменены на основании скорректированного Департаментом статистики ВВП.
**Данные 2014 года Институт Развития Здоровья опубликует в конце 2015 года.

Стратегические цели и их выполнение

Карта результативности

	Вес	Показатель	Еди-ница	Пояснение
ЗАСТРАХОВАН-НЫЙ	**63%**			
	10%	Удовлетворённость застрахованного системой здравоохранения	%	Установленная в ходе общего опроса застрахованных удовлетворённость системой здравоохранения
	15%	Удовлетворённость доступностью врачебной помощи	%	Одна часть общего опроса
	12%	Общая удовлетворённость системой семейных врачей	%	Одна часть общего опроса (учитываются ответы лиц, обращавшихся к семейному врачу)
	3%	Удовлетворённость качеством врачебной помощи	%	Одна часть общего опроса
	8%	Удовлетворённость организацией выкупа лекарств из аптек	%	Основанием является число лиц, получивших возможность выбрать в аптеке самое дешёвое рецептурное лекарство (от общего исследования)
	5%	Охват профилактическими осмотрами болезней зубов у детей	%	% детей соответствующих лет рождения, участвовавших в профилактических осмотрах
	5%	Осведомлённость застрахованных о своих правах	%	% опрошенных застрахованных, знающих свои права в следующих областях: общая врачебная помощь, помощь врача-специалиста, компенсации по нетрудоспособности, льготные лекарства и диапазон защиты застрахованных
	5%	Охват скрининговыми обследованиями для профилактики рака	%	Охват определяется на основании базы данных медицинского страхования как % вызовов на обследование соответствующего года, по которым в течение последних 3 лет проведено обследование (результат предыдущего календарного года +1%)
ПАРТНЁР	**25%**			
	10%	Привлечь застрахованных к деятельности, позволяющей улучшить наблюдение за состоянием здоровья хронических больных	%	В системе качества семейных врачей со всеми уровнями риска охват гипертонических больных (результат предыдущего календарного года +1%)
	15%	Структурное подорожание случая лечения (все типы лечения вместе)	%	Процент среднего структурного подорожания стоимости случаев лечения у врача-специалиста, по сравнению с предыдущим периодом
ОРГАНИЗАЦИЯ	**12%**			
	2%	Удовлетворённость работников Больничной кассы руководством и режимом труда	%	% удовлетворённых работников по результатам опроса работников
	5%	Уровень обслуживания клиентов	ин-декс	Оценивается индексированный уровень обслуживания клиентов по методу mystery shop-ping в рамках исследования ETI
	5%	Надёжность работы инфосистем		Соответствие критериям ISKE в части доступности критических услуг (контроль страховкания, рецептурный центр).
ВСЕГО	**100%**			

2013 цель/ фактически	2014 цель/ фактически	% выполне-ния	Выполнение целей
		55,1%	
67/61	67/58	8,7%	Удовлетворённость застрахованных системой здравоохранения, по данным исследования, по сравнению с 2013 годом, снизилась. Трудно сделать общий вывод о фактической причине, поскольку немного изменилась и организация исследования.
58/47	55/43	11,7%	По сравнению с 2013 годом, снизилась удовлетворённость доступностью врачебной помощи, причиной названо обстоятельство, что очень долго ждать очереди к понравившемуся врачу.
-	88/79	10,8%	Удовлетворённость системой семейных врачей по-прежнему высока, несмотря на не достигнутые цели.
78/74	78/70	2,7%	Удовлетворённость качеством врачебной помощи оставалась на сравнимом с предыдущим годом уровне. Цель карты результата не была достигнута
-	65/61	7,5%	Кампания по разумному использованию лекарств дала результат, и теперь, как правило, покупателю лекарств предлагается также более дешёвое лекарство.
40/29,6	32/26,2	4,1%	Меры по направлению детей на профилактический зубоврачебный осмотр не дали ожидаемых результатов, и поставленные на год цели не выполнены – результат 26,2%.
53/54	54/51	4,7%	Осведомлённость застрахованных о возможностях медицинского страхования осталась, в общих чертах, на прежнем уровне.
Рак груди 67/71	Рак груди 72/67.7	2,4%	Доля охваченных в прошлом году скрининговыми обследованиями рака женщин выросла, что свидетельствует о повышении осведомлённости застрахованных, однако охват скрининговыми обследованиями рака груди остался всё же ниже намеченной цели.
Рак шейки матки 72/72	Рак шейки матки 73/73.7	2,5%	
		24,7%	
64/67	68/66	9,7%	Система качества семейного врача регулярно обновляется, и добавление/ утеря измерителей могут привести к изменению целевой стоимости. В 2013 году изменились описания являющихся основой системы качества индикаторов, и поэтому установленная целевая стоимость осталась невыполненной.
<2/1,8	<2/0,3	15,0%	В части структурного подорожания специальной врачебной помощи цель достигнута. При достижении целей важная роль принадлежала общим условиям заключённых в начале 2014 года договоров финансирования лечения, которые дали чёткие ориентиры условиям финансирования лечения
		12,0%	
93/89	93/93	2,0%	Удовлетворённость работников Больничной кассы руководством и режимом труда составила в 2014 году 93%, что свидетельствует о том, что принятые в течение года меры по повышению удовлетворённости достигли цели, и что, по оценке работников, Больничная касса является стабильным работодателем
95/96	3,6/3,7	5,0%	Цель индекса облуживания клиентов достигнута, на самом лучшем уровне в обслуживании клиентов Больничной кассы было обслуживание по телефону, получив результат целых 4,0
K3/K3	K3/K3	5,0%	Информационные системы Больничной кассы работали в 2014 году на заданном уровне доступности.
		91,8%	

Исследование Всемирного банка подготовлено при тесном сотрудничестве с отделом здравоохранения Больничной кассы и эстонскими экспертами в области здравоохранения.

Исследование Всемирного банка выявило много существенных потребностей развития

Все системы здравоохранения стоят в 21 столетии перед новыми вызовами. Одним из крупнейших из них является постоянно растущее число людей с хроническими болезнями. Средний ожидаемый срок жизни растёт, и сегодняшняя наука способна предложить новые и эффективные методы лечения. Это, в свою очередь, создаёт предпосылки к тому, что у человека с одной или несколькими хроническими болезнями вероятность прожить качественную и долгую жизнь значительно выше, чем несколько десятилетий назад.

Это справедливо, разумеется, при условии, что система здоровья способна быстро приспособиться к новым вызовам. Для того чтобы получить экспертизу мирового уровня нашей системы и ответить на вопрос, учитывают ли изменившиеся потребности сегодняшняя организация здравоохранения Эстонии и модель стратегических закупок, или же необходимы обновления, Эстонская Больничная касса обратилась в прошлом году к признанным на международном уровне экспертам Всемирного банка.

У Всемирного банка мы заказали анализ, целью которого было получение оценки, отвечает ли подход к пациенту в Эстонии принципам интегрированного лечения, и каковы благоприятствующие и препятствующие этому факторы? С эстонской стороны консультировала работу зарубежных экспертов ведущая группа, в которую вошли представители Больничной кассы Эстонии, Министерства социальных дел, медицинского факультета Тартуского Университета, Института Развития Здоровья, Департамента здоровья, Союза больниц Эстонии, Общества семейных врачей Эстонии и Палаты инвалидов Эстонии. В исследовании сосредоточились на предупреждении и лечении хронических болезней. Особое внимание было обращено на роль и действие врачебной помощи первичного уровня, а также связанные с равным обращением с различными группами населения вопросы.

Результаты указали на узкие места в системе здравоохранения

Результаты показали, что здравоохранение Эстонии по-прежнему сосредоточено на больничном лечении и враче-специалисте. Это иллюстрирует анализ данных 2013 года, согласно которому 68% пациентов с высоким кровяным давлением и 20% с сахарным диабетом могли бы избежать визита к врачу-специалисту при более эффективном координировании лечения на первичном уровне, последовательным амбулаторным лечением можно было бы предотвратить почти пятую часть госпитализаций, и треть пациентов с наблюдавшимися болезнями находились на больничном излечении дольше, чем это предусмотрено международными стандартами. С одной стороны, результаты указывают на узкие места в подходе к пациентам на первичном уровне, а также на обусловленный структурой сегодняшней модели финансирования Больничной кассой значительный экономический интерес оказывающих специальную врачебную помощь лечить пациентов как амбулаторно, так и в стационаре. С другой стороны, препятствием являются недостаточные сестринская помощь и восстановительное лечение, а также доступность социальных услуг. Важным фактором являются также выборы пациентов, которые предпочитают врача-специалиста семейному врачу и обращаются также прямо в отделение экстренной медицинской помощи, где отсутствует требование направления.

> « Результаты показали, что здравоохранение Эстонии по-прежнему сосредоточено на больничном лечении и враче-специалисте..

Возможности развития первичного уровня показывает и то, что, несмотря на частые контакты с семейным врачом, пациенты с хроническими болезнями не могут получить в достаточной мере предусмотренные в руководствах по лечению профилактические услуги. При этом и посещение врача-специалиста не даёт лучшего результата. Кроме того, исследование показало, что и после больничного лечения имеются недостатки в координировании лечения на всех уровнях врачебной помощи. Из госпитализированных с острыми болезненными состояниями типа нестабильной стенокардии, острого инфаркта сердечной мышцы и сердечной недостаточности пациентов (около 6500 пациентов в 2013 году) 3% при выписке из больницы получили рецепт на все три рекомендованных международными медицинскими руководствами лекарства.

В центре системы здравоохранения должен находиться пациент

Такие результаты однозначно указывают, что повышением осведомленности о здоровье, более эффективной профилактической деятельностью и координированием лечения можно достигнуть лучшего результата здоровья и более целесообразно использовать ресурсы. Эстония десятилетиями создавала прочный каркас для нашей системы здоровья, на который мы можем с полной уверенностью опереться, приступая к его дальнейшему развитию. Краеугольным камнем нашей системы здравоохранения являются активный первичный уровень, крепкая сеть больниц, компетентные работники здравоохранения и стабильная модель финансирования. При этом подготовленный анализ подтверждает своими выводами, что сегодняшняя система ещё не готова наилучшим возможным образом справляться с соблюдением принципов интегрированного лечения, и необходимо дальнейшее развитие.

Основой развития здравоохранения служит тот принцип, что человек является центром системы здоровья, и все остальные участники системы существуют и действуют во имя человека. В случае необходимости лечения нахождение человека в центре системы означает лучше прежнего качественное сотрудничество помощи семейного врача и специальной врачебной помощи, активного лечения и послебольничного и восстановительного лечения, а также здравоохранения и социального обеспечения. Однако более общо нахождение в центре системы означает также осведомлённость о здоровье и ответственность. Нашему здоровью в XXI веке в немалой степени угрожают хронические болезни. Успешная работа с их рисками зависит от здорового поведения каждого человека, то есть от личной ответственности и готовности системы здравоохранения быть на службе человека. Очевидно, необходима также по-государственному стратегическая и согласованная коммуникация осведомлённости о здоровье, которая будет способствовать вовлечению всего общества.

Решение вопросов здоровья начинается с семейного врача

Основной действительно эффективной и направленной на сотрудничество системы здравоохранения является сильная система семейных врачей. Первичный уровень и семейный врач вместе с семейной сестрой значительно лучше осведомлены о здоровье людей из своего списка, на первичном уровне получают сразу персональную консультацию по вопросам здоровья, профилактику и, в большинстве своём, также лечение хронических болезней. В данном контексте здравоохранение первичного уровня в целом нуждается в системном укреплении. Больше внимания нужно уделять разработке стандартов подхода к пациенту (в т. ч. руководств по лечению), поддержке их соблюдения и оценке результатов. При этом не менее, чем содействие клинической деятельности, важна поддержка развития структурных изменений и центров семейных врачей оптимальных размеров, а также развитие денежной части договоров Больничной кассы, в т. ч. дополнительной платы за качество. Здесь нельзя забывать, что имеющие место на сегодняшний день положительные перемены на первичном уровне, которые, среди

прочего, выражаются в возможности предложения дополнительных услуг, в стабильном росте финансирования, а также в условленных в новых договорах общей врачебной помощи приоритетах в области качества. Следовательно, помимо покупки дополнительных возможностей, также важно и использование в полном объёме существующих возможностей.

Одним из условий целостного подхода к пациенту, конечно, является сотрудничество между первичным уровнем и врачом-специалистом, что очень важно для играющего центральную роль пациента. Исследование подтвердило, что наши люди посещают врачей не слишком редко (в т. ч., кроме семейного врача, также врачей-специалистов), важно получить от таких действий максимальную пользу для здоровья. Сегодня для самых распространённых хронических болезней в повседневной лечебной деятельности нет ясного распределения ответственности за целостное лечение пациента между разными уровнями врачебной помощи. И постоянное развитие информационных систем здесь исключительно важно. Потенциал системы здоровья как концепции требует системного и развёрнутого применения, чтобы реализовать его фактические возможности. Это относится как к сбору данных центральной системы и обмену информацией, в т. ч. э-направлений, развития программного обеспечения оказывающих услуги, что позволяет учитывать информацию о здоровье целиком в качестве поддержки при принятии отдельного решения о лечении, так и эффективное сотрудничество сторон во имя лучшего результата, включая при этом и пациентов.

> « Усилия всех участников должны по большому счёту сосредоточиться на повышении возможностей системы здравоохранения.

Развитие системы финансирования требует анализа

Для поддержки комплексного процесса лечения требуется пересмотр анализа также сегодняшней концепции стратегических закупок Больничной кассы. Есть причина спросить – можем ли мы в определённых случаях и при определённых условиях двигаться в специальной врачебной помощи, так сказать, от основной оплаты лечебного случая к учитывающей результат лечения оплате, учитывая при этом результативность действий? В итоге это означало бы движение в направлении комплексной стратегии закупок, и это было бы возможно, например, для хронических болезней. Притом ясно, что условием перемен является способность оценить изменение качества и стоимости лечения, основанного на уточнённых моделях действий, по всему целостному эпизоду лечения или по всей популяции. В противном случае мы не достигнем улучшения результата, по сравнению с имеемым. Следовательно, важно более систематично, чем прежде, заниматься согласованием стандартов, регулярным измерением и оценкой качества лечения. Установление и измерение индикаторов также является важной предпосылкой большего учёта аспекта качества при финансировании услуг.

В заключение следовало бы всем сторонам сосредоточить свои основные усилия на повышении способности первичного уровня системы здравоохранения, принимая для этого различные меры – эффективные принципы финансирования, коммуникацию здравоохранения и повышение осведомлённости пациента, чёткое распределение ответственности и ориентиры эффективного использования алгоритмов через руководства по лечению и охватывающий различные уровни здравоохранения подход к пациенту, инфотехнологии с целью комплексной диагностики и лечения, деятельность в области качества лечения и др.

Рапорт Всемирного банка об исследовании и его материалы опубликованы на домашней странице Больничной кассы. [1]

1 www.haigekassa.ee/et/haigekassa/uuringud

Развитием общей врачебной помощи, слежением за соблюдением договоров и обменом информацией между семейными врачами и Больничной кассой занимаются как отдел здравоохранения Больничной кассы, так и региональные отделы

Семейный врач – первичный консультант в вопросах здоровья для любого человека

Система семейных врачей – это хорошо действующая модель оказания услуг здравоохранения первичного уровня, которая обеспечивает людям хорошую доступность, а также необходимую эффективную врачебную помощь с комплексным подходом и консультирование. При сотрудничестве семейного врача и его пациента важны те же ключевые моменты, как и при любых хорошо действующих взаимоотношениях в жизни – доверие, эмпатия, открытость.

Для Больничной кассы важно постоянное укрепление стратегической роли первичного уровня, то есть помощи семейного врача при координировании лечения и предложении медицинских услуг, особенно с учётом старения населения и растущей доли хронических болезней.

> Больничная касса поддерживает создание центров здоровья первичного уровня с доработкой расходной модели в течение 2015 года.

Подготовка к новому договорному периоду

В конце ноября 2014 года Общество Семейных врачей Эстонии согласовало представленные Больничной кассой общие условия рамочного договора финансирования на 2015-2019 годы. Укрепление ключевой роли семейного врача и семейной сестры имеют важный приоритет при консультировании людей по вопросам здоровья и координировании лечения, что совпадает с видением Общества Семейных врачей Эстонии роли семейного врача в системе здравоохранения Эстонии. Поэтому новые общие условия договора составлены более гибко, чем прежде, и таким образом, чтобы они позволяли в течение договорного периода расширить пакет услуг первичного уровня. Важной частью в новых договорах является часть, отведённая качеству. Больничная касса и Общество Семейных врачей Эстонии договорились между собой, что дополнение требований качества и развитие системы управления качеством практик семейных врачей продолжатся и в 2015 году.

Модель финансирования помощи семейных врачей в целом оправдала себя со всех сторон, и важно последовательно развивать существующую систему с учётом её сильных сторон. В 2015 году планируется совершенствовать модель финансирования помощи семейных врачей в соответствии с создаваемыми центрами здоровья первичного уровня. Больничная касса исходит при усилении помощи семейных врачей из вида оказываемых застрахованным услуг, т. е. понятие центра здоровья первичного уровня означает, с точки зрения Больничной кассы, семейного врача и его команду, а также оказываемые ими услуги. Для успешного функционирования будущих центров здоровья первичного уровня Больничная касса готова:

- последовательно увеличивать в своих договорах заказ первичного уровня (в т. ч. новые услуги);
- пересмотреть расходную модель, чтобы обеспечить финансирование наличия необходимых для качественного оказания услуги ресурсов;
- мотивировать практики семейных врачей к разумному объединению в центры здоровья первичного уровня (модель которых предусматривает также филиалы).

Доступность помощи семейных врачей очень хорошая

Одним из важных ключевых моментов в помощи семейного врача, несомненно, является хорошая доступность. В 2014 году, как и в прежние годы, целью Больничной кассы было посещение не менее чем трети списка семейных врачей, чтобы ознакомиться с организацией труда семейных врачей. Наши доверенные врачи оценили доступность помощи семейных врачей в 34% всех списков, всего в 272 списках. В результате посещений мы можем сказать, что доступность помощи семейных врачей в 2014 году была очень хорошей – на приём к своему семейному врачу каждый человек попадает, как правило, в течение 5 рабочих дней.

Одно из важных достоинств помощи семейного врача при решении проблем со здоровьем – это прежнее знакомство с конкретным пациентом: семейный врач знает человека, по сути, с рождения и до смерти – в младенческом возрасте наблюдает его развитие, в юношестве и взрослом возрасте занимается предупреждением болезней, а в старости всё больше внимания уделяет координации выживания с возможными хроническими болезнями. На сегодняшний день система семейных врачей Эстонии прошла заметное развитие, и способность семейных врачей оказывать различные услуги выше, чем когда-либо прежде. Исходя из этого, мы в 2014 году применили также новые услуги в помощи семейного врача, которые помогут семейному врачу ещё более эффективно организовать свою работу.

> « Система семейных врачей прошла заметное развитие, и способность семейных врачей оказывать различные услуги выше, чем когда-либо прежде.

Число пользователей э-консультаций растёт

В 2013 году у семейных врачей появилась услуга э-консультации, которая помогает семейному врачу в повседневной работе и одновременно экономит время пациента.

Больничная касса, со своей стороны, всячески поддерживает развитие э-консультации, возможность семейного врача комплексно скоординировать процесс лечения своего пациента и, при необходимости, привлечь других врачей-специалистов к поиску подходящих способов лечения своего пациента. В 2014 году Больничная касса профинансировала всего 990 э-консультаций, которые были заказаны 72 центрами семейных врачей. Больше всего пациентов было направлено на э-консультации к эндокринологу, оториноларингологу, урологу и пульмонологу. Из больниц прежде оказывала услугу ЦУ Põhja-Eesti Regionaalhaigla. Исходя из этого, в 2015 году мы будет обращать больше внимания на развитие э-консультации и присоединение других больниц, в т. ч. Клиникума Тартуского Университета, к оказанию услуги э-консультации. В части технического развития услуги будет продолжено сотрудничество с E-Tervise SA, а также с разработчиками программного обеспечения семейных врачей. Помимо этого, планируется также более широкая информационная деятельность.

В 2014 году Больничная касса начала оплачивать приёмы семейных врачей в нерабочее время с целью расширения возможностей режима труда семейного врача. Из проведённого в 2013 году исследования «Оценка населением здоровья и врачебной помощи» выяснилось, что чуть больше 40% жителей желали бы посетить семейного врача или сестру вне действующего сегодня времени приёма – до 8 часов утра, после 18 вечером или в выходные. В 2013 году Больничная касса в сотрудничестве с Обществом Семейных врачей Эстонии разработали новую услугу для финансирования работы семейного врача и сестры в нерабочее время. Поскольку у людей было ожидание, и Больничная касса создала также возможность финансирования, то многие хорошие семейные врачи также предложили своим пациентам часы приёма в нерабочее время. В 2014 году использовали возможность приёмов в нерабочее время 23 списка семейных врачей и сестёр в Харьюском регионе и 8 списков семейных врачей и сестёр в Вируском регионе. Больше использовали финансирование приёмов в нерабочее время семейные сёстры (на 5% больше).

Фонд деятельности уменьшил нагрузку фонда исследования

Начиная с 2014 года, модель финансирования семейных врачей пополнилась отдельным фондом деятельности. Цель создания фонда деятельности – поддержать и мотивировать семейного врача на осуществление входящей в его компетенцию деятельности на первичном уровне. Новый фонд расширяет возможности семейного врача и снижает нагрузку фонда исследования, поскольку производимые семейными врачами и содержащиеся в фонде деятельности ручные операции (мелкая хирургия и гинекология) оплачиваются на основании услуги. Следовательно, все семейные врачи, имеющие достаточно компетенции и желание, могут производить хирургические манипуляции и гинекологические процедуры, не ограничивая денежный объём фонда исследования. У десяти больше всего использовавших фонд деятельности семейных врачей среднее использование фонда исследования уменьшилось, по сравнению с 2013 годом, на 4%. Следовательно, на основании данных первого года использования можно утверждать, что у тех договорных партнёров, которые активно использовали возможности фонда деятельности, уменьшилась нагрузка на фонд исследования. Чтобы обеспечить семейным врачам возможность комплексно и активно заниматься вопросами здоровья своих пациентов, мы будем продолжать заниматься расширением пакета услуг первичного уровня и в 2015 году.

В системе семейных врачей очень важная роль отводится системе здравоохранения Эстонии, и важная стратегическая цель Больничной кассы на ближайшие годы заключается в ещё большем укреплении первичного уровня, в частности, как в более целесообразном распределении ресурсов – в т. ч. прогнозируемого роста финансирования помощи семейных врачей, – так и во вкладе в повышение осведомлённости. Для того чтобы семейный врач мог быть главным консультантом в вопросах здоровья застрахованного, мы при развитии системы тесно сотрудничаем с Обществом Семейных врачей Эстонии.

Доработка перечня услуг здравоохранения – круглогодичный процесс, в который, помимо внешних партнёров, вовлечён также отдел здравоохранения и лекарств Больничной кассы.

Обновление перечня услуг здравоохранения при сотрудничестве сторон гарантирует современные услуги застрахованным

Постоянное совершенствование пакета медицинского страхования и его дополнение современными доказательными услугами здравоохранения имеют стратегический приоритет в деятельности Больничной кассы. В 2014 году в рамках обновления перечня услуг здравоохранения были рассмотрены 93 ходатайства, их подателями были 37 профессиональных обществ, профессиональных союзов и объединений. Впервые на домашней странице[2] публиковались на протяжении всего процесса все представленные материалы – ходатайства, дополнительные данные к ним, оценки влияния на бюджет медицинской доказательности, затратоэффективности, необходимости для общества и медицинского страхования, а также окончательное решение с обоснованиями. Заинтересованные группы имели возможность быть в курсе рассмотрения представленных ими ходатайств и знакомиться с являющимися основанием принятия решений материалами, также задавать уточняющие вопросы и представлять дополнительные материалы.

> В прошлом году в рамках обновления перечня услуг рассмотрено 93 ходатайства.

Все представленные материалы рассматриваются одинаково, согласно существующим в правовых актах критериям. Оценивалось влияние новых услуг на здоровье пациента, то есть медицинская доказательность и эффективность, получаемая польза для здоровья, по сравнению с альтернативами, и баланс дополнительных расходов и приемлемость для бюджета медицинского страхования. В сотрудничестве с профессиональными обществами

2 https://www.haigekassa.ee/et/partnerile/raviasutusele/здравоохранениятеенуste-loetelu/loetelu-muutmine-2015

и в результате обоснованного оценочного решения в 2015 году в перечень добавилось 39 новых услуг и лекарств, и изменены 11 уже имеемых в перечне услуг, что даёт в совокупности больше изменений, чем в прежние годы.

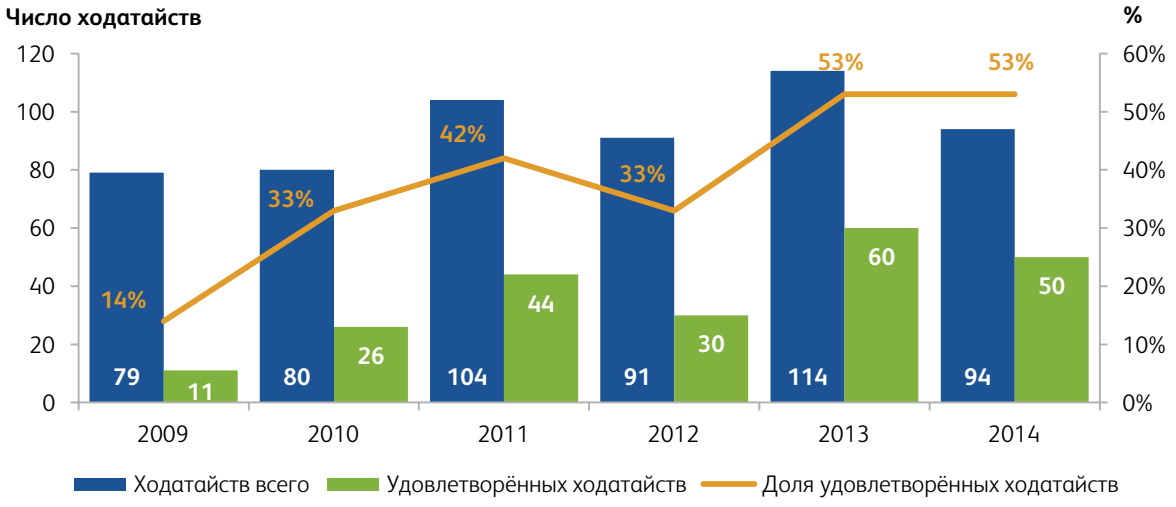


Рисунок 1. Число ходатайств в 2009-2014 годах

Несколько новых услуг в специальной врачебной помощи

В сотрудничестве с Эстонским обществом челюстно-лицевой хирургии в перечень добавили необходимые для коррекции врождённой деформации костей черепа у детей и врождённой черепно-лицевой деформации резорбируемые имплантаты, материал которых растворяется в организме в течение около 2 лет и не препятствует росту костей черепа. До сих пор нуждающихся в операции детей посылали на лечение за границу, теперь маленькие пациенты смогут лечиться в Эстонии.

В сотрудничестве с Эстонским обществом офтальмологов в перечень добавили операцию перекрёстного связывания роговичного коллагена при помощи рибофлавина, цель которой – отодвинуть в как можно более далёкое будущее пересадку роговицы. И для производства этой операции пациентов раньше направляли за границу.

По совместному ходатайству Общества нефрологов Эстонии и Эстонского общества кардиологов добавлена процедура иммуноадсорбции, в ходе которой из плазмы крови пациента удаляются нежелательные антитела. Процедура стала важной, прежде всего, в связи с пересадкой почек, поскольку популяция доноров в Эстонии мала, и в очереди ожидания пересадки всё больше пациентов на пересадку почек. При использовании процедур иммуноадсорбции можно обеспечить пересадку почки и этим пациентам, значительно повысив их выживаемость и качество жизни, а также сохранить расходуемые на диализное лечение деньги.

По инициативе отдела лекарств и при консультации профессиональных обществ обновили схемы лечения после пересадки лёгких, печени и почек, дополнили список гематологических лекарственных препаратов.

> « Очень важным достижением 2014 года было обновление предельных цен самостоятельной стационарной сестринской помощи и услуги домашнего сестринства.

В сотрудничестве с Обществом Семейных врачей Эстонии и профессиональными объединениями расширен перечень специальностей э-консультаций. Начиная с 2015 года, Больничная касса платит на оговоренных условиях за э-консультации и э-приём педиатра, невролога и гематолога в дополнение к финансировавшимся ранее специальностям эндокринологии, урологии, ревматологии, пульмонологии и оториноларингологии. Изменения улучшат доступность диагностики и лечения, создавая семейному врачу возможность, при необходимости, направить пациента к врачам других специальностей на э-консультации электронным путём.

Результативное сотрудничество в области услуг сестринской помощи

Очень важным достижением 2014 года было изменение в соответствии с новыми условиями предельных цен самостоятельной стационарной сестринской помощи и услуги домашнего сестринства в сотрудничестве с Обществом оказывающих патронажное лечение, товариществом домашнего сестринства Союза медсестёр Эстонии и Союзом медсестёр Эстонии. Начинание было масштабным, и нам очень приятно констатировать, что сотрудничество с представителями данной сферы протекало хорошо. Сначала было достигнуто общее понимание, какому пациенту какая услуга требуется. Затем описали содержание услуги, требуемый персонал, лекарства и материалы, рассчитали помещения, аппаратуру и средства труда в соответствии с приведёнными в постановлении требованиями. В сотрудничестве с представителями специальностей сравнили описания новых услуг с расходами предыдущего года и использованием ресурсов и вычислили новую цену услуги, которая поможет оказывать пациентам более качественные услуги здравоохранения.

На обсуждениях выяснилось, что нужно было бы дифференцировать предельную цену койко-дня сестринской помощи, исходя из особенностей пациентов с меньшей и большей потребностью в сестринской помощи. В течение 2014 года это принципиальное изменение в ценах услуг не достигнуто, сотрудничество с профессиональными обществами продолжится в 2015 году.

При объединении услуг домашней сестры и домашней поддерживающей терапии больных раком учитывали, что речь идет о похожих медицинских показаниях и оказываемой услуге частично перекрываемой группе пациентов. Условия применения услуги помощи домашней сестры дополнены, и в случае медицинских показаний привлекается лечащий врач пациента.

Для информирования пациентов и их близких о различных услугах и сути сестринской помощи составлен информационный материал «Услуги сестринской помощи в больнице и на дому», который можно получить в центрах семейных врачей и лечебных учреждениях, а также в электронном виде на домашней странице Больничной кассы.

Доступность услуг охватывает как бюджет, так и планирование договоров, а также постоянное сотрудничество с лечебными учреждениями при выяснении и анализе причин времени ожидания. Это тоже требует тесного сотрудничества центрального отделения Больничной кассы и региональных отделений.

Действия по обеспечению доступности амбулаторной помощи врача-специалиста являются комплексными

Человечное и понятное ожидание каждого человека – найти возможно быстро решение проблемы своего здоровья. Государственная система здравоохранения ставит целью обеспечить людям доступ на плановый приём к врачу в течение разумного времени, в зависимости от состояния здоровья. Время ожидания конкретного пациента должно зависеть от его медицинских показаний.

Человек с острой проблемой здоровья должен попасть на приём к семейному врачу в тот же день, на регулярный медицинский контроль при хронической болезни или при необходимости иной э-консультации – в течение пяти рабочих дней. Доступность семейного врача в Эстонии очень хорошая – согласно проведённым Больничной кассой проверкам 99% приёмов семейных врачей проходят в течение пяти рабочих дней. Пациенты могут круглосуточно получить медицинский совет по телефону консультации семейного врача 1220. Для максимального времени ожидания амбулаторной плановой помощи врача-специалиста совет Больничной кассы установил предел шесть недель. Для планового больничного лечения такой предел равен 8 месяцам.

Плановое больничное лечение проводится в общем случае в течение намеченного срока – восемь месяцев. Времена

> « Доступность семейного врача в Эстонии очень хорошая – на основании проведённых Больничной кассой проверок 99% приёмов семейных врачей проходят в течение пяти рабочих дней. Пациенты могут круглосуточно получить медицинский совет также по телефону консультации семейного врача 1220.

ожидания амбулаторного лечения очереди на э-консультацию к врачу-специалисту очень отличаются, в зависимости от специалиста и лечебного учреждения.

В центральных и региональных больницах – которые пациенты часто предпочитают мелким предлагающим услугу – приходится иногда ждать амбулаторного приёма врача-специалиста по 3-4 месяца. Долгие времена ожидания также в малых лечебных учреждениях по особо специфическим специальностям. Всё же следует отметить, что экстренная и скорая медицинская помощь обеспечены всем пациентам, состояние которых этого требует.

Проблемы доступности обусловлены преимущественно недостаточными возможностями оказывающих услугу и организацией работы. Среди прочего, на наличие свободного времени приёма в регистратуре влияет, например, то, сколько времён выдаёт лечебное учреждение регистратуре на первичные плановые приёмы и сколько – на экстренные и повторные приёмы, наличие врачей, занятость помещений (например, операционных) и аппаратуры и др.

Пациенты высказали неудовлетворённость большим временем ожидания помощи врача-специалиста. Согласно исследованию «Оценка населением здоровья и врачебной помощи» (Саар Полл, декабрь 2013) теперешнюю доступность врачебной помощи считают хорошей всего 47% населения. По сравнению с предыдущим пятилетним периодом, этот показатель самый низкий.

Больший заказ не укоротил очереди на лечение

В ходе дискуссий о долгих временах ожидания у общественности часто возникает вопрос о недостаточности финансирования услуг здравоохранения, и простым решением укорачивания времени ожидания кажется увеличение заказа Больничной кассы. При рассмотрении бюджета Больничной кассы и статистики оказания медицинских услуг можно чётко сказать, что увеличение финансирования данной проблемы не решит. Несмотря на то, что в последние годы (2008-2014) постоянно увеличивалось финансирование помощи врачей-специалистов и амбулаторных визитов, очереди на лечение не сократились. Из этого можно заключить, что для сокращения времён ожидания в помощи врачей-специалистов недостаточно добавления денежного ресурса – важно принимать несколько различных мер комплексно.

Осенью 2014 года правление Больничной кассы представило совету программу деятельности, в которой описаны возможности влияния на времена ожидания. Компоненты влияния на времена ожидания помощи врачей-специалистов картографировали с делением на два подраздела – уровень медицинского страхования, где Больничной кассе отводится инициативная и исполнительная роль, и уровень системы здравоохранения, где меры и их применение зависят от самых широких выборов и решений. Программа деятельности опубликована на домашней странице Больничной кассы. Ниже описаны некоторые из названных в программе деятельности мер.

Одним из важных средств воздействия на сокращение очередей на лечение является мотивирование развития э-консультаций и других э-услуг (е-направление, дигитальная регистратура). Это обеспечивает быстрый обмен информацией и помогает избежать лишних визитов за помощью к врачу-специалисту. Применением э-консультации мы занимаемся уже много лет, и в прошлом году заказали почти тысячу услуг э-консультации. По оценке самих врачей, использование этой услуги в следующие годы будет постоянно расти. Другим важным э-решением в налаживании системы очередей на лечение является полное применение электронных направлений, что осуществится предположительно в 2017 году. Полное принятие к использованию электронных направлений по всем лечебным учреждениям Эстонии позволит пациентам регистрировать очереди на лечение в единой системе на основании выданного направления, содержащего данные в условленной структуре, также такая система позволит в будущем дифференцировать времена ожидания в соответствии с оценкой направляющим врачом потребностей здоровья.

Уменьшить очереди на лечение помогают также поддерживающие экономию времени врача-специалиста меры. Так мы в Больничной кассе сделали ставку на развитие сестринской помощи, поддержав проведение самостоятельных приёмов медсёстрами. И сегодня мы можем утверждать, что год от года доля самостоятельных приёмов медицинских сестёр и акушерок, наряду с приёмами врача, возросла и составила сегодня свыше 8% амбулаторных приёмов.

Существенно оптимизировать время приёма на лечение помогает также осведомлённость застрахованных. Зная то, что роль семейного врача заключается в координировании решения проблем со здоровьем пациента между разными уровнями системы здоровья, а также в умении найти информацию о договорных партнёрах Больничной кассы, покупаемых услугах и длине очередей на лечение, каждый человек может найти лечебное учреждение с кратчайшим сроком ожидания и получить соответствующее решение своей проблемы со здоровьем. Со стороны Больничной кассы мы считаем важным обеспечить доступность и актуальность такой информации. Информация о временах ожидания к врачам одной и той же специальности в различных лечебных учреждениях имеется на нашей домашней странице. С крупнейшими направляющими к врачу-специалисту – семейными врачами – мы регулярно делимся информацией о наших договорных партнёрах.

Потребность обращения к врачу-специалисту уменьшает лучшее и более эффективное функционирование системы семейных врачей, а также рост доверия пациентов к семейным врачам. Со стороны Больничной кассы мы считаем приоритетным постоянное развитие услуг на первичном уровне. Доступность помощи семейного врача в Эстонии очень хорошая. Большинство проблем со здоровьем решается семейным врачом. Наблюдение хронических больных, в общем случае, также осуществляется семейным врачом.

Для сокращения времён ожидания может быть необходимо также развитие правового пространства – мы картографировали также те места, где видели возможности развития, однако осуществление действий зависит здесь от более широких решений.

В заключение – Больничная касса учитывает информацию о временах ожидания при планировании как бюджета, так и договоров. Для сокращения времён ожидания за помощью к врачу-специалисту требуется одновременное принятие многих мер – мы картографировали возможности воздействия на времена ожидания и занимаемся претворением решений в жизнь.

Рисунок 2. Среднее время амбулаторного ожидания и профинансированные Больничной кассой амбулаторные случаи лечения в 2008–2014 годах

Цель работы отдела лекарств – обеспечить имеющим медицинскую страховку доступные, современные, доказательные и затратоэффективные лекарства и медицинское оборудование. Для этого мы сотрудничаем с различными сторонами при пополнении перечня как больничных лекарств, так и амбулаторных льготных лекарств и медицинского оборудования.

Современные лекарства и медицинское оборудование – растущий приоритет

Многие болезни сегодня можно обуздать или вылечить вне больницы, то есть амбулаторно, но для этого, как правило, нужны используемые до́ма лекарства или медицинское оборудование. В 2014 году Больничная касса оплатила счета своих застрахованных на 110 миллионов евро за льготные лекарства и 9 миллионов евро за медицинское оборудование. В перечень компенсируемых Больничной кассой лекарств входят около 2000 различных лекарственных препаратов, а в перечень медицинского оборудования – сотни приборов из различных областей (предназначенные для диабетиков средства измерения, ортозы, повязки на раны и т. д.).

Решения о финансировании лекарств базируются на твёрдых принципах

Медицина развивается, и от медицинского страхования ожидают его соответствия времени, то есть оплаты новых возможностей лечения. Финансирование всей продукции медицинской промышленности из средств медицинского страхования невозможно, да и нецелесообразно. Чтобы отделить зёрна от плевел, Законом о медицинском страховании предусмотрен определённый порядок, как принимаются решения о финансировании. Главные критерии принятия решения следующие:

1) должна иметься не покрытая прежде потребность (отсутствуют альтернативные методы лечения);
2) должна быть подтверждена эффективность нового лекарства или изделия;
3) получаемая от нового метода выгода должна соответствовать сопутствующим дополнительным расходам;
4) у медицинского страхования должно быть достаточно средств, чтобы покрыть дополнительные расходы

При финансировании льготных лекарств произошли важные шаги развития

2014 год был позитивным со всех сторон – сочли подходящими для внесения в список лекарств целых 19 различных новых действующих веществ, то есть в три раза больше, чем в предыдущем году. В некоторых областях можно говорить просто об огромном скачке в развитии.

Например, вирусный гепатит-С, без лечения которого состояние может прогрессировать до цирроза печени и иногда даже до рака, поэтому очень важно освободиться от вируса. Вплоть до предыдущего года стремились достичь этой цели основанным

на интерфероне и рибавирине лечением, которым освобождались от вируса около половины лечившихся. В 2014 году приняли на вооружение новый тип лекарств, ингибиторы протеаза, при сочетании которых с прежним лечением удаётся освободить от вируса около 80% пациентов. Оценочно ежегодно требуется финансировать такое лечение сотне пациентов.

Существенные изменения произошли также в лечении рака предстательной железы. В течение 2014 года начали после удовлетворения ходатайства Эстонского Общества урологов компенсировать постоперационное, или адъювантное гормональное лечение. Прежде с этой целью компенсировали хирургическую кастрацию. В случае далеко развившегося и метастазированного рака начинали компенсацию активного вещества абиратерона. Эти изменения касаются сотен пациентов.

Наибольшее число – по оценкам, несколько тысяч пациентов – затронет финансирование антикоагулянтов нового типа. Антикоагулянты применяются для разжижения крови с целью предотвращения тромбов. Возросшая опасность тромбов сопутствует различным болезненным состояниям, например, нарушения сердечного ритма из-за образования тромбов могут вызвать ведущий к инвалидности церебральный инфаркт мозга. Различные разжижающие кровь лекарства компенсировались и прежде, но многим пациентам требовалась альтернатива.

Помимо вышеописанного, добавлены новые действующие вещества для лечения хронической обструктивной болезни легких, подагры, диабета 2-го типа, а также рака поджелудочной железы и почек. Общий эффект произведённых в 2014 году обновлений, или дополнительные расходы из бюджета на лекарства доходят оценочно до 5 миллионов евро.

> Во многих случаях лечение лекарствами разумнее, чем другие методы лечения, об этом свидетельствует всё более растущее применение лекарств как в больницах, так и дома.

Медицинское оборудование для самостоятельного совладания с болезнью также важно

Выбор медицинского оборудования расширился в области лечения ран и изделий для ухода за стомой, а также в группе посттравматических и постоперационных ортозов. Для диабетиков добавилась новая группа компенсации ланцетов, которыми теперешнее медицинское страхование обеспечило все необходимые для мониторинга диабета оборудование. В группе тестовых полосок глюкометра наибольшим изменением стало утверждение предельных цен. В результате этого цены тестовых полосок снизились в значительной мере, и финансово выиграли как пациент, так и медицинское страхование. С начала 2015 года ещё более повысилась доступность медицинского оборудования и расширился выбор для диабетиков, также расширился ассортимент оборудования для нуждающихся в повседневной самостоятельной катетеризации пациентов и пациентов с трахеостомой. Увеличился также выбор средств ухода за стомой, ортопедических изделий, катетеров мочевого пузыря, а также применяемых в лечении расстройств сна устройств.

Внедрение новых возможностей лечения требует часто и нового подхода при компенсации

В качестве свежего подхода мы применили т. н. распределение рисков и расходов при компенсации. Если пояснить, то это означает то, что, если использование лекарства сопровождается, например, риском продолжать лечение при возникновении мешающего побочного действия или при отсутствии эффекта от лечения, то расходы на лекарство возлагаются на производителя препарата. Так целью распределения рисков и расходов является достижение разумных и приемлемых для медицинского страхования условий при оплате лекарств. Для пациента это означает более быстрый доступ к новым возможностям лечения. В 2014 году в перечень льготных лекарств внесены 3 лекарства, при компенсации которых применяется такой принцип.

Лекарства играют важную роль в современном здравоохранении. Во многих случаях лечение лекарствами более разумно и затратоэффективно, по сравнению с другими методами лечения, об этом свидетельствует всё более растущее применение лекарств как при оказании услуг здравоохранения в больницах, так и амбулаторно. Больничная касса делает со своей стороны всё для того, чтобы имеющим медицинскую страховку людям в Эстонии были доступны современные, доказательные и затратоэффективные лекарства.

В укреплении здоровья и предупреждении болезней важную роль играет коммуникация, которая проводится в жизнь при сотрудничестве отдела здравоохранения и отдела общественных связей.

От профилактики болезней зубов выиграют все

Повышение осведомлённости людей – это сфера, при умелом вложении в которую мы можем сократить расходы на лечение, а также, что принципиально, повысить за счёт этого качество жизни людей. Приоритетом Больничной кассы Эстонии является повышение осведомлённости людей о здоровье ротовой полости и снижение за счёт этого частоты появления болезней зубов.

Ознакомились с практикой других государств

После расстановки приоритетов мы заказали анализ внешнего эксперта, в рамках которого исследовали, какова практика 10 других государств в части лечения зубов и предупреждения болезней зубов. От исследования получили обзор систем здравоохранения каждого государства, предложения профилактики болезней зубов и услуги лечения, а также принципов компенсации услуг как детям, так и взрослым. Исследование помогло понять, как действуют системы в других странах и определить хорошую практику, возможность применения которой в будущем в Эстонии можно было бы оценить. Из результатов выяснилось, что во всех проанализированных государствах сильной стороной системы считается финансирование предупредительной деятельности и лечения болезней зубов у детей из бюджета обязательного медицинского страхования. Как слабую сторону некоторых государств отметили неравную доступность лечения зубов среди стоящих в экономически разных очередях совершеннолетних членов общества и длинные очереди на лечение у более дешёвых предлагающих услугу.

> « Главная цель компенсации лечения зубов детей и молодежи – обеспечить, чтобы к взрослому возрасту подойти со здоровыми зубами.

На повышение осведомлённости делается многосторонняя ставка

Важным аспектом предупреждения болезней зубов является осведомлённость людей. Одним из средств повышения осведомлённости является финансируемый Больничной кассой проект «Здоровье зубов у детей», который каждый год становится всё результативней. В 2014 году мы в сотрудничестве с Союзом зубных врачей Эстонии организовали занятия для детей и персонала детских учреждений, подготовили материалы, посвящённые здоровью полости рта как для детей, родителей, так и для преподавателей. В сотрудничестве с зубными врачами организовали также различные информационные дни, участвовали в общереспубликанских конференциях. Опубликовали ряд статей на темы здоровья полости рта в республиканских ежедневных газетах. Впервые участвовали в рамках проекта «Детские зубы» и на телевидении, где выступили перед детьми в детской передаче. Многогранность информационной деятельности и большое число информационных каналов стало исходной точкой при планировании деятельности также в 2015 году.

Важно успеть к человеку своевременно, для этого мы и стремимся покрыть профилактическими действиями в части болезней зубов все важные целевые группы, к которым относятся беременные, маленькие дети и их родители, молодежь и пожилые люди. Этих групп мы достигаем через обученных специалистов в детских садах и школах, распространяя информационные буклеты, а также сообщениями социальной кампании.

При совместной работе достигнем лучших результатов

Продолжаем информировать население о возможностях медицинского страхования – лечение зубов у договорных партнёров Больничной кассы для детей в возрасте до 19 лет бесплатное. Главная цель компенсации лечения зубов детей и молодёжи – обеспечить, чтобы к взрослому возрасту подойти со здоровыми зубами.

Для получения результатов и достижения целей важно сотрудничество Больничной кассы и партнёров, где у обеих сторон одна цель – повысить осведомлённость людей о здоровье полости рта, вырастить поколение со здоровыми зубами и сохранить зубы в порядке на всю жизнь.

Начиная с 2015 года, бюджеты профилактики и лечения болезней зубов у детей объединены в один, как и договоры. Такое новшество обеспечивает целостный подход к пациенту и сокращает административную работу для селекции счетов за лечение между профилактикой и лечением зубов. В течение года картографируется состояние зубов у детей 3, 6 и 12 лет, что позволит оценить в длительной перспективе результативность различных действий по развитию. С настоящего года начнём передавать семейным врачам информацию об охвате профилактикой и лечением болезней зубов входящих в их список детей, что позволит и семейному врачу напоминать родителям своего списка о необходимости контроля зубов детей.

Как важная деятельность в текущем году планируются пересмотр и обновление Больничной кассой в сотрудничестве с Союзом зубных врачей Эстонии и Эстонским Обществом ортодонтии перечня оплачиваемых услуг лечения зубов и ортодонтии, планируется также проанализировать возможности применения мобильных услуг для улучшения географической доступности.

Как самая новая деятельность, планируется начать подготовку и проведение общереспубликанской оповестительной кампании, где постоянной целью является повышение осведомлённости родителей и детей о гигиене и здоровье зубов, роли зубного врача, а также увеличение использования услуги здравоохранения с целью профилактики и лечения. Как важную деятельность, следует выделить также направленные на осведомлённость детей действия, поскольку «рот ребёнка – это зеркало не только семьи, но и всего общества».

В текущем году будет также продолжена работа по улучшению доступности лечения зубов у взрослых и дальнейшим разработкам возможных моделей финансирования.

Администраторы договоров Больничной кассы, юридический отдел и отдел здравоохранения планируют договоры финансирования лечения и постоянно следят за способностью больниц ПРБС оказывать услуги и качеством лечения.

Взыскательный выбор – сколько медицинских услуг покупать и у кого покупать?

В 2014 году закончился трёхлетний договорный период с найденными в результате процедуры отбора Больничной кассой договорными партнёрами помощи врачей-специалистов и сестринской помощи, и 2014 год непременно запомнится многим участникам системы здравоохранения как год проведения процедуры отбора дополнительных партнёров Больничной кассы.

Организованный Больничной кассой отборочный конкурс мы называем дополнительным отбором партнёров, поскольку Больничная касса организует отборочный конкурс только в том случае, если способность оказания услуг здравоохранения названными утверждённой постановлением Правительства Республики планом развития больничной сети (ПРБС) больницами недостаточна, чтобы удовлетворить спрос пациентов на услуги здравоохранения. Принцип такого отбора иногда вызывает путаницу, и в этот раз Больничной кассе пришлось не раз объяснять принципы отборочного конкурса и обстоятельства как в порядке рассмотрения конфликта, так иногда и в порядке судебной процедуры. Ясность и целостность принципа отбора очень важны, и, значит, Больничная касса всегда готова разъяснить названные принципы.

Как оценивается спрос на услуги здравоохранения?

Согласно Закону о медицинском страховании Больничная касса обязана обеспечить равную региональную доступность лечения своим застрахованным. Для выполнения этой задачи мы оценили использование услуг живущими в разных уездах Эстонии застрахованных в предшествовавший отбору год и сравнили его со средним использованием лечения по Эстонии. В случае если отличие от среднего было существенным, и это нельзя было обосновать демографическими, географическими или эпидемиологическими особенностями региона, то мы выравнивали спрос на услуги после лечения в уезде со средним по Эстонии. Результаты оценки спроса корректировались, в свою очередь, финансовыми возможностями бюджета Больничной кассы на 2014 год. В результате этого процесса сформировался т. н. финансируемый спрос, то есть распределение бюджета Больничной кассы по уездам, взятое за основу при оценке потребности в отборе дополнительных партнёров.

При определении точного объёма выбора партнёров учитывалась способность больниц ПРБС покрывать спрос в соответствии с принципами географической доступности лечения. Это означает, что, если лечение по какой-либо конкретной специальности и типу лечения должно быть доступно согласно принципам географической доступности на месте в уезде, однако больница ПРБС не обеспечила этого в соответствующем оцененному финансируемому спросу объёме, то Больничная касса объявляла отборочный конкурс для поиска дополнительных партнёров.

Время от времени нас спрашивают, почему больницы ПРБС не должны участвовать в процедуре выбора. Причина – в том, что у больниц ПРБС есть исходящая из правовых актов обязанность оказывать услуги здравоохранения и, что для застрахованных особенно важно, круглосуточно обеспечивать скорую необходимую врачебную помощь. Больничная касса Эстонии не может не заключать договор о финансировании лечения с лечебными учреждениями, на которые согласно правовым актам Эстонии возложена обязанность обеспечить круглосуточную доступность лечения. На отбираемых партнёров такие обязанности правовыми актами не возложены, и у них всегда есть возможность отказаться от договора с Больничной кассой, если, например, предлагаемый Больничной кассой уровень цены не кажется достаточно атрактивным, или если выясняются другие обстоятельства, почему лечебное учреждение более не считает целесообразным оказывать услугу.

> У больниц ПРБС есть исходящая из правовых актов обязанность оказывать услуги и обеспечивать круглосуточную требуемую врачебную помощь.

Управляющие договорами Больничной кассы и служба финансирования лечения постоянно следят за способностью оказания услуг больницами ПРБС и качеством лечения. В случае обнаружения недостатков одной из возможностей является корректирование объёма договора ПРБС, что может в случае отсутствия возможностей у других больниц ПРБС, оказывающих услугу на уровне той же географической доступности в соответствующем регионе, означать привлечение в большей степени отбираемых партнёров, т. е. либо увеличение объёма договора существующих отбираемых партнёров, либо объявление дополнительного отборочного конкурса.

Чтобы обеспечить своим партнёрам стабильность, правление Больничной кассы продлило своим решением период объявления отбора до 4,5 лет, следующий отбор дополнительных партнёров проводится в 2018 году.

Служба ценообразования отдела здравоохранения работает во имя того, чтобы у каждой услуги здравоохранения была ясная и определённая на основании прозрачной методики оптимальная цена

Ключевой вопрос ценообразования услуги здравоохранения – какая цена правильная?

Для того чтобы Больничная касса могла оплатить лечение застрахованных людей, необходимо определить цену каждой услуги здравоохранения. Сфера здравоохранения отличается от свободного рынка с полной конкуренцией, так как между предлагающим и покупателем есть информационная асимметрия, сфера сложная, и предлагающих определённые услуги мало, при этом стандарты высоки. Формирование цены услуги здравоохранения должно быть обосновано и понятно различным сторонам, при этом самое важное – найти оптимальную цену. Для этого и установлена единая методика ценообразования, которая зиждется на принципах учёта затрат по видам деятельности (методика ABC). Согласно данной методике нужно описать требуемые для оказания соответствующей услуги здравоохранения действия и, в свою очередь, требуемые для проведения этих действий ресурсы (например, время врача и сестры, оборудование), при описании услуг исходят из действительной практики лечебного учреждения. Цель ценообразования – одновременно и в том, чтобы обеспечить эффективное и целенаправленное использование денег медицинской страховки.

Методика подходит для возмещения расходов на лечение

Действующая сегодня методика разработана 10 лет назад, и за это время в системе здравоохранения произошли некоторые изменения. Чтобы оценить актуальность методики, в 2014 году заказали внешний экспертный анализ у АО PricewaterhouseCoopers Advisors (PwC).

При проведении экспертного анализа эксперты PwC ознакомились с описывающими текущее положение документами и данными и провели интервью с представителями Больничной кассы и лечебных учреждений, а также с экспертами глобальной сети PwC.

Анализ показал, что, в общих чертах, используемая Больничной кассой методика, по словам сторон рынка, в своей концепции действующая и подходит для компенсации расходов на лечение. Консультируясь в ходе работы со многими международными экспертами в области здравоохранения, PwC пришло к заключению, что используемая в Эстонии система является одной из наиболее детальных и точных для компенсации расходов на лечение.

Методику можно ещё улучшить

Анализ PwC вынес и ряд предложений по развитию существующей системы. Кроме того, по оценке PwC, Больничная касса должна внешним участникам более ясно довести, что цель методики – выяснить оптимальную стоимость услуг здравоохранения, чтобы принять её за основу при установлении цены услуги здравоохранения.

В экспертной оценке PwC подчёркнуто, что условием вычисления возможно объективной оценки являются качественные и сравнимые исходные данные в виде данных о действительных расходах лечебных учреждений. Для этого нужно выработать в сотрудничестве с лечебными учреждениями точные и единообразно понимаемые требования и стандарты представления данных.

> «Используемая Больничной кассой Эстонии методика, по словам сторон рынка, в своей концепции действующая и подходит для компенсации расходов на лечение.

Ключевым вопросом ценообразования является то, какая цена оптимальна. Для выяснения этого важно согласовать метод сравнения, или принцип, какой уровень расходов берётся в конце за основу при определении предельных цен. Возможностей много – средний уровень затрат лечебных учреждений (используемый в настоящий момент), референции из других государств, референции из других учреждений и т. д. Для медицинского страхования важно, чтобы используемый метод сравнения помогал выяснить оптимальные расходы лечебных учреждений и, исходя из этого, правильную цену. PwC

рекомендует взвесить, что, хотя Больничная касса должна исходить из оптимальных расходов, отдельные предельные цены могут отличаться от оптимальных расходов, чтобы при помощи денежных мотиваторов способствовать или притормозить оказание определённых услуг (например, в 2015 году на таких принципах обновили цену э-консультации).

Больничная касса хотела бы также получать предложения по упрощению администрирования. PwC рекомендует для этого вместо проведения анализа ежегодных фактических общих расходов медицинских учреждений найти оптимальную цену, корректируя уже выведенные в ценах цены единиц общих расходов с различными индексами (например, изменить коммунальные расходы в соответствии с индексом потребительской цены и индексом износа цены строителей).

Из анализа исходят новые действия по развитию

Анализ чрезвычайно полезен Больничной кассе, подтверждая актуальность действующей методики, важность уже существующих планов и давая новые идеи для развития методики. На основе предложений Больничная касса составила в 2015 году программу деятельности по развитию методики. Среди прочего, планируется в сотрудничестве с лечебными учреждениями повысить качество высылаемых Больничной кассе данных, хотя основной фокус 2015 года нацелен на внешний экспертный анализ, направленный на разработку различных методов сравнения и автоматических переменных.

Отдел внешних связей в сотрудничестве с Харьюским и Пярнуским отделениями координирует лечение застрахованных Больничной кассы в иностранном государстве

Возможности лечения в Европейском Союзе

Передвижение по Европейскому Союзу для путешественников возможно упрощено, и год от года расширяются также возможности получения трансгранично на равных условиях услуги здравоохранения. Все услуги здравоохранения невозможно предоставить в Эстонии, во многих случаях это было бы даже неэкономно. Поэтому становится обычным, что многие услуги оказываются застрахованным за границей, и они являются важной частью нашего пакета компенсаций. Например, люди могут подать в Больничную кассу ходатайство о получении предварительного разрешения на получение необходимого планового зарубежного лечения с теми услугами, которые в Эстонии не могут быть оказаны. В таком случае медицинские расходы за оказанные в иностранном государстве услуги покрывает Больничная касса. Также у застрахованных и раньше было и продолжает оставаться право получать на основании европейской карточки медицинского страхования необходимую врачебную помощь при временном пребывании в другом государстве-члене ЕС.

В 2013 году благодатную почву для разговоров среди общественности Европейского Союза, в том числе, в Эстонии, дала примененная в государствах-членах ЕС в октябре месяце директива о трансграничных услугах здравоохранения. Для имеющих медицинскую страховку это означает, что теперь они могут поехать в иностранное государство с целью получить там лечение, как это было бы у врача-специалиста в Эстонии. Но у этой возможности есть свои условия.

Больничная касса компенсирует полученные в иностранном государстве услуги здравоохранения на основании принципов новой директивы о правах пациентов. Это значит, что после получения услуги можно ходатайствовать о получении от Больничной кассы денежного возмещения для компенсации услуг. Следовательно, вначале нужно

> « Экономное использование возможностей директивы о трансграничном лечении обусловлено, главным образом, большой разницей цен услуг здравоохранения в Эстонии и других государствах.

заплатить лечебному учреждению иностранного государства все связанные с услугой расходы, и только потом можно ходатайствовать о компенсации расходов.

Однако здесь следует помнить, что Больничная касса оплачивает только те услуги здравоохранения, которые пациент имеет право получать за счёт Больничной кассы и в Эстонии. Компенсация не выплачивается за те услуги здравоохранения, которые в Эстонии для пациентов платные (например, лечение зубов у взрослых) или, исходя из состояния здоровья пациента, ему не показаны. Для получения компенсации нужно представить в Больничную кассу ходатайство вместе с оригинальным счётом за услугу лечения, подтверждающими оплату документами, направлением врача-специалиста и заключением из истории болезни, или эпикризом. Бланк ходатайства можно найти на домашней странице Больничной кассы и в бюро обслуживания клиентов. Можно ходатайствовать о компенсации за купленные в иностранном государстве лекарства и медицинское оборудование, которые в Эстонии внесены в список льготных лекарств или подлежащих компенсации медицинского оборудования.

Больших изменений применение директивы не повлекло

Поскольку возможности пациентов получить лечение вне Эстонии расширились, то спрогнозировали вначале также крупные изменения в расходах трансграничного лечения. В директиве на 2014 год спрогнозировали расходы в объёме 480 тысяч евро, но действительные расходы составили 101 тысячу евро, то есть 21% от спрогнозированных.

Одна из причин, почему в приложениях новой директивы движение пациентов скорее меньше ожидаемого, может исходить из разницы в ценах услуг здравоохранения в Эстонии и других странах-членах Евросоюза. Размер подлежащей возврату компенсации исходит из прейскуранта услуг здравоохранения Эстонии, а не иностранного государства, и, если цена полученной за рубежом услуги выше, чем указанная в перечне услуг здравоохранения Больничной кассы сумма, то пациент должен сам покрыть разницу цен. На примере сегодняшней практики можно сказать, что, как правило, понесённые пациентом в иностранном государстве расходы на лечение могут быть покрыты только в объёме около 30%. Также пациенты должны сами покрывать платы за визит и собственное участие, транспортные расходы и т. п.

В разбивке по годам можно заметить тенденцию постепенного роста как числа получивших зарубежное лечение пациентов, так и расходов, однако это исходит как из повышения осведомлённости людей в связи с возможностью получить в иностранном государстве неденежные компенсации, так и общего увеличения свободного передвижения. Независимо от общего роста расходов и числа получивших иностранное лечение застрахованных, нет основания полагать, что люди предпочли бы получать лечение в иностранном государстве. Если взять за основу бюджет Больничной кассы в 2014 году, то станет видно, что расходы на зарубежное лечение в ЕС составляют менее 1% всех расходов.

Служба качества отдела здравоохранения в сотрудничестве с различными участниками здравоохранения делают ставку на повышение качества лечения в Эстонии.

Общий вклад во имя лучшего качества лечения

В последние годы Больничная касса в сотрудничестве с различными сторонами здравоохранения сделала большой многосторонний вклад в повышение качества лечения. Обновлены методики инструкций по лечению и клинических аудитов, начато составление эстонских стандартов лечения, инструкций для пациентов и индикаторов качества, проведена подготовка работников здравоохранения, в условиях отборочного конкурса договорных партнёров, а также договорах о финансировании лечения обновлены требования качества, регулярно проводится опрос оценки пациентов о качестве оказанных услуг. Для обеспечения качества услуг здравоохранения необходимы постоянное планирование, мониторинг и регулярное оценивание показателей качества вместе с развитием.

В течение трёх последних лет около 200 работников здравоохранения прошли подготовку, где участники получили знания и навыки в процессе составления инструкции по лечению, начиная от составления области рассмотрения, осуществления поисков, оценки инструкции по лечению и доказательных материалов, до составления рекомендаций. Новую методику можно также использовать и в своей повседневной работе.

В результате почти двухлетней работы будут подготовлены на основании лучшей международной доказательности учитывающие организацию здравоохранения Эстонии инструкции по лечению, где все рекомендации обсуждены между специальностями. Дополнительную ценность документу придают условленные действия по его применению и наблюдению. К 2014 году подготовлены все четыре эстонские инструкции по лечению, три из которых унифицируют многолетние трактовки болезней в помощи семейных врачей (гипертония у взрослых, генерализованное тревожное расстройство, астма у взрослых), и одна из них способствует обеспечению безопасности пациентов в операционных (использование хирургической карты безопасности в операционных). На разных этапах ещё разрабатываются восемь инструкций по лечению вместе с относящимися к ним инструкциями для пациентов. Одобрен руководящий материал для пациентов с гипертонией, составленный на основании рассмотренных в составленной инструкции полечению тем. Инструкция для пациента является вспомогательным средством консультирования людей с долговременной болезнью и активного вовлечения их в процесс излечения.

Благоприятствующим применению инструкции по лечению фактором является осведомлённость работников здравоохранения о существующих инструкциях по лечению и их содержании, однозначно понимаемые рекомендации, ясно определённая целевая группа пациентов, а также поддержка руководителей и сотрудников. Поэтому одной из важных частей составления инструкции по лечению и является план, состоящий из подготовительных действий по применению инструкции по лечению (например, печать инструкций по лечению, их распространение, занятия по применению, изменения услуг или ИТ-систем) и условленных измерителей, при помощи которых следят за применением инструкции по лечению. Последующее оценивание индикаторов позволяет проанализировать, как инструкция по лечению улучшила подход к лечению и даёт вход для планирования новых мер упорядочения.

Обновлённый справочник клинических аудитов мы начали целенаправленно внедрять вместе с планом вспомогательных мер. Процесс аудитирования по времени чуть длиннее предыдущего, так как уже на ранней фазе, в ходе предварительных обсуждений договариваются о точном фокусе аудита и критериях оценки. При этом само аудитирование упрощено, благодаря новой трудовой среде на веб-базе, что дополнительно позволяет на тех же принципах, удобнее прежнего осуществлять последующие аудиты или использовать их при самоаудите учреждений здравоохранения, а также при проведении целевых выборов.

> Принятие на вооружение нового стандарта лечения и системная оценка результатов - это длительный процесс, требующий тесного сотрудничества всех сторон.

В 2014 году в третий раз подряд опубликован отчёт обратной связи больниц плана развития больничной сети. В отчёте представлены различные аспекты деятельности больниц, их изменение, по сравнению с предыдущим годом, что обеспечивает сравнимость между больницами и обучение лучшим практикам. Различные индикаторы, как относительно быстрые рабочие инструменты оценки лечебной деятельности, Больничная касса использует также для дачи обратной связи своим договорным партнёрам.

Свежий проект сотрудничества с медицинским факультетом Тартуского Университета – совет индикаторов качества (СИК). Запуском деятельности данного совета мы хотим разработать комплексную систему для регулярной оценки услуг здравоохранения и публикации соответствующей информации. Клиницисты разрабатывают измерители качества лечебной деятельности для наблюдения на государственном уровне, дают оценки результатам и вносят предложения по улучшению. Первые предложения по развитию государственных индикаторов уже сделаны и находятся в работе. Приступаем к описанию протоколов индикаторов родовспоможения, интенсивной терапии, онкологии и лечения инсульта, и после этого картографируем возможные источники данных в крупных лечебных учреждениях. Это – начало большой работы, которую мы продолжим, продвигаясь дальше с другими специальностями.

Принятие на вооружение нового стандарта лечения и системное оценивание результатов различными методами – долгий процесс, требующий тщательного планирования и тесного сотрудничества между различными сторонами. Поведенческое изменение работников здравоохранения в подходе к лечению возникает тогда, когда новое знание укоренилось и отражается в повседневной работе. Подытожить можно словами декана медицинского факультета Тартуского Университета Джоэла Старкопфа, которыми он охарактеризовал действия в перечисленных областях качества : «Я верю, что это улучшит медицину Эстонии».

Подразделение системного развития ИТ-отдела в сотрудничестве со всеми другими отделами делает ставку на выработку инфо-технологических решений для поддержки постоянного развития всей системы медицинского страхования.

Подготовка к обеспечению интегрированного потока лечения в системе здравоохранения

Движение пациента в ходе диагностики и лечения должно быть целенаправленным. Обеспечить это помогают как направление, которое в дополнение к следующему шагу отражает также обоснованность, почему требуется обращение к врачу-специалисту, так и электронный лист нетрудоспособности.

Важно обеспечить интегрированный поток лечения, т. е. обеспечить пациенту в ходе проблемы со здоровьем слаженное лечение у разных специалистов, а также обеспечить достаточную и всестороннюю информированность специалистов о проблеме со здоровьем пациента. Наличие комплексных данных позволит оказать качественные услуги здравоохранения, чем будет обеспечен лучший результат здоровья пациента.

Сокращению очередей на лечение способствует условленный принцип, что пациент с одним направлением может зарегистрироваться только к специалисту одной специальности у одного оказывающего услугу.

Единый стандарт направления позволит уже с первого приёма врача-специалиста сделать необходимые обследования и анализы, и врач-специалист сможет получить быстрый и ясный обзор прежнего состояния здоровья пациента.

Э-направление обеспечивает сокращение числа приёмов как семейному врачу, так и врачу-специалисту, поскольку составление

« Единый стандарт направления позволит уже с первого приёма врача-специалиста сделать необходимые обследования и анализы, и врач-специалист сможет получить быстрый и ясный обзор прежнего состояния здоровья пациента.

направления больше не требует присутствия пациента на приёме у врача, а врач может оформить его в результате консультации по электронной почте или по телефону. Э-консультация как один из видов направлений, позволяет проводить консультацию без прихода пациента на приём, и, если приём окажется необходимым, то на приём приходят профильные пациенты (должный пациент в должное время к должному врачу-специалисту), и врач-специалист – это тот, кто приоритизирует принимаемых пациентов.

Мы инициировали разработку единого стандарта э-направления и планируем применить его в 2017 году.

Электронный лист нетрудоспособности полезен всем сторонам

Условием перехода на безбумажный э-лист нетрудоспособности было отправление дигитальной информации по листам нетрудоспособности от лечебных учреждений прямо в инфо-систему Больничной кассы в объёме не менее 95%. Этот уровень был достигнут к началу 2014 года. При переходе на безбумажный э-лист нетрудоспособности 2014 год был годом активного присоединения работодателей. Среди предпринимателей возрос интерес к оповестительской работе об услуге, в результате чего число присоединившихся к услуге быстро выросло. По состоянию на начало декабря, работодатели заполнили свыше 80% листов нетрудоспособности в электронном виде, то есть безбумажно.

От перехода на электронный лист нетрудоспособности выиграли лечебные учреждения, работодатели и больше всего – застрахованный. Окончательное применение э-листа нетрудоспособности первого поколения планируется в течение 2015 года.

Отчёт о выполнении бюджета

Таблица 2. Выполнение бюджета в тысячах евро

	2013 фактически	2014 бюджет	2014 фактически	Выполнение бюджета	Изменение, по сравнению с 2013 годом
ДОХОДЫ БОЛЬНИЧНОЙ КАССЫ					
Часть социального налога медицинского страхования	829 699	897 394	893 759	100%	8%
Поступающие на основании договора приравнивания к застрахованному лицу доходы	1 138	1 500	1 195	80%	5%
Взыскания с других лиц	926	600	1 062	177%	15%
Финансовые доходы	613	645	652	101%	6%
Другие доходы	4 516	3 293	3 541	108%	-22%
ДОХОДЫ БЮДЖЕТА ВСЕГО	**836 892**	**903 432**	**900 209**	**100%**	**8%**
РАСХОДЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ					
Расходы услуг здравоохранения	605 257	661 187	664 070	100%	10%
Расходы на предупреждение болезней	7 230	7 648	7 591	99%	5%
Расходы на общую врачебную помощь	76 088	85 421	82 248	96%	8%
Расходы на помощь врача-специалиста	481 561	522 934	529 044	101%	10%
Расходы на сестринскую помощь	20 607	23 937	24 537	103%	19%
Расходы на лечение зубов	19 771	21 247	20 650	97%	4%
Расходы на укрепление здоровья	706	1 000	857	86%	21%
Расходы на компенсируемые застрахованным лекарства	103 391	110 000	109 753	100%	6%
Расходы на компенсацию временной нетрудоспособности	94 101	96 371	103 902	108%	10%
Расходы на другие денежные компенсации	9 327	9 948	9 358	94%	0%
Прочие расходы	17 637	19 030	20 273	107%	15%
Расходы медицинского страхования всего	**830 419**	**897 536**	**908 213**	**101%**	**9%**
РАСХОДЫ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ БОЛЬНИЧНОЙ КАССЫ					
Расходы на рабочую силу	4 947	5 346	5 261	98%	6%
Хозяйственные расходы	1 337	1 571	1 450	92%	8%
Расходы на инфотехнологии	976	1 080	962	89%	-1%
Расходы на развитие	223	339	278	82%	25%
Прочие расходы на деятельность	454	562	551	98%	21%
Расходы на деятельность Больничной кассы всего	**7 937**	**8 898**	**8 502**	**96%**	**7%**
РАСХОДЫ БЮДЖЕТА ВСЕГО	**838 356**	**906 434**	**916 715**	**101%**	**9%**
Годовой доход бюджета	**-1 464**	**-3 002**	**-16 506**	-	-
РЕЗЕРВ					
Изменение резервного капитала	0	3 239	3 239	-	-
Изменение резерва риска	1 078	1 289	1 289	-	-
Изменение нераспределённой прибыли	-2 542	-7 530	-21 034	-	-
Изменение резервов всего	**-1 464**	**-3 002**	**-16 506**	**-**	**-**

Число застрахованных

Право на медицинское страхование имеют постоянные жители Эстонии, проживающие на основании срочного вида на жительство или права на проживание в Эстонии люди, за которых уплачивается, или которые платят за самих себя социальный налог, а также приравненные к этим людям на основании Закона о медицинском страховании или соответствующего договора люди.

Согласно статистике медицинского страхования, застрахованные медицинской страховкой на различных основаниях лица делятся на пять групп:

- работающие застрахованные – застрахованные работодателем лица, физические лица-предприниматели (в т. ч. участвующие в их деятельности супруги), члены руководящего органа, заключившие обязательственно-правовой договор лица;
- приравненные к застрахованным – пенсионеры, дети, учащиеся, беременные, супруги-иждивенцы;
- застрахованные государством – безработные, находящиеся в отпуске по уходу за ребёнком, опекуны лиц-инвалидов, военнослужащие срочной службы;
- застрахованные на основании внешнего договора – прибывшие на жительство из другого государства-члена Европейского Союза (ЕС) в Эстонию пенсионеры, командированные из другого государства-члена ЕС в Эстонию работники, убывающие в другое государство-член ЕС эстонские пенсионеры, военные пенсионеры Российской Федерации;
- приравненные к застрахованным на основании добровольного договора – лица, застрахованные на основании договора уравнивания с застрахованным лицом, исходя из Закона о медицинском страховании.

Статистически первостепенно важна категория работающих застрахованных. Это означает, что, если у человека имеются несколько действующих страховок, то данные статистики медицинского страхования дважды не показываются. Поэтому данные застрахованных как в качестве пенсионера, так и работающего лица отображаются только в числе работающих застрахованных.

Изменения числа застрахованных в 2014 году характеризует рост числа работающих застрахованных и уменьшение числа застрахованных государством вследствие сокращения рынка труда безработных (см. таблицу 3).

Таблица 3. Число застрахованных

	31.12.2012	31.12.2013	31.12.2014	Изменение, по сравн. с 2013 г. (лиц)	Изменение, по сравнению с 2013 годом
Работающие застрахованные лица	575 277	584 094	600 998	16 904	3%
Приравненные к застрахованным лица	602 249	594 408	583 101	-11 307	-2%
Прочие застрахованные лица	59 578	52 701	48 720	-3 981	-8%
Застрахованные государством лица	57 619	50 391	46 275	-4 116	-8%
Застрахованные на основании внешнего договора лица	1 642	1 903	1 993	90	5%
Приравненные к застрахованным на основании добровольного договора лица	317	407	452	45	11%
Всего	**1 237 104**	**1 231 203**	**1 232 819**	**1 616**	**0%**

Рисунок 3. Доля застрахованных от их общего количества и вклад социального налога

Рост в 2014 году общего числа имеющих медицинскую страховку исходит из роста трудовой занятости и положительного влияния применения Регистром работников передачи данных медицинского страхования. Если проанализировать долю имеющих медицинскую страховку лиц в разбивке по уездам (см. рисунок 4), то можно заметить, что 99,9% застрахованных в Хийуском уезде и 98% в Саареском уезде; ниже, по сравнению с другими уездами, доля застрахованных в Тартуском уезде. Наименьший удельный вес работающих застрахованных в Ида-Вирумаа, что соответствует всеобщей трудовой занятости по Эстонии.

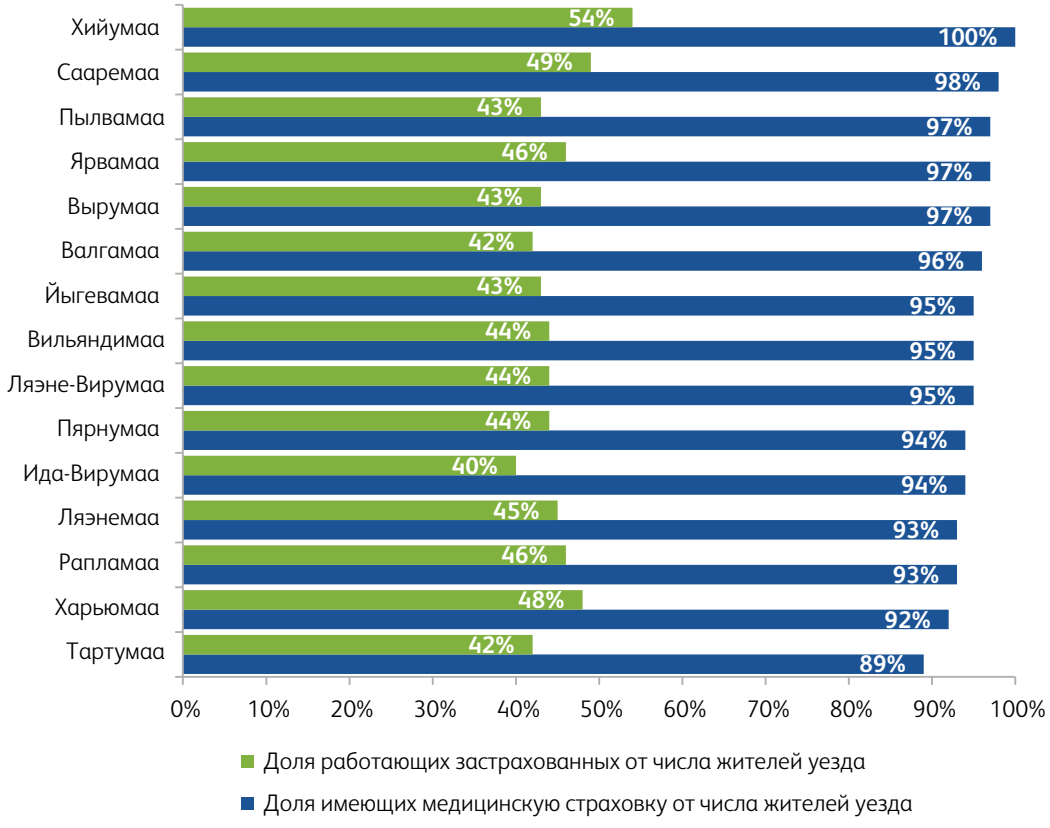


Рисунок 4. Доля имеющих медицинскую страховку и работающих застрахованных от числа жителей уезда

Доходы

Обзор доходов Больничной кассы в 2014 году даёт таблица 4.

Таблица 4. Выполнение бюджета по доходам в тысячах евро

	2013 фактически	2014 бюджет	2014 фактически	Выполнение бюджета
Доля социального налога в медицинском страховании	829 699	897 394	893 759	100%
Поступающие на основании договора об уравнивании с застрахованным лицом доходы	1 138	1 500	1 195	80%
Взыскания с других лиц	926	600	1 062	177%
Финансовые доходы	613	645	652	101%
Другие доходы	4 516	3 293	3 541	108%
Всего	**836 892**	**903 432**	**900 209**	**100%**

Доля социального налога в медицинском страховании

Больше всего влияет на выполнение бюджета Больничной кассы по доходам доход от доли социального налога в медицинском страховании. В 2014 году доход от доли социального налога в медицинском страховании был на 3,6 миллиона евро меньше, чем было заявлено в бюджете, выполнение бюджета составило 99,6%. Министерство финансов понизило весенним прогнозом прогноз доли поступления социального налога в медицинском страховании, по сравнению с утверждённым бюджетом (основывался на осеннем экономическом прогнозе 2013 года), почти на 10 миллионов евро.

95,9% социального налога платят работодатели, остальные 4,1% платит государство за безработных и получающих социальные пособия (см. рисунок 5).

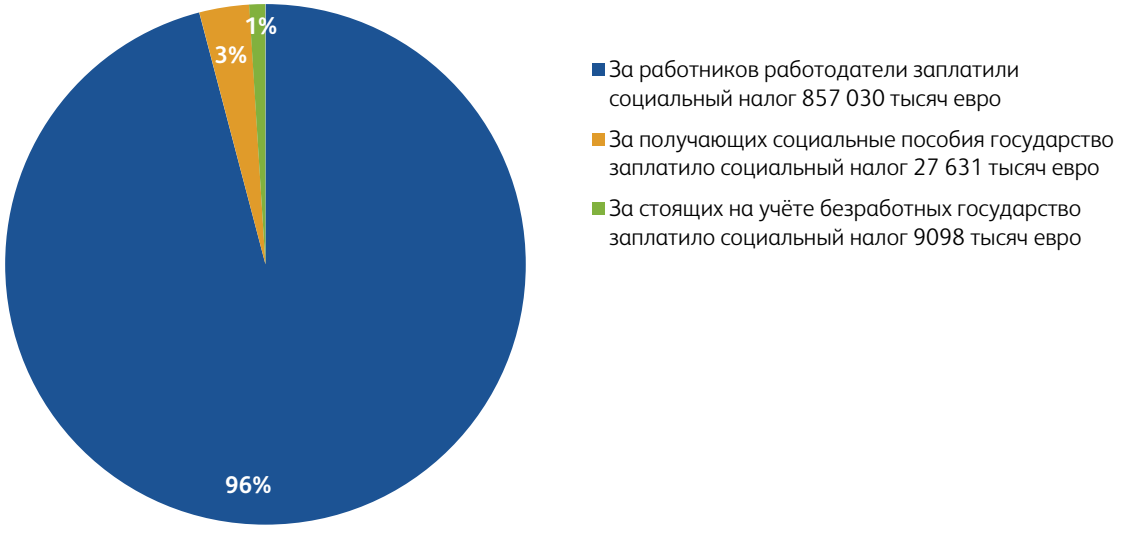


Рисунок 5. Участие в уплате социального налога

Обзор дохода от доли социального налога в медицинском страховании, а также роста и снижения поступлений даёт рисунок 6.

Рисунок 6. Доход от доли социального налога в медицинском страховании и рост и снижение поступлений в 2005-2014 годах

Поступающие на основании договора об уравнивании с застрахованным лицом доходы

Поступающие на основании договора об уравнивании с застрахованным лицом доходы – это полученный на основании добровольного договора страхования доход и доход от страхования проживающих в Эстонии военных пенсионеров Российской Федерации.

Согласно статье 22 Закона о медицинском страховании, не имеющее страховки лицо может само себя застраховать, заключив с Больничной кассой договор и уплатив ежемесячные страховые взносы. По состоянию на 31 декабря были застрахованы на основании договора об уравнивании с застрахованным лицом 452 лица, и в течение года был получен доход 628 тысяч евро.

От страхования неработающих пенсионеров вооружённых сил Российской Федерации получен в 2014 году доход 567 тысяч евро. Начиная с 2012 года, число застрахованных на основании внешнего договора лиц сократилось, поскольку российские военные пенсионеры используют, начиная с конца 2011 года, полученное ими право на пенсию по старости в Эстонии. По состоянию на 31 декабря застрахованных на основании внешнего договора было 445 лиц.

Взыскания с других лиц

В качестве взысканий отображаются представленные страховой фирме выплаченные в результате ущерба от дорожно-транспортного происшествия взыскания компенсации медицинского страхования, взыскания причинённого Больничной кассе ущерба от представленных работодателям безосновательных записей о страховке и представленные оказывающим услуги здравоохранения, аптекарям, застрахованным и работодателям в результате контроля требования.

Выполнение бюджета взысканий 2014 года составляет 67% от представленных страховым фирмам взысканий за ущерб от дорожно-транспортного происшествия. Начиная с 2010 года, Больничная касса приравняла в базе данных действующие данные страхования имеющих медицинскую страховку застрахованных работодателем лиц, членов руководящего органа и застрахованных на основании обязательственно-правового договора лиц с данными Налогово-таможенного департамента по декларированию социального налога. На основании данных сравнения в течение 2014 года было сделано 7700 записей об окончании страховки. В случае если законченная страховка была единственно действующей страховкой лица (т. е. одновременно не было другой действующей страховки как нетрудоспособного пенсионера, работника или через какого-либо иного работодателя и т. д.), и застрахованный использовал компенсации медицинского страхования, то работодателю

предъявляется взыскание расходов медицинского страхования. В течение года работодателям предъявлены взыскания на 55 тысяч евро.

Финансовые доходы

Начиная с 2012 года, деньги Больничной кассы хранятся на государственном счёте концерна. 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 движение цен рынка облигаций в течение года, и процентных ставок краткосрочного депозита.

Прочие доходы

Среди прочих доходов основными видами доходов было целевое финансирование дохода и представленные Больничной кассой требования за оказанные медицинские услуги, оказанные в Эстонии застрахованным лицам государств-членов ЕС, компетентным учреждениям других государств-членов ЕС. Среди прочих доходов отображается также доход от обработки счетов за услуги лечения и связанные также с расходами на деятельность и расходами на медицинское страхование прибыли от курса валют.

В 2014 году Больничная касса получила доход от целевого финансирования 1,5 миллиона евро. В качестве расходов на медицинское страхование получили из государственного бюджета 1,4 миллиона евро в покрытие лекарств на основании Закона об искусственном оплодотворении и защите эмбрионов, а также услуг здравоохранения. Для покрытия расходов Института Развития Здоровья, сделанных в рамках стратегии предупреждения рака, Больничная касса получила доход 28 тысяч евро. В качестве расходов на деятельность получили целевое финансирование на основании постановления Правительства Республики 6 тысяч евро на погашение учебного займа.

В 2014 году Больничная касса представила требования на 2 миллиона евро за оказанные в Эстонии медицинские услуги застрахованным из государств-членов ЕС компетентным учреждениям других государств-членов ЕС .

Расходы медицинского страхования

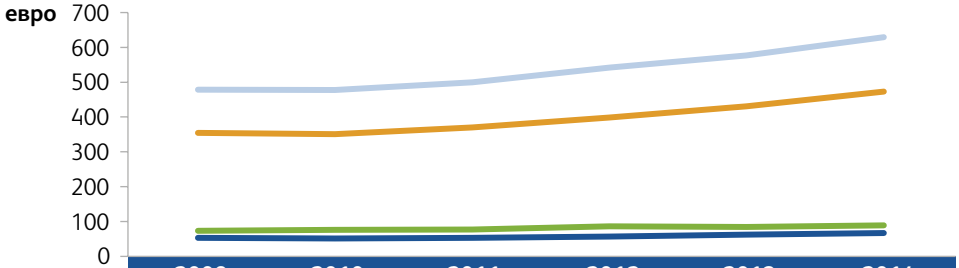
Обзор средних расходов медицинского страхования на одного застрахованного в разбивке по возрастным группам приведён в таблице 5.

Таблица 5. Средние расходы 2014 года на одного застрахованного в евро

Возраст застрахованных	Число застрахованных на 31.12.2014	Расходы на общую врачебную помощь	Расходы на другие услуги здравоохранения*	Компенсированные застрахованным лекарства	Расходы всего
0–9	161 844	69	265	24	358
10–19	111 006	52	304	25	381
20–29	150 708	53	287	36	376
30–39	159 533	55	328	51	434
40–49	156 522	58	328	64	450
50–59	164 361	74	480	112	666
60–69	151 060	76	693	168	937
70–79	111 821	90	967	214	1 271
80–89	57 914	86	1 043	187	1 316
90–99	7 900	77	928	111	1 116
100–...	150	72	1 118	57	1 247
Всего	**1 232 819**	**67**	**473**	**89**	**629**

*Расходы на другие услуги здравоохранения содержат помощь врача-специалиста, сестринскую помощь, лечение зубов и денежную компенсацию лечения зубов.

Средние расходы на одно лицо всего выросли в 2014 году на 150 евро, по сравнению с 2009 годом (см. рисунок 7). В разбивке по возрасту застрахованных лиц средние расходы более всего выросли в возрастной группе 70–79 лет.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Расходы всего	479	478	500	542	577	629
Другие услуги здравоохранения*	354	351	370	399	431	473
Лекарства	73	76	77	86	84	89
Общая врачебная помощь	53	51	53	57	62	67

*Расходы на другие услуги здравоохранения содержат помощь врача-специалиста, сестринскую помощь, лечение зубов и денежную компенсацию лечения зубов

Рисунок 7. Средние расходы на одного застрахованного в 2009-2014 годы, евро

1. Услуги здравоохранения

Бюджет услуг здравоохранения в 2014 году спланирован в сумме 661,2 миллиона евро. Бюджет превышен в сестринской помощи и помощи врача-специалиста. Бюджет профилактики заболеваний, общей врачебной помощи и лечения зубов остался недовыполненным (см. таблицу 6).

Таблица 6. Выполнение бюджета услуг здравоохранения, в тысячах евро

	2013 фактически	2014 бюджет	2014 фактически	Выполнение бюджета
Расходы на предупреждение болезней	7 230	7 648	7 591	99%
Расходы на общую врачебную помощь	76 088	85 421	82 248	96%
Расходы на помощь врача-специалиста	481 561	522 934	529 044	101%
Расходы на сестринскую помощь	20 607	23 937	24 537	103%
Расходы на лечение зубов	19 771	21 247	20 650	97%
Всего	**605 257**	**661 187**	**664 070**	**100%**

По сравнению с предыдущим годом, финансирование услуг здравоохранения возросло в 2014 году на 59 миллионов евро. По сравнению с 2013 годом, возросло финансирование помощи врача-специалиста на 47,5 миллиона евро, финансирование общей врачебной помощи на 2 миллиона евро, финансирование сестринской помощи на 3,9 миллиона евро, финансирование предупреждения заболеваний на 0,4 миллиона евро и финансирование лечения зубов на 0,9 миллиона евро.

На выполнение бюджета услуг здравоохранения в 2014 году влияли как общее повышение цены услуг здравоохранения, так и потребность обеспечить доступность услуг здравоохранения застрахованным. В помощи врача-специалиста, сестринской помощи, а также в части проектов профилактики заболеваний в 2014 году Больничной кассой проведена процедура подбора дополнительных партнёров. Для обеспечения непрерывного лечения пациентов договорились с лечебными учреждениями, с которыми договор на новый период не был заключён, о финансировании незаконченного лечения, а также лечения зарегистрированных в очередь на лечение пациентов.

Бюджет профилактики заболеваний выполнен на 99%. Самую большую часть бюджета профилактики заболеваний составляет финансирование школьного здравоохранения. Число случаев лечения в школьном здравоохранении соответствовало запланированному, бюджет расходов выполнен на 99%.

Недовыполнение бюджета общей врачебной помощи обусловлено, в первую очередь, меньшим, чем запланировано, использованием фонда исследований. Несмотря на использование меньше запланированного средств, предусмотренных на финансирование второй семейной сестры, по сравнению с 2013 годом, доля списков со второй семейной сестрой увеличилась (соответственно с 23% до 27%). В части видов новой платы (например, фонд деятельности и плата семейному врачу за работу в неурочное время) также наблюдалось недовыполнение, но это не оказало существенного влияния на выполнение бюджета. Применение фонда деятельности уменьшило нагрузку его активных пользователей на фонд исследований. Приёмы в нерабочее время улучшили доступность застрахованным помощи семейного врача именно в вечерние часы, что также входило в ожидания застрахованных.

Помощь врача-специалиста финансировалась больше запланированного с целью обеспечения доступности услуги, сумма бюджета выполнена на 101%, а в части случаев лечения – на 102%. По сравнению с бюджетом, больше запланированного финансировались амбулаторное и дневное лечение. Что касается стационарной помощи врача-специалиста, то здесь бюджет остался недовыполненным – вместо стационарного лечения больше осуществляли амбулаторное и дневное лечение, что со всех сторон является положительным трендом. В начале 2014 года состоялся отборочный конкурс договорных партнёров в помощи врача-специалиста, новый договорный период выбранных партнёров начался 1 апреля. В учреждениях, с которыми договор на новый период не был заключён, финансировали лечение зарегистрированных в очереди на лечение лиц всего на 1,3 миллиона евро. В качестве переработки представили 42 тысячи амбулаторных случаев, тысячу случаев дневного лечения и почти 7 тысяч случаев стационарного лечения – переработка финансировалась на сумму 6,7 миллиона евро.

В сестринской помощи запланированный бюджет превышен в связи с необходимостью выровнять и улучшить доступность услуги домашнего сестринства по уездам. Существенное влияние на выполнение бюджета оказал также проведённый в I полугодии отборочный конкурс договорных партнёров. В лечебных учреждениях, с которыми договор на новый период не был заключён, финансировали лечение находившихся в очереди на лечение пациентов в объёме 0,5 миллиона евро.

Что касается лечения зубов, то число детей, которым Больничная касса финансировала в 2014 году лечение и/или предупреждение болезней зубов, по сравнению с предыдущим годом выросло на 1100 детей, или на 0,8%. Средняя стоимость случая лечения была ниже запланированной в бюджете – бюджет расходов выполнен на 97%.

1.1 Профилактика заболеваний

Профилактика заболеваний – важная часть услуг здравоохранения, целью которых является привлечение здоровых людей к исследованиям здоровья, скрининговым обследованиям населения или предупредительным медицинским услугам, чтобы предупредить или снизить частоту появления болезней, которых можно избежать, а также снизить потребность во врачебной помощи.

Профилактикой заболеваний занимается почти каждый работник здравоохранения в рамках своей обычной работы как в помощи семейного врача, врача-специалиста так и сестринской помощи. Больничная касса поддерживает дополнительно профилактику болезней работой на основе проекта, где важны привлечение специфической целевой группы и скоординированное руководство. Мы постоянно считаем важным продолжение доказательных скрининговых онкологических обследований на основе программы, в том числе, запуска скринингового обследования колоректального рака с учётом как доказательности, затратоэффективности, международного опыта, так и организации здравоохранения в Эстонии. В вопросе скрининговых обследований и профилактических услуг мы регулярно оцениваем целесообразность основанного на проекте подхода, и как часть обычной системы – возможности и обоснованность интегрирования. Например, проект профилактической дородовой диагностики наследственных болезней, начиная с 2014 года, а также исследование слуха у новорождённых, обследования на фенилкетонурию и гипотиреоз, начиная с 2015 года, интегрированы в систему здравоохранения, и оказание услуги продолжится в общем порядке (см. таблицу 7).

Таблица 7. Выполнение бюджета профилактики заболеваний в тысячах евро и число участвовавших в проектах

	2013 фактически		2014 бюджет		2014 фактически		Выполнение бюджета	
	Сумма	Число участников	Сумма	Число участников	Сумма	Число участников	Сумма	Число участников
Школьное здравоохранение	3 648	147 297	4 075	150 215	4 039	150 499	99%	100%
Развитие репродуктивного здоровья молодёжи	973	32 345	1 061	34 000	1 049	31 871	99%	94%
Раннее обнаружение рака груди	937	34 550	1 025	35 000	954	35 239	93%	101%
Раннее обнаружение рака шейки матки	224	13 910	283	18 000	238	14 702	84%	82%
Обследования на фенилкетонурию и гипотиреоз	191	13 632	204	14 500	192	13 559	94%	94%
Исследования слуха новорожденных	280	13 764	300	14 500	272	14 273	91%	98%
Медицинское обследование молодых спортсменов	603	9 198	700	10 000	621	8 984	89%	90%
Прочая профилактическая деятельность	0	0	0	0	226	0	-	-
Дородовая диагностика наследственных болезней*	374	1 470	0	0	0	0	-	-
Всего	**7 230**	**266 166**	**7 648**	**276 215**	**7 591**	**269 127**	**99%**	**97%**

*Деятельность по проекту дородовой диагностики наследственных болезней, начиная с 2014 года, интегрирована в помощь врача-специалиста.

В 2014 году финансировали проекты предупреждения болезней на 7,6 миллиона евро, запланированный бюджет выполнен на 99,3%. Немного меньше запланированного было число участвовавших в проекте укрепления репродуктивного здоровья молодёжи, а также не выполнен план по медицинскому обследованию молодых спортсменов, что связано с возрастным составом населения (т. е. уменьшением целевой группы).

Наибольшую долю бюджета предупреждения болезней составляла услуга школьного здравоохранения, при оценке потребности в которой исходили из статистики Министерства образования и науки о численности учащихся. В 2014 году были оказаны услуги школьного здравоохранения в 600 учебных заведениях 320 оказывающими услугу. Важна роль школьной медсестры, о чём свидетельствует, помимо оказания профилактических услуг здравоохранения, также число индивидуально обратившихся к школьной сестре учащихся, достигшее в различных регионах от 40% до 65% от числа учащихся.

В 2014 году в школе для учащихся с особыми потребностями оказали услуги 2300 учащимся. Больше всего использовались услуги консультаций как непосредственно, так и по телефону, следующей по количеству обращений к школьной медсестре в образовательных школах для детей с особыми потребностями идёт помощь в приёме различных лекарств.

Исходными целями консультирования молодёжи в области репродуктивного здоровья и проекта предупреждения инфекций, передаваемых половым путём, было достижение 20% первичных обращений и 6% обращений юношей. Доля первичных обращений составила 22% от всех обращений. В кабинетах консультирования молодёжи приёмы по поводу предотвращения передаваемых половым путём болезней составили 41%, сексуальные консультации (в т, ч. контрацепция) 39% и выдача повторных рецептов 19% от общего числа приёмов. Принимаются дополнительные меры для повышения вовлечённости юношей, сейчас 16,7% первичных посещений кабинетов для молодёжи – это юноши, что составляет 7,6% от общего числа посетителей.

Объёмы проектов раннего обнаружения рака груди и шейки матки связаны с дальней целью достичь не менее 70% степени участия приглашённых на скрининговые обследования по поводу рака груди и шейки матки женщин, так как при таком уровне начинает согласно данным литературы проявляться доказательное позитивное влияние на общую смертность.

В 2014 году число участвующих в проекте раннего обнаружения рака груди выросло на 700 женщин (изменение, по сравнению с предыдущим годом, +2%), в проекте раннего обнаружения рака матки – на 800 женщин (изменение, по сравнению с предыдущим годом, +6%).

Коммуникация скрининговых обследований в 2014 году была спланирована с небольшими отличиями, по сравнению с предшествовавшими годами. Для повышения общей осведомлённости мы публиковали пресс-релизы, и в крупнейших ежедневных газетах появились статьи о важности скрининговых обследований. Поскольку охват обследованиями ниже в крупных городах, то мы выставили плакаты с годами рождения приглашённых в наружной рекламе и впервые использовали для оповещения о скрининговых обследованиях радиоканалы. Исходя из результатов 9 месяцев, мы спланировали дополнительно коммуникацию в регионы, где охват обследованиями был ниже.

Интерес к участию в скрининговом обследовании по поводу рака груди могли повысить также отображённые в СМИ откровенные истории известных людей о борьбе с раком груди.

Целевая группа обнаружения рака груди, по сравнению с прежними годами, осталась прежней (50-62 года). Поступило предложение расширить входящую в скрининговое обследование по поводу рака груди возрастную группу, но этому должен предшествовать дополнительный анализ ожидаемой пользы для здоровья, сопутствующих расходов, и также должны быть улучшены организация скрининговых обследований и общее качество данных. Начиная со II квартала 2015 года, приглашение женщин будет организовывать Онкологический регистр скрининговых обследований. Расходы Больничной кассы связаны, прежде всего, с финансированием оказания услуги, которое поддержит необходимую для достижения охвата целевых групп оповестительскую работу и эффективность обратной связи для семейных врачей. Мы постоянно отмечаем роль семейных врачей в повышении активности целевой группы в участии в скрининговых обследованиях (см. рисунок 8).

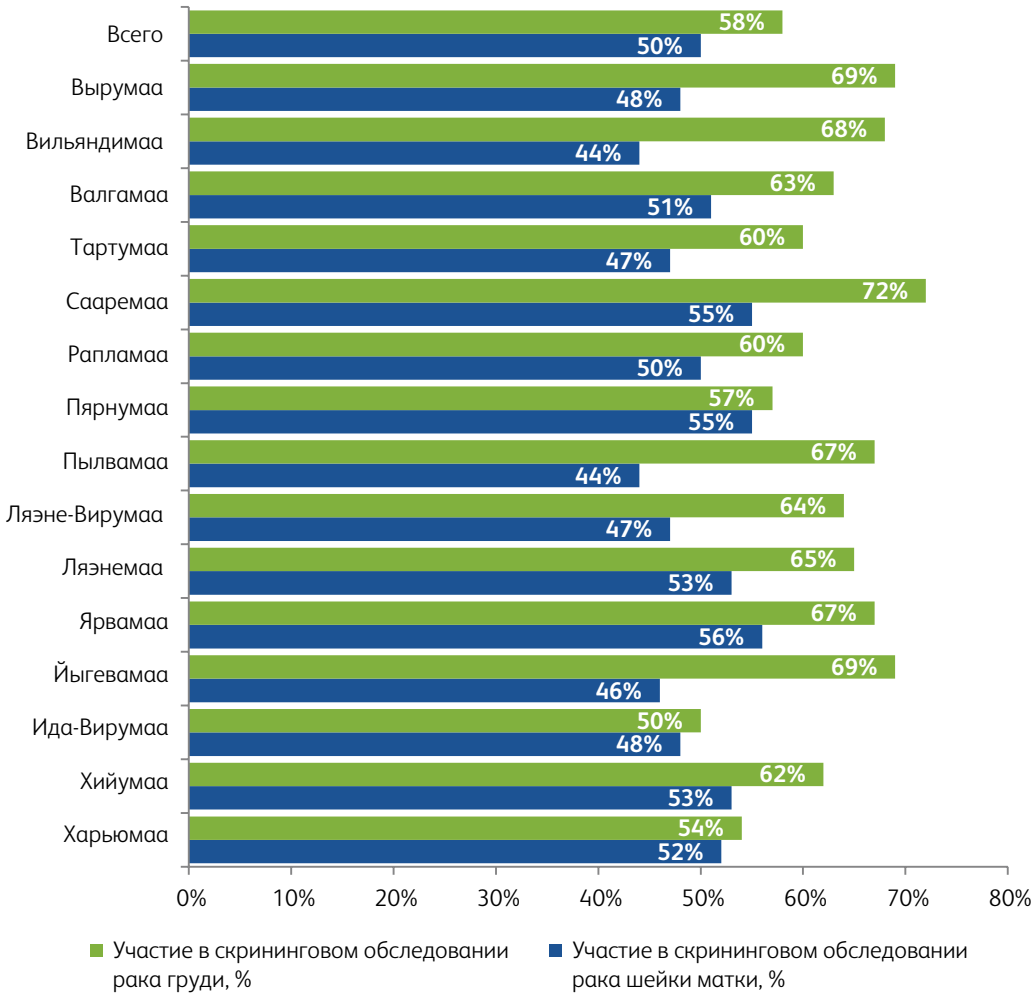


Рисунок 8. Участие в 2014 году в скрининговом обследовании рака груди и рака шейки матки на основании списков семейных врачей в разбивке по уездам

Главной целью проекта скринингового обследования новорождённых на фенилкетонурию и гипотиреоз является возможно раннее обнаружение нарушения обмена веществ у новорожденных и, как следствие, предупреждение вызванных поздним обнаружением поражений головного мозга и становления инвалидом. Цель также заключается в управлении уровнем фенилаланина у больных фенилкетонурией. Проектом были охвачены 19 оказывающих услугу здравоохранения подразделений, в т. ч. родильные отделения и отделения новорождённых и интенсивной терапии детских больниц. В течение 2014 года из протестированных новорожденных в ходе скрининга диагностировали двух больных гипотиреозом детей и одного больного фенилкетонурией.

Основанием оценки результативности проекта проверки слуха новорожденных было на протяжении лет снижение возраста обнаружения расстройств слуха и возможно раннее начало реабилитации. В 2014 году диагностировано снижение слуха у 36 детей. Тяжёлое или очень тяжёлое снижение слуха диагностировано у восьми детей.

Медицинское обследование молодых спортсменов направлено на молодёжь 9-19 лет, которая регулярно занимается спортом, помимо школьных уроков физкультуры, не менее 6 часов в неделю. Повысилась эффективность направленности деятельности молодых спортсменов, потребность в контроле здоровья которых выше (интенсивность занятий спортом, возраст, предшествовавшие медицинские обследования). В части предельного возраста участвующих в проекте медицинского обследования молодых спортсменов внесено предложение сузить возрастные границы до 12-19 лет (соответствующий показатель аналогичен возрастным границам других европейских государств в части дополнительных медицинских обследований). Что касается возможного изменения возрастных границ, то необходим более тщательный анализ потребности и влияния. В

последующие годы нужно оценить целесообразность проекта и длительные перспективы. В 2015 году планируется приступить к оценке процесса и результативности проекта.

Прочая профилактика. В 2014 году начат проект сотрудничества Больничной кассы со Всемирным банком, чтобы проанализировать возможности развития системы здравоохранения Эстонии («Estonia – Toward Integrated Health Care»). В 2014 году в фокусе анализа был подход к находящемуся в центре первичного уровня пациенту, при этом оценивались соблюдение принципов интегрированного лечения (на правильном ли уровне системы здравоохранения оказывается услуга, и скоординировано ли лечение между различными уровнями, и является ли преемственным) во всей системе здравоохранения.

Подготовка к скрининговому обследованию для раннего обнаружения рака кишечника

В октябре месяце 2014 года был подготовлен составленный по предложению Больничной кассы рапорт оценивания технологии здоровья «Затратоэффективность скринингового обследования на колоректальный рак». Рапорт составил Институт здравоохранения Тартуского университета при поддержке Европейского Союза в рамках программы повышения эффективности наук здравоохранения TerVE. Подготовленный рапорт дал теоретическую отправную точку доказательности планируемых скрининговых обследований.

Запуск скрининга колоректального рака в 2016 году является приоритетом Больничной кассы Эстонии. Искомое скрининговое обследование будет первым, которое планируется начать на основе регистра. Важно сотрудничество между всеми клиническими сторонами (первичный уровень, лаборатория, врачи-специалисты) при организации логистики движения пациента и медицинских услуг. По инициативе Больничной кассы в 2014 году возродили многодисциплинарную рабочую группу, цель которой – предлагать экспертную поддержку в подготовительных действиях к запуску скринингового обследования колоректального рака на основе населения. Главные задачи рабочей группы связаны с практическими шагами, которые позволят планировать центральную роль первичного уровня программы скринингового обследования колоректального рака, связывающие сбор данных скринингового обследования колоректального рака с дополнительным модулем Онкологического регистра скрининговых обследований и дающие вход для решения логистических вопросов.

1.2 Помощь врача общей практики

Наибольшим изменением в 2014 году было применение дополнительных плат в финансировании семейного врача в нерабочее время, принятие на вооружение фонда деятельности, а также добавление направляемых на услугу э-консультации специальностей. Больничная касса считает важным укрепление первичного уровня в Эстонии, и, исходя из этого, в течение года были разработаны важные новшества в финансировании, чтобы обеспечить хорошо действующую и постоянную помощь семейного врача.

На выполнение бюджета 2014 года наибольшее влияние оказал рост предельных цен подушных денег в составе зарплаты и в составе ИТ-расходов. Кроме того, начиная с 2014 года, выросли предельные цены услуги для базовых денег семейного врача. С начала 2014 года производится также финансирование семейных врачей из отдельного фонда деятельности с целью мотивации ручной деятельности семейного врача. В качестве новой услуги на первичном уровне организованы приёмы в нерабочее время.

В 2014 году помощь семейного врача финансировалась на сумму 82,2 миллиона евро. По сравнению с 2013 годом, рост финансирования обусловлен, преимущественно, использованием дополнительной платы второй семейной сестры, увеличением подушных денег и базовых денег. Помимо этого, на объём финансирования помощи семейного врача существенно повлияло дифференцирование финансирования первичного уровня в виде фонда деятельности и внеурочных приёмов. Повысилась также сумма доплаты за качество, поскольку всё больше семейных врачей добились положительного результата в системе качества (см. таблицу 8).

Таблица 8. Выполнение бюджета врача общей практики, в тысячах евро

	2013 фактически	2014 бюджет	2014 фактически	Выполнение бюджета
Базовые деньги	9 037	9 524	9 497	100%
Доплата за удалённость	486	486	467	96%
Доплата за вторую семейную сестру	1 830	3 539	2 994	85%
Подушные деньги всего	47 439	50 740	50 455	99%
Подушные деньги за застрахованных в возрасте до 3 лет	2 729	2 875	2 778	97%
Подушные деньги за застрахованных в возрасте 3-6 лет	3 082	3 306	3 289	99%
Подушные деньги за застрахованных в возрасте 7-49 лет	19 893	21 280	21 049	99%
Подушные деньги за застрахованных в возрасте 50-69 лет	12 741	13 693	13 746	100%
Подушные деньги за застрахованных старше 70 лет	8 994	9 586	9 593	100%
Фонд исследований	15 336	18 082	16 419	91%
Фонд деятельности	0	500	358	72%
Доплата за качество	1 246	1 367	1 389	102%
Доплата за нерабочее время	0	431	137	32%
Телефон консультаций	714	552	532	96%
Резерв помощи врача общей практики*	0	200	0	0%
Всего	**76 088**	**85 421**	**82 248**	**96%**

*В резерв помощи врача общей практики в бюджете запланированы средства для наблюдения за беременностью и вскрытий, что в выполнении бюджета отображается в строке фонда исследований.

Финансирование помощи семейного врача стало более дифференцированным: по-прежнему наибольшую часть составляют подушные деньги (61%), однако их доля во всём финансировании помощи семейного врача, по сравнению с 2013 годом, уменьшилась на 1%. Доля фонда исследования от всего бюджета составила 20%, а доля базовых денег – 12%. Доплата второй семейной сестре составляет 4% от выполнения бюджета помощи семейного врача, что на 2% больше, чем в 2013 году. Доля доплаты за качество (2%) осталась на уровне 2013 года. Телефон консультации помощи семейного врача 1220 и доплата за удалённость составляют 1% от выполнения бюджета помощи врача общей практики. Фонд деятельности и доплаты за приёмы в нерабочее время стали применяться с 2014 года, и в первый год использование этих услуг оставалось незначительным.

Общее число списков в 2014 году выросло на 3, и число застрахованных в списках уменьшилось в расчёте на список в среднем на 23 человека. Число застрахованных в списках, за кого заплатили подушные деньги, по сравнению с предыдущим годом, уменьшилось по Эстонии всего на 14 тысяч человек (см. таблицу 9). Оказывающих услугу здравоохранения помощи врача общей практики всего 467. Из них 26% – групповые практики с несколькими списками, а 74% – отдельные списки.

Число списков ниже предельной величины, в районе обслуживания которых проживают менее чем 1200 человек, и по которым Больничная касса платит подушные деньги за 1200 человек, по сравнению с предыдущим годом осталось прежним (19 списков). Всего выплачиваются дополнительно подушные деньги за 11 000 человек.

Базовые деньги – это выплачиваемая семейному врачу ежемесячная плата, цель которой – покрытие аренды помещения семейным врачом, коммунальные и транспортные расходы. В течение года уплачены базовые деньги по 56 спискам семейным врачам с несколькими местами приёма с коэффициентом 1,5.

Рост подушных денег на 6%, по сравнению с 2013 годом, исходит из увеличения предельной цены подушных денег в 2014 году в связи с соглашением по зарплате медицинских работников. Число застрахованных, за которых выплачиваются подушные деньги, по сравнению с 2013 годом, уменьшилось на 1%.

На основе фонда исследований финансируются оказываемые пациентам семейными врачами обследования и процедуры. Финансирование фонда исследований выросло, по сравнению с 2013 годом, на 7%. Средний процент фонда исследований от подушных денег вырос в 2014 году с 32% до 33%, но следует иметь в виду, что существенно повысил запланированный денежный объём фонда исследований также рост предельной цены подушных денег. Выполнение фонда исследований в 2014 году осталось на уровне 2013 года (среднее выполнение 91%). Недовыполнение фонда исследований исходит из разной практики семейных врачей при направлении пациентов на обследования и может зависеть также от возрастного состава списка, поскольку потребности в обследованиях могут по возрастным группам отличаться. По состоянию на конец года, фонд исследований превысили 7% договорных партнёров, при этом выполнение фонда исследований у 21% договорных партнёров было ниже 80%. В 2014 году счета Больничной кассе за переработку фонда исследований представили 27 оказывающих услугу всего на сумму 22 тысяч евро.

Фонд деятельности применяется семейными врачами, начиная с 2014 года. Цель фонда деятельности – поддержать оставление на первичном уровне деятельности, находящейся в компетенции семейного врача. Исходя из этого, из фонда исследований переведены в фонд деятельности те услуги, которые семейные врачи оказывают сами (услуги, связанные с хирургическими манипуляциями и гинекологией). Следовательно, все семейные врачи, которые желают этого и имеют достаточно компетенции на это, могут выполнять хирургические манипуляции и гинекологические процедуры, чтобы денежный объём фонда исследований их при этом не ограничивал. Фонд деятельности финансируется на базе услуги, и, исходя из этого, в расходах фонда деятельности отражается также услуга э-консультации, а также выполняемые семейным врачом вскрытия. В 2014 году использовали больше всего услуги фонда деятельности в пересчёте на список семейные врачи Пярнуского региона – как объём оказанных услуг в пересчёте на список, так и расходы фонда деятельности в Пярнуском регионе наибольшие. Из услуг больше всего использовали перевязки ожоговых больных и другие хирургические процедуры.

Для того чтобы сотрудничество между врачами-специалистами и семейными врачами проходило более эффективно, семейные врачи, начиная с 2013 года, могут при помощи услуги э-консультации спросить совета у врача-специалиста и рекомендации по лечению электронным путём. В 2013 году начали оказывать услуги по специальностям урологии и эндокринологии, а в 2014 году были добавлены пульмонология, ревматология и оториноларингология. Использование э-консультации в 2014 году было значительно меньше ожидаемого. Больничная касса финансировала всего 990 э-консультаций на сумму 25 тысяч евро. В 2014 году больше внимания было уделено развитию э-консультации, а также присоединению больниц Южной Эстонии к оказанию услуги э-консультации.

Получающих доплату за удалённость списков всего 186, из них 129 находятся на удалении 20-40 км от ближайшей больницы, а 57 – на удалении более 40 км от ближайшей больницы. Число получающих доплату за удалённость уменьшилось на четыре списка, по сравнению с тем же периодом прошлого года.

Запуск услуги второй семейной сестры в 2013 году прошёл намного успешнее ожидаемого. Исходя из этого, планировали продолжение роста в 2014 году, однако рост был всё же медленнее прогнозируемого. Для Больничной кассы важно, чтобы и в дальнейшем росло число списков, которые считают лучшим обслуживающим список вторую семейную сестру. Согласно обратной связи семейных врачей, наибольшим препятствием ходатайства о второй семейной сестре за дополнительную плату является несоответствие требованиям помещений.

Таблица 9. Число списков семейных врачей, число застрахованных лиц в списке, а также число приёмов в нерабочее время.

	2013 фактически	2014 фактически	Изменение, по сравнению с 2013 годом
Число списков			
Число списков	801	804	0%
Число списков, получающих доплату за удалённость	190	186	-2%
Число списков, получающих доплату за вторую семейную сестру	182	236	30%
Средняя величина списков (число застрахованных в списке)	1 563	1 540	-1%
Число лиц			
Всего лиц, за которых уплачены подушные деньги	1 251 810	1 237 832	-1%
застрахованных лиц в возрасте до 3 лет (предельная цена подушных денег 5,53 евро в месяц)	41 849	39 639	-5%
застрахованных лиц в возрасте 3-6 лет (предельная цена подушных денег 4,14 евро в месяц)	63 092	62 726	-1%
застрахованных лиц в возрасте 7-49 лет (предельная цена подушных денег 2,57 евро в месяц)	656 113	644 886	-2%
застрахованных лиц в возрасте 50-69 лет (предельная цена подушных денег 3,47 евро в месяц)	310 961	312 133	0%
застрахованных лиц старше 70 лет (предельная цена подушных денег 4,24 евро в месяц)	179 795	178 448	-1%
Число приёмов в нерабочее время			
Приёмы семейного врача в нерабочее время	0	4 462	-
Приёмы семейной сестры в нерабочее время	0	4 960	-
Число разговоров по телефону консультаций			
Число разговоров	236 674	246 526	4%

Число участвующих в системе качества семейного врача, начиная с 2007 года, постоянно увеличивалось, при этом в последние годы удельный вес участников оставался на прежнем уровне (97%). Результаты системы качества семейного врача подытоживаются раз в год на основе деятельности предыдущего года. На основании результатов 2013 года выплачена в 2014 году максимальная дополнительная плата за результативную работу по профилактике заболеваний и наблюдению за хроническими больными 435 семейным врачам, за дополнительную специальную компетенцию выплачена доплата 147 семейным врачам.

На рисунке 9 приведены доли участвовавших в системе качества и достигших результата, а также доли не достигших результата в 2006–2013 годах.

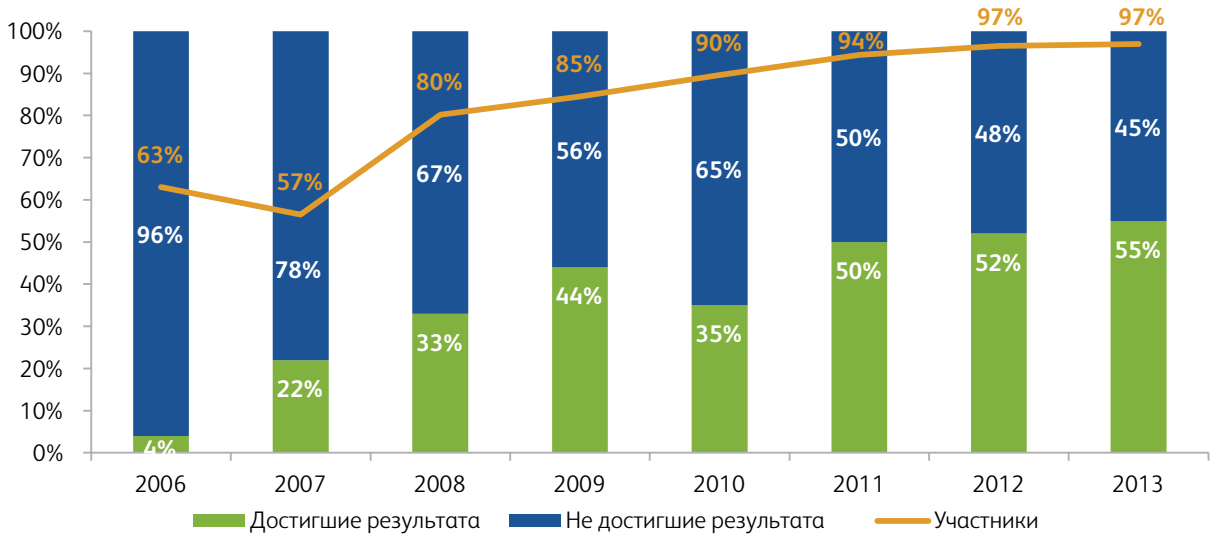


Рисунок 9. Доли участвовавших в системе качества и достигших результата списков в 2006-2013

Приёмы в нерабочее время вошли в практику с 2014 года. Из заказанного Больничной кассой опроса об удовлетворённости населения выяснилось, что люди ожидают введения приёмов врача и в вечернее время. Исходя из этого, Больничная касса добавила в перечень услуг здравоохранения новые услуги, позволяющие платить семейному врачу и семейной сестре за приёмы, проведённые в нерабочее время. Хотя востребованность услуги в 2014 году оказалась меньше прогнозируемой, внедрение новой услуги является одним из способов повышения доступности помощи семейного врача. В 2014 году возможностью приёмов в нерабочее время воспользовались семейные врачи и семейные сёстры Харьюского (23 списков) и Вируского (8 списков) регионов. Врачам часы приёмов в нерабочее время финансировались по 31, а сёстрам – по 30 спискам. В 2015 году Больничная касса планирует информировать о возможностях оплаты приёма в нерабочее время.

Число визитов помощи врача общей практики суммарно выросло, по сравнению с данными 2013 года. С учётом полученных Больничной кассой данных видна тенденция роста числа приёмов медицинской сестрой, одной из причин которой, несомненно, является введение доплаты второй семейной сестре с 2013 года. Число визитов к семейным врачам также выросло, по сравнению с 2013 годом. Доля застрахованных лиц, побывавших у семейного врача, в последние годы находилась в пределах от 75% до 80% (см. таблицу 10).

Таблица 10. Число приёмов семейного врача и семейной сестры в 2008-2014 годах

	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	2014
Приёмов семейного врача	4 368 668	4 182 361	3 994 334	4 411 214	4 523 318	4 425 781	4 472 867
Приёмов семейной сестры	370 853	418 305	480 269	535 240	592 690	892 307	1 077 126
Профилактических приёмов	450 309	387 782	394 360	363 182	326 747	301 812	297 241
Приёмов всего	**5 189 830**	**4 988 448**	**4 868 963**	**5 309 636**	**5 442 755**	**5 619 900**	**5 847 234**
Побывавших на приёме лиц	983 466	973 129	957 090	981 575	973 882	986 213	987 635
Число лиц в списке семейного врача	1 286 597	1 280 795	1 271 082	1 255 971	1 247 223	1 251 810	1 237 832
Доля побывавших у семейного врача лиц из находящихся в списках семейного врача лиц	76%	76%	75%	78%	78%	79%	80%

*Данные скорректированы, по сравнению с отчётом 2013 года

Выполнение бюджета 2014 года телефона консультации семейного врача 1220, по сравнению с 2013 годом, уменьшилось на 25%, что обусловлено тем, что в 2013 году были скорректированы в соответствии с фактическим данными как предельная цена разговоров по телефону консультации, так и фиксированная месячная плата круглосуточной готовности. Позитивным

трендом можно считать, что в 2014 году объём разговоров вырос, по сравнению с 2013 годом, на 4%. Резкое увеличение числа разговоров произошло в начале года, что было обусловлено как проведённой в I квартале кампанией с целью повышения осведомлённости людей о возможностях системы здравоохранения первичного уровня, в т. ч. о телефоне консультации семейного врача, так и сезонным ростом заболеваемости вирусными болезнями. На рисунке 10 показан объём оказания услуг 2014 года в разбивке по месяцам.

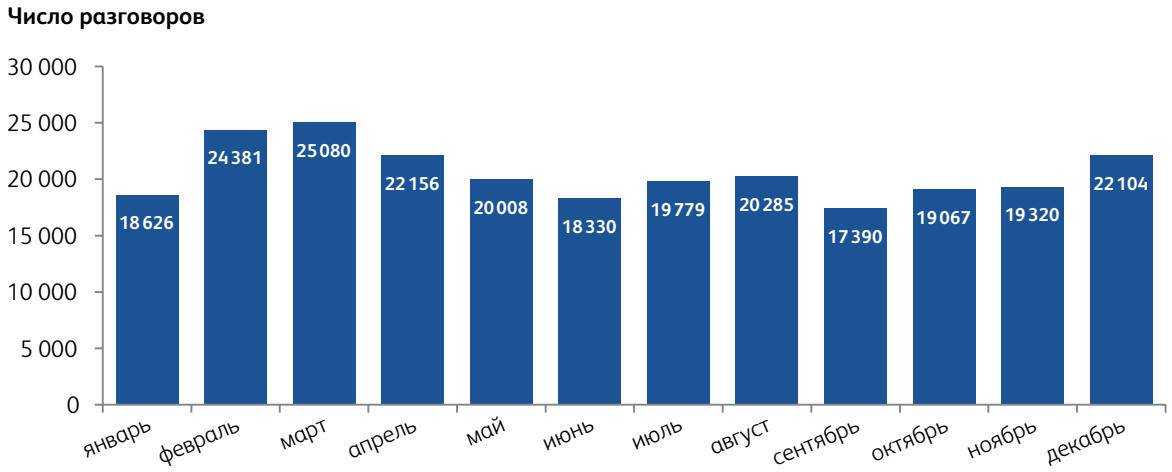


Рисунок 10. Число разговоров телефона консультации в разбивке по месяцам в 2014 году

В 2014 году уменьшилась доля пропавших разговоров (в 2013 году 4%, в 2014 году 3,4%), также сократилось время ожидания разговоров. Доступность услуги телефона консультации 1220 повысилась, благодаря принятой к исполнению в последнем квартале 2014 года новой программы обслуживания разговоров Solidus, обеспечивающей качественный рост и гибкость при управлении очередями.

Доступность помощи врача общей практики

Больничная касса регулярно контролирует доступность помощи семейного врача, исходя из рабочей инструкции семейного врача, согласно которой пациент с острым расстройством здоровья должен попасть на приём в день обращения, другие пациенты – в течение пяти рабочих дней. Цель проверок – оценить дополнительно, обеспечивают ли семейные врачи пациенту доступ к помощи семейного врача, исходя их правовых актов, и на условиях заключённого с Больничной кассой договора. В течение 2014 года контролю со стороны Больничной кассы подверглись 272 списка.

Острое расстройство здоровья представляет собой состояние, при котором откладывание оказания помощи семейного врача может стать причиной ухудшения состояния здоровья пациента или обострения болезни. Все пациенты с острым расстройством здоровья попали на приём к семейному врачу в день обращения. Пациенты с неострым расстройством здоровья попадали на приём к семейному врачу в течение пяти рабочих дней в 99% проверенных случаев. 92% пациентов попадали на приём в течение трёх рабочих дней. Следовательно, можно сказать, что доступность помощи семейного врача, по сравнению с предыдущим годом, осталась на том же уровне. Как общая оценка – доступность помощи семейного врача в Эстонии очень хорошая.

Из проконтролированных списков оценили организацию работы очень хорошей в 16%, в основном хорошей в 70%, удовлетворительную оценку получили 12% списков и неудовлетворительную оценку 2% (5 проконтролированных списков). При обнаружении недостатков фиксировали необходимость их устранения. Большинство недостатков можно было устранить уже в ходе посещения. Сочли необходимость последующего контроля со стороны Больничной кассы для 22 списков.

1.3 Помощь врача-специалиста

В бюджете помощи врача-специалиста запланирован, по сравнению с тем же периодом прошлого года, рост финансирования на 41 миллион евро. В части случаев лечения целью бюджета было сохранение доступности услуг здравоохранения, по меньшей мере, на уровне 2013 года, в бюджете запланирован рост на 33 тысячи случаев лечения. При планировании бюджета учитывали вступившие в силу с 01.01.2014 года изменения перечня услуг здравоохранения, в т. ч. исходящее из заключённого в 2012 году коллективного соглашения между профессиональными союзами работников здравоохранения и Союзом больниц Эстонии повышение зарплаты, а также повышенных по ходатайству Союза больниц административных и прочих расходов.

Сумма бюджета выполнена на 101%, а по случаям лечения – на 102%. По сравнению с предыдущим годом, финансирование помощи врача-специалиста увеличено на 47 миллионов евро, случаи лечения финансировались на 88 тысяч больше, чем в предыдущем году (см. таблицу 11).

Таблица 11. Выполнение бюджета помощи врача-специалиста в тысячах евро и число случаев лечения по типам лечения

	2013 фактически		2014 бюджет		2014 фактически		Выполнение бюджета	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
Помощь врача-специалиста всего	**466 739**	**3 182 139**	**512 654**	**3 216 846**	**518 764**	**3 272 491**	**101%**	**102%**
амбулаторная всего	162 975	2 882 795	183 737	2 921 659	188 659	2 971 371	103%	102%
дневное лечение всего	30 878	67 740	31 748	66 839	34 600	71 912	109%	108%
стационарная всего	272 886	231 604	297 169	228 348	295 505	229 208	99%	100%
Плата за готовность	**9 694**	**380**	**10 280**	**380**	**10 280**	**380**	**100%**	**100%**
Услуги здравоохранения центральной закупки*	**5 128**	**1 921**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-**	**-**
Всего	**481 561**	**3 184 440**	**522 934**	**3 217 226**	**529 044**	**3 272 871**	**101%**	**102%**

*Финансировавшиеся ранее через центральную закупку услуги здравоохранения не рассматриваются с 2014 года по отдельности, а финансировались через специальности помощи врача-специалиста.

При составлении бюджета амбулаторной помощи учитывали частичное перемещение услуг дневного лечения в амбулаторное лечение, а также рассмотрение в амбулаторном лечении более сложных случаев заболевания, чем прежде. В связи с этим в бюджете было запланировано возможное подорожание амбулаторного случая лечения. На практике амбулаторные случаи лечения дорожали быстрее, чем предполагалось. По сравнению с прошлым годом, в амбулаторном лечении возросло, в первую очередь, число лабораторных исследований, обследований и процедур, лекарств, а также разов применения продуктов крови. Число амбулаторных приёмов на один случай лечения возросло на 2%, но при этом на получившее одно лечение лицо представлено на 2,4% больше амбулаторных счетов за лечение, чем в прошлом году. Число застрахованных, воспользовавшихся амбулаторной помощью врача-специалиста, выросло, по сравнению с предыдущим годом на 0,6%.

Бюджет дневной помощи планировали при условии, что часть случаев дневного лечения перейдёт в амбулаторное лечение, в то же время в дневное лечение добавится большинство рассматривавшихся в качестве центральной закупки случаев лечения. Для средней стоимости случая лечения учитывали дополнительные услуги центральной закупки (относительно дороже среднего случаи лечения). При составлении бюджета полагали, что число случаев дневного лечения не увеличится – на практике число случаев дневного лечения выросло по всем основным специальностям, по сравнению с предыдущим годом, и средний прирост составил 6%. Средняя стоимость случая лечения была чуть выше, чем было запланировано в бюджете.

При планировании случаев стационарного лечения предполагали, что быстрый спад последних лет затормозится. Бюджет случаев лечения выполнен на 100%, средняя стоимость случая лечения была ниже запланированной. На недовыполнение бюджета стационарного лечения больше всего повлияло меньшее, чем было запланировано, использование стационарных услуг лечения по онкологической специальности – движение в онкологии между типами лечения было быстрее спрогнозированного, вместо стационарного лечения представили больше счетов за амбулаторное и дневное лечение.

Структурное подорожание случаев лечения помощи врача-специалиста (изменение использования услуг в рамках одного случая лечения, оцениваемого в соизмеримых ценах) было в помощи врача-специалиста всего +0,3%, в т. ч. в амбулаторном лечении +2,5%, в дневном лечении +2,6% и в стационарном лечении +2,4%. На показатель структурного подорожания влияют, помимо движения лечения между типами лечения, также число представляемых случаев лечения в расчёте на одного получившего лечение пациента. На одного получившего лечение пациента представлено в 2014 году в помощи врача-специалиста на 2,3% больше счетов за лечение, чем в предыдущем периоде.

Для обеспечения доступности в начале года увеличили количество заключённых в начале года договоров, в т. ч. правление Больничной кассы приняло решение во II полугодии увеличить количество договоров об амбулаторной помощи врача-специалиста всего в Харьюмаа в денежном объёме в размере 640 тысяч евро и 14 тысяч случаев лечения. При увеличении количества договоров исходили из использования застрахованными услуги в первом полугодии в разбивке по уездам, несоответствия обещанному времён ожидания лечения партнёров и возможностей лечебных учреждений. Дополнительно увеличили во II полугодии, исходя из возросшей потребности, договоры об оплате гемодиализа в денежном объёме на 342 тысячи евро (134 случая лечения).

Перенятие обязанности оплаты услуг лечения, оказанных сверх объёма договора. Начиная с 2014 года, Больничная касса платит на тех же принципах, как и больницам плана развития больничной сети (ПРБС), также выбранным партнёрам. За услуги лечения, оказанные сверх объёма договора, перенимается обязанность оплаты вместо прежнего одного раза два раза в год. Коэффициент оплаты в амбулаторном лечении и дневном лечении вырос – для сумм, не превышающих 5% денежного общего объёма договора, оплачиваются счета за лечение, представленные за услуги лечения, оказанные сверх объёма договора, вместе прежнего коэффициента 0,3 с коэффициентом 0,7.

Доля превышающих объём договора, оплаченных с коэффициентом услуг лечения в финансировании помощи врача-специалиста была в 2014 году в части случаев лечения – 2%, в части суммы – 1%. С коэффициентом оплачены 50 тысяч случаев лечения общей стоимостью 6,7 миллиона евро. В амбулаторном лечении в качестве оказанных сверх объёма договора услуг лечения оплатили 42 тысячи случаев лечения на 3,0 миллиона евро, в дневном лечении за одну тысячу случаев лечения заплатили 400 тысяч евро, в стационарном лечении за 7 тысяч случаев лечения заплатили 3,4 миллиона евро. Больницы плана развития больничной сети представили счета за лечение за превышающие объём договора услуги лечения на 6,5 миллиона евро, выбранные партнёры – на 0,2 миллиона евро.

Отборочный конкурс договорных партнёров. 31.03.2014 год закончились заключённые в помощи врача-специалиста, помимо больниц ПРБС, договоры с дополнительными партнёрами. В связи с этим Больничная касса провела новый отборочный конкурс, и с 01.04.2014 начался новый договорный период с выбранными партнёрами. С лечебными учреждениями, с которыми на новый договорный период в соответствии со специальностью и местом оказания услуги договор не заключался, договорились о финансировании незаконченного лечения и лечения зарегистрированных в очередях на лечение лиц. На основании заключённых договоров о перекупке очередей на лечение в 2014 году заплатили за 12 тысяч случаев лечения 1,3 миллиона евро.

Доступность помощи врача-специалиста

По очередям на лечение за помощью врача-специалиста, сестринской помощью и лечением зубов лечебные учреждения представляют больничной кассе регулярные отчёты. Больницы плана развития больничной сети (ПРБС) подают ежемесячные обзоры фактического времени ожидания плановых амбулаторных приёмов в предыдущем месяце (ретроспективный отчёт об очередях на лечение), а также отчёт о предстоящих очередях на лечение – число ожидающих приёма в очередях за помощью врача-специалиста, сестринской помощью и на лечение зубов по состоянию на 1-е число, а также время ожидания до свободного времени приёма. Выбранные партнёры представляют раз в квартал отчёт о предстоящих очередях на лечение. Дополнительно контролируются очереди на лечение также посещением на местах и на основе отдельного случая – в 2014 году доверенные врачи Больничной кассы проконтролировали ведение очередей всего 170 посещениями на местах в 160 лечебных учреждениях. Крупнейшие лечебные учреждения контролировали в течение года несколько раз, в т. ч. провели в центральной и региональных больницах в мае/июне и ноябре/декабре контроль длительных времён ожидания. Итоги этих проверок опубликованы также на домашней странице Больничной кассы:

- контроль длительных времён ожидания в мае и июне 2014 года[3];
- картографирование ситуации доступности в ноябре и декабре 2014года.

На основании представленных Больничной кассе отчётов об очередях на лечение 01.01.2015 в очередях на лечение за помощью врача-специалиста было зарегистрировано всего 181 тысяча приёмов (см. таблицу 12).

Таблица 12. Зарегистрированные приёмы очередей на лечение за помощью врача-специалиста

	01.01.2014		01.01.2015		Изменение, по сравнению с 2014 годом
	Число приёмов в очередях на лечение	В пределах максимальной длины очереди на лечение	Число приёмов в очередях на лечение	В пределах максимальной длины очереди на лечение	Число приёмов в очереди на лечение
Амбулаторное	142 922	50%	157 801	49%	14 879
Дневное лечение	4 936	98%	7 319	91%	2 383
Стационарное	12 147	90%	15 977	89%	3 830
Всего	**160 005**	**54%**	**181 097**	**54%**	**21 092**

По сравнению с тем же периодом прошлого года, число зарегистрированных в очереди на лечение приёмов увеличилось на 21 тысячу приёмов (в т. ч. в амбулаторном лечении 15 тысяч приёмов). Число приёмов в пределах допустимой максимальной длины[4] очереди на лечение увеличилось на 12 тысяч (в т.ч. на амбулаторное лечение 7 тысяч приёмов). Рост числа зарегистрированных в очереди на лечение приёмов исходит, в основном, из совершенствования систем соблюдения очереди и удлинения открытого периода очередей. Времена ожидания, по сравнению с предыдущим годом, существенно не изменились.

Времена ожидания планового лечения к врачу одной и той же специальности в лечебном учреждении различны. Застрахованный вправе обратиться в выбранное им лечебное учреждение, независимо от своего места жительства, региона страхования или названия указанного в направлении лечебного учреждения/лечащего врача.

В больницах ПРБС число зарегистрированных в очереди на лечение приёмов выросло на 17%, или на 20 тысяч. Число зарегистрированных в очереди на лечение приёмов у выбранных партнёров выросло на 3%, или на одну тысячу. Число находящихся в очереди на лечение приёмов выросло, в первую очередь, в больницах ПРБС – как в амбулаторном, стационарном, так и дневном лечении. У выбранных партнёров времена ожидания, в общем случае, короче, несмотря на это, застрахованные хотят найти решение проблем со здоровьем, в первую очередь, в больницах ПРБС.

3 https://www.haigekassa.ee/et/inimesele/arsti-ja-oendusabi/ravijarjekorrad

4 в амбулаторном лечении максимальная допустимая длина очереди на лечение 6 недель, в дневном и стационарном лечении, в общем случае, 8 месяцев

В больницах ПРБС 45% зарегистрированных в очереди на лечение приёмов находятся в пределах допустимой длины очереди, у выбранных партнёров – 85%. Уменьшение доли находящихся в пределах допустимой длины очереди приёмов, по сравнению с тем же периодом прошлого года, исходит, в первую очередь, из увеличения доли зарегистрированных в очереди на лечение приёмов в больницах ПРБС.

При оценивании времени ожидания зарегистрированных в очереди на лечение приёмов следует учитывать, что в подаваемых отчётах по состоянию на 1 число отчётного месяца не отражаются приёмы с очень коротким временем ожидания – поэтому составленный на перспективу отчёт не даёт целостного обзора фактических времён ожидания. Что касается времён ожидания амбулаторного лечения, то больницы плана развития больничной сети представляют, начиная с 2013 года, также ретроспективный отчёт о временах ожидания – информацию о фактических временах ожидания проведённых в прошлом месяце первичных плановых амбулаторных приёмов.

Таблица 13. Фактическое время ожидания плановых визитов на амбулаторную помощь врача-специалиста в больницах плана развития больничной сети в период 01.10–31.12.2014

	IV квартал 2013		IV квартал 2014		Изменение, по сравнению с 2013 годом
	Число приёмов	В пределах максимальной длины очереди на лечение	Число приёмов	В пределах максимальной длины очереди на лечение	Число приёмов
Региональные больницы всего	79 585	65%	82 825	63%	3 240
Центральные больницы всего	118 911	72%	120 889	71%	1 978
Общие больницы всего	64 797	89%	70 195	88%	5 398
Всего	**263 293**	**74%**	**273 909**	**73%**	**10 616**

В четвёртом квартале 2014 года 73% первичных плановых амбулаторных приёмов помощи врача-специалиста в больницах плана развития больничной сети состоялись в течение допустимой максимальной длины очереди на лечение (до 42 календарных дней). По сравнению с тем же периодом прошлого года, число первичных плановых приёмов возросло на 11 тысяч приёмов, в т. ч. число проводимых в пределах максимальной длины очереди приёмов возросло на 4 тысячи приёмов (см. таблицу 13).

Разные доли приёмов в пределах максимальной длины очереди в амбулаторных очередях на лечение больниц ПРБС (37%) и фактических данных (73%) обусловлены приёмами с очень коротким временем ожидания, которые не отражаются в представляемых отчётах об очередях на лечение по состоянию на 1 число отчётного месяца. Данные разных отчётов всё же коррелируют и указывают на схожие проблемы.

В разбивке по лечебным учреждениям, доля визитов, превышающих максимальную длину очереди на лечение, по данным как составленных на перспективу, так и регрессивных отчётов самая большая в региональных больницах – Северо-Эстонской Региональной больнице, Таллиннской Детской больнице и Клиникуме Тартуского Университета. Доля визитов, превышающих максимальную длину очереди на лечение велика также в центральных больницах – Ида-Таллиннской Центральной больнице, Ида-Вируской Центральной больнице, Ляэне-Таллиннской Центральной больнице, Пярнуской больнице – особенно это относится к специальностям, по которым центральная больница выполняет функции региональной больницы и где отсутствует требование направления (например, специальность офтальмологии в Ида-Таллиннской Центральной больнице). В общих больницах времена ожидания, в общем случае, находятся в пределах допустимой максимальной длины очереди на лечение. Длительные времена ожидания в общих больницах имеют место в отдельных узких специальностях, на которых в лечебном учреждении нет специалистов с основным местом работы, а специалисты из региональных или центральных больниц бывают пару-тройку раз в месяц на приёме пациентов.

В разбивке по сгруппированным на основании структуры планирования бюджета Больничной кассы специальностям времена ожидания в больницах ПРБС самые длительные по специальности офтальмологии (см. рисунок 11). Несмотря на рост финансирования, времена ожидания в больницах ПРБС по этой специальности длительные, спрос превышает возможности лечебного учреждения по предложению услуги. Для обращения к офтальмологу не требуется направления от семейного

врача, сокращению времени ожидания могло бы способствовать установление требования направления. Оценка доступности основных специальностей помощи врача-специалиста представлена в подразделе «Выполнение бюджета и лечебные случаи по специальностям» настоящей главы. Более подробный обзор доступности услуг здравоохранения опубликован на домашней странице Больничной кассы.

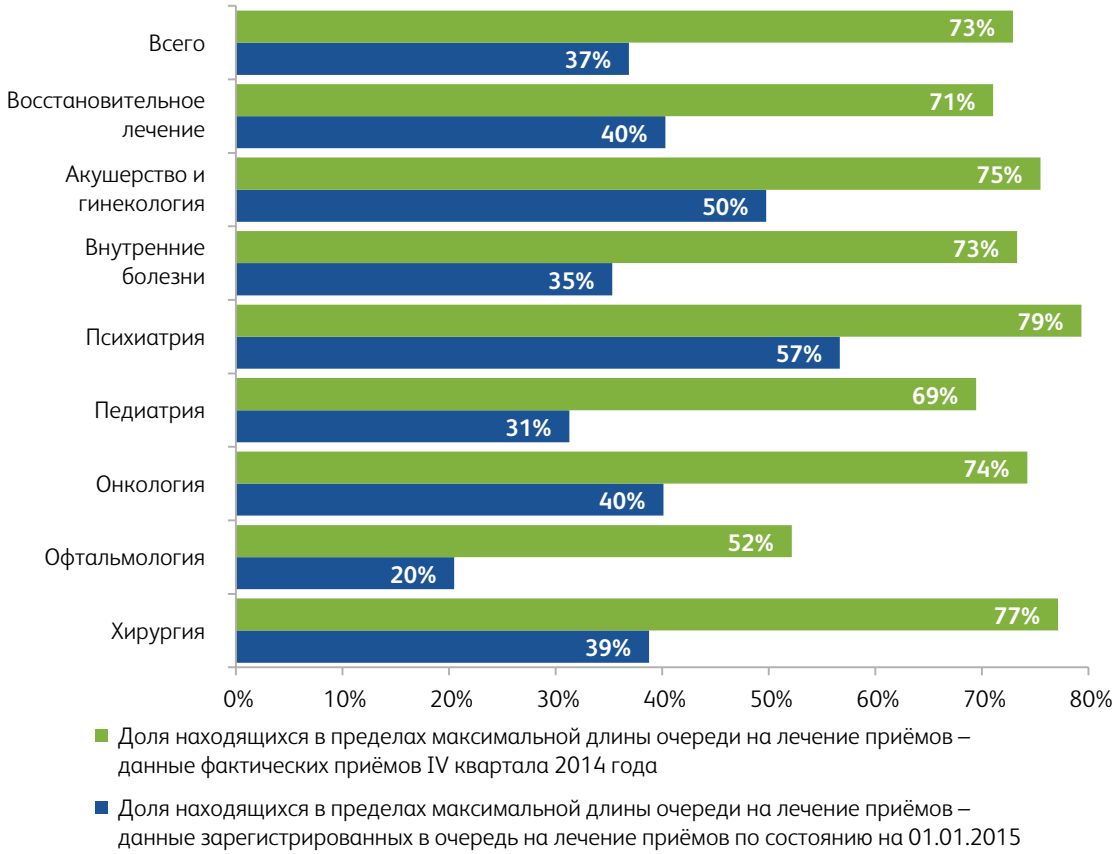


Рисунок 11. Амбулаторные очереди на лечение к врачам-специалистам и фактическое время ожидания в больницах плана развития больничной сети

Времена ожидания на амбулаторный приём врача-специалиста длительные, в первую очередь, в больницах Таллинна и Тарту. Желание пациентов попасть на лечение в центральные и региональные больницы больше, чем возможности больниц по предложению амбулаторных приёмов. Ключевым вопросом улучшения доступности является повышение роли первичного уровня и повышение эффективности сотрудничества семейных врачей и врачей-специалистов. Во многих случаях обращения к врачу-специалисту не требуется – региональные и центральные больницы неоднократно обращали внимание на то, что в помощи врача-специалиста в связи с отсутствием адекватной селекции больных значительная часть амбулаторных приёмов, по сути, является работой первичного уровня. Семейные врачи вынесли проблему, что в эстонском здравоохранении не сформирована схема сотрудничества с врачами-специалистами, что обеспечило бы постоянную логистику пациента.

Обращение к семейному врачу различается по уездам – меньше всего посещают семейного врача застрахованные Харьюмаа, больше всего – застрахованные Вильяндимаа (см. рисунок 12). Использование услуг здравоохранения зависит как от возрастного распределения жителей уезда (например, в Харьюмаа доля лиц старшего возраста ниже среднего уровня), доступности услуги помощи врача-специалиста (в дополнение ко времени ожидания и удаления места жительства пациента от лечебного учреждения), так и от многих других факторов. В качестве общей оценки: большое использование услуг семейного врача снижает потребность в услугах лечения врача-специалиста.

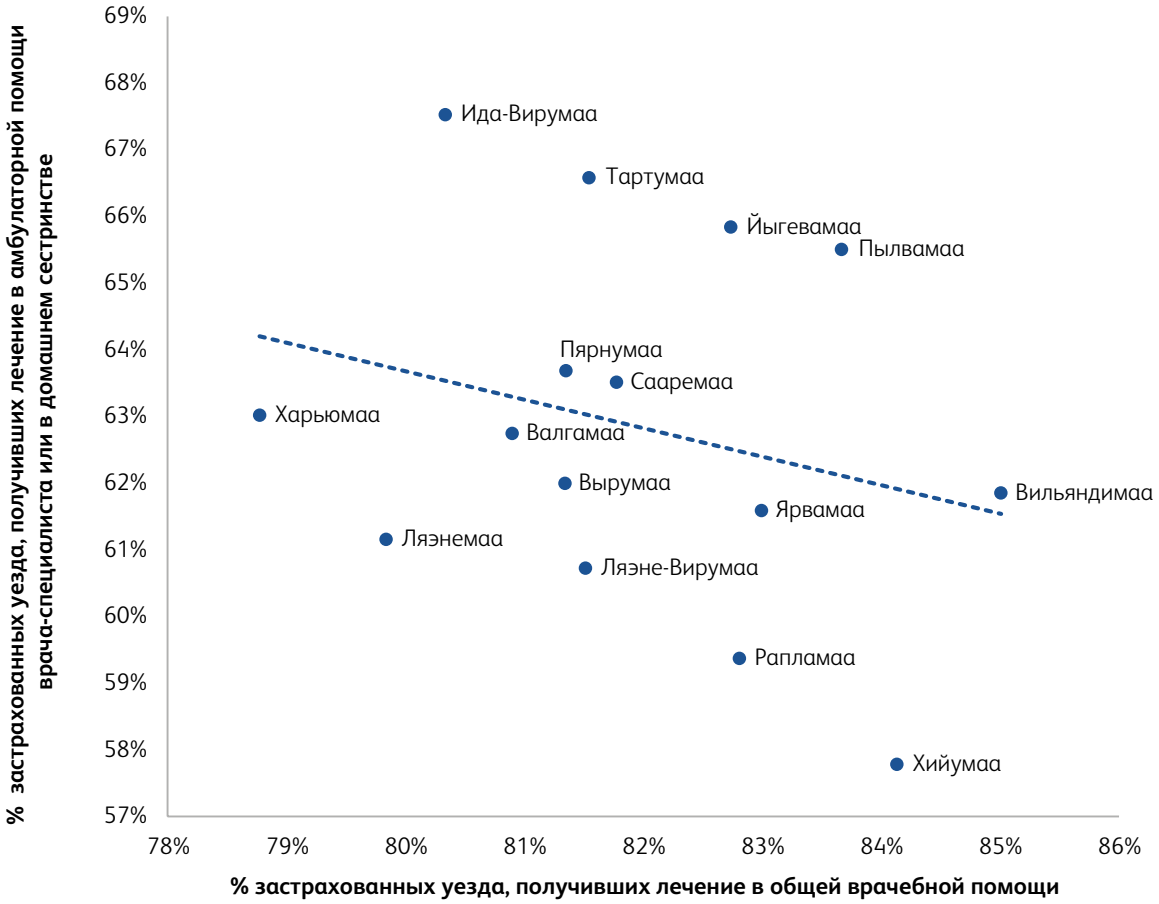


Рисунок 12. Использование помощи врача общей практики и амбулаторной помощи врача-специалиста и сестринской помощи в 2014 году

Решение проблем со здоровьем разумно начать с посещения семейного врача – семейный врач вместе с семейной сестрой могут решить большую часть проблем здоровья. Доступность помощи семейного врача очень хорошая, и в большинстве случаев семейные врачи способны обеспечить приём пациента в течение предусмотренного для этого времени (при остром расстройстве здоровья семейный врач должен организовать приём пациента в день обращения, в других случаях – в течение пяти рабочих дней).

Главные показатели использования помощи врача-специалиста

Обзор главных показателей использования помощи врача-специалиста в 2014 году, в т. ч. сравнение с прошедшими годами, даёт таблица 14.

Таблица 14. Важнейшие показатели использования помощи врача-специалиста в 2011-2014 годах

					Изменение		
	2011 фактически	2012 фактически	2013 фактически	2014 фактически	2012/2011	2013/2012	2014/2013
Средняя стоимость случая лечения в евро	123	138	147	158	12%	7%	7%
амбулаторное лечение	45	52	57	63	16%	10%	11%
дневное лечение	371	435	456	481	17%	5%	5%
стационарное лечение	1 008	1 124	1 178	1 289	12%	5%	9%
Структурное подорожание (%)	2,4	3,1	1,8	0,3	1%	-1%	-2%
Число стационарных койко-дней	1 436 100	1 412 328	1 385 260	1 356 592	-2%	-2%	-2%
Среднее число дней нахождения на стационарном лечении	6,0	6,1	6,0	5,9	2%	-2%	-2%
Число амбулаторных приёмов	3 801 950	3 785 111	3 796 893	3 888 729	0%	0%	2%
амбулаторно	3 732 239	3 714 476	3 724 438	3 811 137	0%	0%	2%
дневное лечение	69 711	70 635	72 455	77 592	1%	3%	7%
Амбулаторных приёмов на случай лечения	1,28	1,29	1,29	1,31	1%	0%	2%
амбулаторно	1,29	1,30	1,29	1,31	1%	-1%	2%
дневное лечение	1,07	1,09	1,07	1,21	2%	-2%	13%
Число использовавших услуги врача-специалиста	807 875	795 581	796 698	800 326	-2%	0%	0%
амбулаторно	786 099	774 661	775 566	780 302	-1%	0%	1%
дневное лечение	52 230	51 549	52 554	54 870	-1%	2%	4%
стационарно	161 550	155 653	155 982	153 032	-4%	0%	-2%
Число случаев лечения на одного получившего лечение	3,97	3,97	3,99	4,08	0%	1%	2%
амбулаторно	3,69	3,70	3,72	3,81	0%	1%	2%
дневное лечение	1,24	1,26	1,29	1,31	2%	2%	2%
стационарно	1,48	1,49	1,48	1,50	1%	-1%	1%
Число случаев лечения на одного застрахованного	2,57	2,56	2,58	2,65	0%	1%	3%
амбулаторно	2,33	2,32	2,34	2,41	0%	1%	3%
дневное лечение	0,05	0,05	0,06	0,06	0%	20%	0%
стационарно	0,19	0,19	0,19	0,19	0%	0%	0%
Доля неотложной помощи от случаев лечения (%)							
амбулаторно	18	17	17	17	-1%	0%	0%
дневное лечение	7	8	8	9	1%	0%	1%
стационарно	64	66	64	63	2%	-2%	-1%
Emergency care as a percentage of cases (%)							
амбулаторно	17	17	17	17	0%	0%	0%
дневное лечение	9	10	10	11	1%	0%	1%
стационарное	62	64	63	61	2%	-1%	-2%
Число операций	163 718	154 969	155 289	157 691	-5%	0%	2%
амбулаторно	19 808	18 345	17 719	18 459	-7%	-3%	4%
дневное лечение	52 507	50 479	51 609	53 926	-4%	2%	4%
стационарное	91 403	86 145	85 961	85 306	-6%	0%	-1%

В течение 2014 года число застрахованных существенно не менялось – в начале года застрахованных Больничной кассой было 1 231 203 человека, в конце года – 1 232 819 (изменение 0,1%). Число использовавших помощь врача-специалиста возросло в 2014 году на 0,5%, на получившего одно лечение человека представлено на 2,3% больше счетов за лечение, чем в предыдущем году. Исходя из вышеприведённого, можно утверждать, что использование застрахованными помощи врача-специалиста немного возросло.

Средняя стоимость случая лечения выросла во всех типах лечения. Вступивший в силу с 1 января 2014 года Перечень услуг здравоохранения содержал, среди прочего, также исходящее из соглашения о зарплате работников здравоохранения общее повышение цен. Помимо повышения цен, выросла средняя стоимость случая лечения, исходя из структурного подорожания случаев лечения (изменение структуры отображённых в одном счёте за лечение услуг, по сравнению с тем же периодом прошлого года). Структурное подорожание 2014 года в помощи врача-специалиста составило всего 0,3%.

В амбулаторном лечении, по сравнению с прошлым годом, выросли как число получивших лечение лиц (1%), число амбулаторных приёмов (2%), так и число счетов за лечение, представленных по одному получившему лечение лицу (2%). Число амбулаторных приёмов растёт медленнее, чем число получивших лечение лиц – добавились застрахованные, у которых число приёмов у врача-специалиста меньше, чем среднее использование (например, один приём у врача-специалиста, в отделении экстренной медицинской помощи и т. п.).

В стационарном лечении аналогично тренду предыдущих лет снизились как число получивших лечение лиц, так и среднее время нахождения на стационарном лечении в днях. Средняя стоимость случая лечения повышается как в результате роста цен услуг здравоохранения, так и исходя из того обстоятельства, что лечение более лёгких состояний перемещается в амбулаторное и дневное лечение. В дополнение к вышеприведённому, в 2014 году было относительно много сверхдорогих случаев лечения – все сверхдорогие случаи лечения были в стационарном типе лечения.

В сводке 2014 года Больничная касса, будучи стратегическим покупателем, смогла обуздать структурное подорожание помощи врача-специалиста. В амбулаторном и дневном лечении оказывается услуг больше, чем прежде. Использование стационарного лечения сокращается, всё больше услуг здравоохранения (в т. ч. операций) осуществляется вместо прежнего стационарного лечения в дневном лечении или амбулаторно. Снижение удельного веса неотложной помощи в использовании стационарного лечения указывает на то, что доступность планового больничного лечения для застрахованных выросла.

Сверхдорогие случаи помощи врача-специалиста

При планировании сверхдорогих (стоимостью выше 65 тысяч евро) случаев лечения исходят из показателей использования того же периода прошлого года. Если в 2013 году в Больничную касса на оплату представили 34 сверхдорогих случая лечения стоимостью 3,2 миллиона евро, то в 2014 году Больничная касса профинансировала 46 сверхдорогих случаев лечения общей стоимостью 4,5 миллиона евро. Следовательно, финансирование сверхдорогих случаев лечения возросло на 1,2 миллиона евро. Если смотреть по специальностям, то влияние сверхдорогих случаев лечения было самым значительным в педиатрии – уменьшение расходов на сверхдорогие случаи лечения составило там 2% от выполнения бюджета стационарного лечения. Сверхдорогих случаев лечения было в прошлом году больше в хирургии, онкологии, гинекологии и внутренних болезнях. С учётом общего объёма этих специальностей доля сверхдорогих случаев лечения в общем выполнении бюджета специальности не была существенной (см. таблицу 15).

Таблица 15. Сверхдорогие случаи лечения в разбивке по специальностям в тысячах евро и число случаев лечения

	2013 фактически		2014 фактически		Изменение, по сравнению с 2013 годом	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
Хирургия	978	11	1 434	15	47%	36%
Онкология	-	-	312	3		
Педиатрия	1 272	12	979	10	-23%	-17%
Внутренние болезни	926	10	1 668	17	80%	70%
Акушерство и гинекология	-	-	84	1	-	-
Центральная закупка	70	1	-	-	-	-
Всего	**3 246**	**34**	**4 477**	**46**	**38%**	**35%**

Выполнение бюджета и случаи лечения по специальностям

Начиная с 2014 года при планировании бюджета и наблюдении за исполнением изменена логика группирования специальностей. В отчете больше не приведены отдельно, например, такие хирургические специальности как ортопедия и урология, поскольку лечение названных специальностей часто осуществлялось в рамках специальности общей хирургии. Данные взятого для сравнения года перегруппированы в таблицах отчета на основании новых принципов. Услуги здравоохранения, отраженные в прошлые годы в качестве центральной закупки в 2014 году, были интегрированы в бюджет основных специальностей в соответствии с их действительным предыдущим использованием и эти услуги больше не прослеживаются отдельно при выполнении бюджета.

В бюджете Больничной кассы по специальной медицинской помощи в 2014 году основными специальностями были первичное послебольничное лечение, хирургия, офтальмология, онкология, педиатрия, психиатрия, внутренние болезни, акушерство и гинекология, а также восстановительное лечение. Ниже представлены обзоры по выполнению бюджета специальной медицинской помощи в алфавитном порядке.

Первичное послебольничное лечение

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

	2013 фактически		2014 бюджет		2014 фактически		Выполнение бюджета	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
Первичное послебольничное лечение	**1 770**	**2 232**	**2 264**	**2 503**	**2 163**	**2 606**	**96%**	**104%**
Стационарное лечение	1 770	2 232	2 264	2 503	2 163	2 606	96%	104%

Первичное послебольничное лечение не является медицинской специальностью, а скорее особый случай организации лечения, базирующийся на финансировании оказывающего услугу лица. Пациента направляют на первичное стационарное послебольничное лечение в том случае, если по окончании активного лечения амбулаторное лечение еще невозможно. В контексте финансирования первичного послебольничного лечения у общих больниц и партнеров это большей частью означает положение, при котором пациентов, которые находились на лечении в больнице более высокого этапа, направляют на послебольничное лечение в лечебное учреждение по месту жительства. Послебольничное лечение не является отдельной договорной специальностью в договорах с региональными и большинством центральных больниц. В этих лечебных учреждениях при необходимости послебольничное лечение отражается в счете за лечение.

В части первичного послебольничного лечения в бюджете был запланирован рост финансирования по сравнению с предыдущим годом на 0,5 миллиона евро и рост случаев лечения – 300 случаев лечения. Бюджет был выполнен в части суммы на 96%, в части случаев лечения на 104%. По сравнению с 2013 годом финансирование возросло на 0,4 миллиона евро и 400 случая лечения (см. таблицу 16).

В 2014 году было оказано больше запланированного и более дешевых случаев лечения первичного послебольничного лечения. Случаи лечения были по сравнению с прошлым годом более короткими - структурное подорожание специальности составило -5,3% (т.е. структурное удешевление). В 2014 году первичное послебольничное лечение получили всего 2500 человек, по сравнению с прошлым годом число лиц, получивших лечение по специальности первичное послебольничное лечение выросло на 17% (350 человек).

Доступность первичного послебольничного лечения

Доступность первичного послебольничного лечения является хорошим и очереди на лечение в общих случаях нет. На первичное послебольничное лечение пациента направляют из отделения активного лечения в соответствии с необходимостью по договоренности между лицами, оказывающими услуги активного и послебольничного лечения.

Хирургия

Таблица 17. Выполнение бюджета хирургии в тысячах евро и количество случаев лечения

	2013 фактически		2014 бюджет		2014 фактически		Выполнение бюджета	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
Хирургия	**129 872**	**847 609**	**141 243**	**879 432**	**142 377**	**878 488**	**101%**	**100%**
амбулаторное лечение	32 317	758 588	36 835	792 394	37 521	788 861	102%	100%
дневное лечение	7 880	22 705	8 307	22 920	8 749	24 295	105%	106%
стационарное лечение	89 675	66 316	96 101	64 118	96 107	65 332	100%	102%

В специальности хирургия объединены услуги лечения по специальности кардиохирургия, детская хирургия, нейрохирургия, челюстно-лицевая хирургия, ортопедия, отоларингология, хирургия грудной клетки, урология, сосудистая хирургия и общая хирургия. В договорах в качестве особых случаев оказания услуг хирургии отражены эндопротезирование суставов, установка слуховых имплантатов и пересадка органов.

По специальности хирургии в бюджете был запланирован рост финансирования до 11,4 миллиона евро по сравнению с прошлым годом, а рост случаев лечения до 32 тысяч случаев лечения, рост случаев лечения по сравнению с прошлым годом составил 3.8% (см. таблицу 17). При планировании бюджета предполагалось продолжение перемещения лечения от стационарного лечения в дневное и амбулаторное лечение. Рост амбулаторных случаев лечения в бюджете был связан и с решением отражать в дальнейшем лечение по специальности андрология не в составе специальности гинекология, а в урологии, входящей в состав специальности хирургии. Относительно быстрое подорожание средней стоимости запланированных в бюджет стационарных случаев лечения было связано с отражением перечня услуг, связанных с кардиохирургией и нейрохирургией, в т.ч. добавлением новых возможностей лечения. В некоторых случаях все же не были использованы новые дорогие технологии, напр. предусмотренные для снижения не поддающихся лекарственным препаратам хронических болей баклофеновые помпы и нейростимуляторы спинного мозга.

Бюджет в части суммы был выполнен на 101%, и в части случаев лечения на 100%, т.е. случаи лечения были несколько дороже запланированных. По сравнению с 2013 годом финансирование специальности возросло на 12,5 миллиона евро и 31 тысячу случаев лечения. Структурное удорожание специальности составило в 2014 году -0,6% (структурное удешевление), в т.ч. в амбулаторном лечении было структурное удорожание +2,4%, в дневном лечении +0,1% и стационарном лечении +2,9%. Пациенты в общих случаях отдавали предпочтение осуществлению амбулаторного лечения вместо использованного ранее больничного лечения. При перемещении лечения между типами лечения при отдельном рассмотрении дорожает средняя стоимость всех типов лечения (средний случай стационарного лечения в случае, если более легкие случаи лечения перемещаются в другие типы лечения, с более высокой, чем до этой стоимости – в то же время снижается число стационарных случаев лечения и т.д.). Хотя во всех типах лечения средняя стоимость повышается, то в конечном счете в специальности средняя стоимость снижается. Средняя стоимость лечения была несколько выше запланированного – при составлении бюджета предполагалось, что в специальности хирургии перемещение между типами лечения осуществляется несколько быстрее.

В хирургии Больничная касса финансировала в 2014 году лечение 406 тысяч человек. Число лиц, получивших лечение, выросло по сравнению с прошлым годом на 1.6%, т.е. на 6 тысяч человек. Количество представленных счетов за лечение одного получившего лечение лица выросло по сравнению с прошлым годом на 2,0%, в т.ч. в амбулаторном лечении на 2,3%, дневном лечении на 0,3% и стационарном лечении на 0,3%.

Удорожание амбулаторного случая лечения прежде всего связано с добавившимся в ортопедии и общей хирургии лабораторными исследованиями, исследованиями и процедурами. Превышение бюджета дневной хирургии обусловлено ортопедией, где для обеспечения доступности для финансирования дневного лечения были заключены договоры, превышающие запланированные в бюджете больше чем на 400 тысяч евро. В стационарном лечении средняя стоимость случая лечения была ниже

запланированной, и это прежде всего в связи с тем, что влияние изменений перечня услуг здравоохранения не было внедрено в предполагаемом объеме – структурное удорожание случая лечения стационарного лечения было маргинальным (0,3%).

Для выкупа очередей на лечение на основании заключенных договоров было уплачено за 2000 случаев лечения 170 тысяч евро, что не оказало значительного влияния в целом на выполнение бюджета специальности хирургии.

Доступность специальности хирургия

Доступность специальности хирургия была хорошей и удельный вес приемов, находящихся в границах максимальной длины очереди на лечение, был выше среднего. В случае с более узкими хирургическими специальностями (напр. сосудистая хирургия, нейрохирургия, кардиохирургия, детская хирургия, урология) удельный вес приемов, превышающих максимальную длину очереди на лечение – был все же значительно выше среднего – время ожидания на прием к этим специалистам (время ожидания до 4 свободного времени приема) чаще длиннее среднего.

Офтальмология (глазные болезни)

Таблица 18. Выполнение бюджета офтальмологии в тысячах евро и количество случаев лечения

	2013 фактически		2014 бюджет		2014 фактически		Выполнение бюджета	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
Офтальмо-логия	**18 615**	**370 600**	**20 281**	**370 030**	**21 346**	**378 238**	**105%**	**102%**
амбулаторное лечение	9 539	354 242	11 176	353 934	11 532	360 869	103%	102%
дневное лечение	7 426	14 593	7 511	14 342	8 087	15 545	108%	108%
стационарное лечение	1 650	1 765	1 594	1 754	1 727	1 824	108%	104%

По специальности офтальмология был запланирован рост финансирования по сравнению с прошлым годом 1,7 миллиона евро; случаи лечения были запланированы на том же уровне, что и в прошлом году (см. таблицу 18). При планировании средней стоимости амбулаторного случая лечения были учтены добавление новых услуг и следующий из этого рост средней стоимости случая лечения.

Бюджет был превышен как в части случаев лечения, так и суммы по всем типам лечения, в т.ч. амбулаторные и стационарные случаи лечения были дороже запланированного. Средняя стоимость случая лечения дневного лечения отвечала запланированному. По сравнению с 2013 годом выросло финансирование специальности офтальмологии на 2.7 миллиона евро и на 7600 случаев лечения.

Превышение бюджета случаев лечения обусловлено тем обстоятельством, что на 2,2% больше, чем в прошлом году представлено счетов за лечение одного получившего лечение лица. В 2014 году Больничная касса финансировала лечение 182 тысяч застрахованных по специальность офтальмологии – число лиц, получивших лечение, уменьшилось по сравнению с прошлым годом на 0,2%, те. 300 человек.

На выполнение бюджета помимо добавления случаев лечения повлияло и быстрее запланированного удорожание случаев лечения. Структурное удорожание случаев лечения в офтальмологии составило в 2014 году +3,8%, в т.ч. в амбулаторном лечении +3,6%, в дневном лечении +0,6% и стационарном лечении - 0,4% (в стационарном лечении имеется дело со структурным удешевлением).

Количество человек, получивших лечение в амбулаторном лечении по сравнению за два периода уменьшилось на 0,2% (на 300 человек). Число случаев лечения растет в связи с тем, что возрастает число счетов за лечение, представленных за лечение одного человека. Рост средней стоимости случая лечения связан в первую очередь с тем, что в амбулаторном лечении

было осуществлено больше исследований и процедур, и использованием лекарственных средств при оказании услуги здравоохранения.

В использовании дневного лечения значительную часть составляют операции по удалению катаракты (97% от суммы и 95% от случаев лечения). Значительное влияние на выполнение бюджета операций по удалению катаракты (и в связи с этим бюджет всего дневного лечения в офтальмологии) было связано с изменением договорных партнеров, с которыми были заключены договоры для выкупа очереди на лечение, на основании чего за 878 операций по удалению катаракты было заплачено 455 тысяч евро. Выкуп очередей на лечение составил в 2014 году в выполнении дневного лечения в офтальмологии как в части случаев лечения, так и суммы 5%.

В стационарном лечении было осуществлено больше случаев лечения, чем было запланировано, и они были более сложными.

На основании договоров, заключенных для выкупа очередей на лечение в офтальмологии за 3200 случая лечения было уплачено 500 тысяч евро – значительное влияние на выполнение бюджета в первую очередь было оказано в дневном лечении, где за 878 операций по удалению катаракты было уплачено 455 тысяч евро.

Доступность специальности офтальмология

Доступность специальности офтальмология не является хорошей и в больницах ПРБС самые длинные сроки ожидания по специальности офтальмология. Несмотря на рост финансирования в больницах ПРБС сроки ожидания по этой специальности длинные, требование превышает возможности лечебных учреждений в предложении услуги. Для обращения к офтальмологу не требуется направления семейного врача, способствовать сокращению времени ожидания может введение требования направления – важным является обеспечение доступности помощи врача-специалиста пациентам, которым это требуется быстрее по медицинским показаниям. У партнеров сроки ожидания могут быть короче, чем в больницах ПРБС. Застрахованное лицо вправе обратиться к любому договорному партнеру Больничной кассы по всей Эстонии, данные договорных партнеров опубликованы на домашней странице Больничной кассы.

Онкология

Таблица 19. Выполнение бюджета онкологии в тысячах евро и количество случаев лечения

	2013 фактически		2014 бюджет		2014 фактически		Выполнение бюджета	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
Онкология	**63 022**	**140 015**	**71 418**	**147 372**	**70 539**	**145 567**	**99%**	**99%**
амбулаторное лечение	30 735	121 507	35 177	128 057	36 101	126 059	103%	98%
дневное лечение	1 967	3 548	1 745	3 362	2 060	3 782	118%	112%
стационарное лечение	30 320	14 960	34 496	15 953	32 378	15 726	94%	99%

В основной специальности онкологии отражено и использование услуги лечения гематологии. В договорах в качестве особого случая услуги, оказываемой в специальности отражены и услуги лечения, связанные с пересадкой костного мозга.

В специальности онкологии планировался в бюджете рост быстрее среднего в связи с потребностью сохранять стабильной доступность лечения при участившемся заболевании. Рост потребностей лечения онкологических болезней связан как со старением населения, так и развитием возможностей лечения и диагностики. В бюджете был запланирован рост суммы 8,4 миллиона по сравнению с прошлым годом, количество случаев лечения на 7400. В отличие от общего бюджета специальной медицинской помощи в специальность онкологии был запланирован и рост стационарных случаев лечения (см. таблицу 19).

Бюджет был выполнен как в части случаев лечения, так и суммы на 99%. По сравнению с прошлым годом финансирование выросло на 7,5 миллиона евро, случаи лечения на 5600. Из суммы, запланированной на стационарное лечение, больше было оказано амбулаторного и дневного лечения. Перемещение между типами лечение было быстрее запланированного.

Лечение в онкологии получило в 2014 году всего 47 тысяч застрахованных лиц, число лиц, получивших лечение было сравнимо с уровнем прошлого года (рост 0,1%). Рост случаев лечения в 2014 году был обусловлен в первую очередь ростом числа счетов за лечение, представленных за лечение одного человека, что составило по сравнению с прошлым годом 3,8% - в т.ч. в амбулаторном лечении 3.8%, дневном лечении 3,0% и стационарном лечении 2.2%.

Случаи лечения в амбулаторном и дневном лечении были дороже запланированных, в стационарном – дешевле. Случаи лечения в амбулаторном и дневном лечении подорожали в первую очередь в связи с большим использованием крови/продуктов крови и лекарственных препаратов.

Структурное удорожание онкологических случаев лечения составило в 2014 году +0,5%, в т.ч. в амбулаторном лечении +5,2%, в дневном лечении -0,8% и стационарном лечении -5,2% (в дневном лечении и стационарном лечении произошло структурное удешевление случаев лечения). Структурному удешевлению дневного лечения способствовало снижение цен на услуги лечения.

Доступность специальности онкология

Доступность специальности онкология считалась приоритетом. Оказание услуг лечения сосредоточено прежде всего в Северо-Эстонской региональной больнице и клинике Тартуского университета. В меньшем объеме услуги лечения онкологии предоставляются в Таллиннской детской больнице и Восточно-Таллиннской центральной больнице. Удельный вес приемов, находящихся в границах максимальной длины очереди на лечение в специальной медицинской помощи выше среднего. В целом время ожидания находятся в допустимых границах максимальной длины очереди на лечение. Время ожидания амбулаторной онкологии соответствовал по состоянию на 01.01.2015г описанному в качестве гарантии качества лечения рака в Эстонии двум неделям в Северо-Эстонской региональной больнице, клинике Тартуского университета и Восточно-Таллиннской центральной больнице. Время ожидания в Таллиннской детской больнице на плановый амбулаторный прием к онкологу составляло три недели.

Педиатрия

Таблица 20. Выполнение бюджета педиатрии в тысячах евро и количество случаев лечения

	2013 фактически		2014 бюджет		2014 фактически		Выполнение бюджета	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
Педиатрия	**21 616**	**154 984**	**22 916**	**152 202**	**21 984**	**155 474**	**96%**	**102%**
амбулаторное лечение	6 082	125 081	7 313	123 486	7 136	125 238	98%	101%
дневное лечение	241	2 502	989	2 205	1 159	2 840	117%	129%
стационарное лечение	15 293	27 401	14 614	26 511	13 689	27 396	94%	103%

В бюджете специальности педиатрии был запланирован рост финансирования по сравнению с прошлым годом 1.3 миллиона евро; в части случаев лечения в связи со снижением количества детей было запланировано снижение случаев лечения на 2800 (см. таблицу 20). При планировании средней стоимости случая лечения в бюджет амбулаторного лечения были добавлены дополнительно финансовые возможности для использования биологического лечения. При планировании средней стоимости случая лечения дневного лечения было учтено добавление в бюджет специальности педиатрии курсы лечения гематологии. Причиной роста средней стоимости лечебного случая, запланированного в бюджете стационарного лечения было планирование в бюджет большего чем ранее количества случаев дорогих случаев лечения.

Бюджет был выполнен в части суммы на 96%, в части случаев лечения на 102%. По сравнению с прошлым годом финансирование возросло на 0,4 миллиона евро, число случаев лечения на 500. Средняя стоимость случая лечения была дешевле запланированной во всех типах лечения. Структурное удорожание специальности составило в 2014 году -1,6% (структурное удешевление), в т.ч. в амбулаторном лечении +1,9%, дневном лечении -1,2% и стационарном лечении -3,7% (в дневном лечении и стационарном лечении произошло структурное удешевление случаев лечения). В амбулаторном лечении по сравнению с

прошлым годом добавилось больше всего случаев лечения, основным диагнозом которых являются нарушения психики и поведения (F00–F99) или факторы, влияющие на состояние здоровья и контакты со службой здравоохранения (Z00–Z99, в амбулаторном лечении здесь часто имеется дело со случаями лечения, которые могли бы входить в компетенцию семейного врача). В дневном лечении снизилось по сравнению с предполагаемым использование лекарственных средств. В стационарном лечении случаи лечения были короче и проще запланированных, на среднюю стоимость случая лечения повлияли и сверхдорогие случаи лечения. В 2013 году Больничная касса финансировала в специальности педиатрии 12 сверхдорогих случаев лечения общей стоимостью 1.3 миллиона евро; в 2014 году в педиатрии было 10 сверхдорогих случаев лечения общей стоимостью один миллион евро.

В педиатрии Больничная касса финансировала в 2014 году лечение76 тысяч детей. По сравнению с прошлым годом не произошло значительных изменений в количестве получивших лечение лиц (рост за год 0,03%). Лечение детей (возраст 0 – 18 лет) отражено помимо педиатрии и в использовании других специальностей – напр. в лечебном учреждении, где нет специальности педиатрии лечение детей финансируется из бюджета специальностей хирургии, внутренних болезней. Учитывая все специальности вместе выросло число детей, использовавших услугу специальной медицинской помощи в 2014 году по сравнению с прошлым годом на 1%, т.е. на 1400 ребенка. Число застрахованных детей в конце 2014 года не отличалось значительно от числа на конец 2013 года (уменьшение на 0,1%) – возросло использование детьми специальной медицинской помощи.

На основе договоров, заключенных для выкупа очередей на лечение в педиатрии за 655 случаев лечения было уплачено 33 тысячи евро, которые не оказали значительного влияния на выполнение бюджета специальности.

Доступность специальности педиатрия

Доступность специальности педиатрия как правило была хорошей, и более длинные по сравнению со средним временем ожидания сроки связаны прежде всего с Таллиннской детской больницей. Более долинные сроки ожидания к специалистам более узкой специальности, напр., детский кардиолог, не приведены отдельно в отчетах Таллиннской детской больницы. Время ожидания к общему педиатру было в таллиннской детской больнице в границах допустимого.

Психиатрия

Таблица 21 Выполнение бюджета психиатрии в тысячах евро и количество случаев лечения

	2013 фактически		2014 бюджет		2014 фактически		Выполнение бюджета	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
Психиатрия	**20 465**	**237 558**	**27 320**	**238 432**	**26 790**	**240 417**	**98%**	**101%**
амбулаторное лечение	6 379	226 824	7 809	227 632	7 699	229 317	99%	101%
дневное лечение	979	479	349	543	452	623	130%	115%
стационарное лечение	13 107	10 255	19 162	10 257	18 639	10 477	97%	102%

В бюджете специальности психиатрии был запланирован рост финансирования по сравнению с прошлым годом на 6,9 миллионов евро; рост случаев лечения на 900 случаев лечения (см. таблицу 21). Рост бюджета выше среднего был связан с модернизацией списка услуг психиатрии – предельная стоимость была приведена в соответствие со стандартной стоимостью, был модернизирован список услуг, также добавлены некоторые новые услуги.

Бюджет был выполнен в части суммы на 98%, в части случаев лечения на 101%. По сравнению с прошлым годом финансирование специальности психиатрии выросло на 6,3 миллиона евро, число случаев лечения на 2900. Средняя стоимость случая лечения была ниже запланированной. Структурное удорожание специальности составило в 2014 году -2,1% (структурное удешевление), в т.ч. в амбулаторном лечении -1,4%, дневном лечении +17,4% и стационарном лечении -3,2% (в амбулаторном лечении и стационарном лечении произошло структурное удешевление случаев лечения).

В психиатрии Больничная касса финансировала в 2014 году лечение 65 тысяч человек – число получивших лечение лиц выросло по сравнению с прошлым годом на 2.8%, т.е. на 1800 человек. Количество счетов за лечение, представленных на одно,

получившее лечение лицо, снизилось по сравнению с прошлым годом на 1,6%. Учитывая также и структурное удешевление случаев лечения можно дать оценку – в психиатрии добавилось лечение более легких состояний.

На основании договоров, заключенных для выкупа очередей на лечение в психиатрии было за 1000 случаев лечения уплачено 63 тысячи евро, которые не оказали значительного влияние на выполнение бюджета.

Доступность специальности психиатрия

Доступности специальности психиатрия была хорошей и в целом сроки ожидания были в границах допустимой максимальной длины.

Внутренние болезни

Таблица 22. Выполнение бюджета внутренних болезней в тысячах евро и количество случаев лечения

	2013 фактически		2014 бюджет		2014 фактически		Выполнение бюджета	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
Внутренние болезни	**155 818**	**832 750**	**166 402**	**843 520**	**172 715**	**873 998**	**104%**	**104%**
амбулаторное лечение	50 318	753 741	55 175	766 107	57 949	796 102	105%	104%
дневное лечение	9 775	7 324	10 140	7 079	11 258	8 107	111%	115%
стационарное лечение	95 725	71 685	101 087	70 334	103 508	69 789	102%	99%

Под внутренними болезнями собраны дерматовенерология (кожные болезни), эндокринология, гастроэнтерология, инфекционные болезни, кардиология, профессиональные болезни, нефрология (болезни почек и мочевыводящих путей), неврология, пульмонология (лёгочные болезни), ревматология и услуги лечения внутренних болезней. В качестве основанных на оказании услуг особых случаев в специальности внутренних болезней отражены диализы (гемодиализ и перитонеальный диализ).

В части внутренних болезней в бюджете был запланирован рост финансирования по сравнению с прошлым годом на 10.6 миллиона евро; рост числа случаев лечения 11 тысяч (см. таблицу 22). В качестве структурного изменения предполагался рост амбулаторных случаев лечения за счет дневного лечения и стационарного лечения.

Бюджет был выполнен как в части суммы, так и случаев лечения на 104% - средняя стоимость случая лечения отвечала запланированному, количество случаев лечения превысило предполагаемое в бюджете. Для обеспечения доступности услуги лечения был увеличен по сравнению с предварительно запланированным объем договоров. Объем договоров был превышен многими лечебными учреждениями, удельный вес работ, превышающих договорный объем в финансировании услуги лечения составил в 2014 году в части случаев лечения и суммы 2%. По сравнению с прошлым годом финансирование внутренних болезней выросло на 16,9 миллиона евро, число случаев лечения на 41 тысячу.

Число случаев лечения выросло по сравнению с запланированным, а также действительным использованием в прошлом году в амбулаторном и дневном лечении. Число стационарных случаев лечения в специальности внутренних болезней снизилось по сравнению с прошлым годом на 3% - предположительно все больше услуг, которые оказывались стационарно, будет оказываться в дневном и амбулаторном лечении.

Больничная касса финансировала по специальности внутренние болезни в 2014 году лечение 364 тысяч человек. Число получивших лечение лиц выросло по сравнению с прошлым годом на 1,6%, т.е. на 5700 человек. Число случаев лечения в значительной степени было связано с ростом счетов за лечение, представленных на одно, получившее лечение лицо – рост по сравнению с прошлым годом составил 3,3%.

Структурное удорожание специальности составило в 2014 году -0,7% (структурное удешевление), в т.ч. в амбулаторном лечении +1,9%, дневном лечении +2,3% и стационарном лечении +4,3%. Абсолютное число стационарных случаев лечения было по ниже как по сравнению с запланированным, так и использованием в прошлом году. В стационаре лечат, по сравнению с предыдущим, в среднем более сложные и требующие более длительного лечения состояния, а более легкие случаи, по крайней мере частично, переместились в амбулаторное и дневное лечение.

На основании указанных на счетах за лечение основных диагнозах больше всего выросло количество тех счетов за лечение, основной диагноз которых входит в группу M00–M99 (болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани) – рост по сравнению с прошлым годом 6300 случаев лечения. Значительно увеличилось и количество тех счетов за лечение, где основной диагноз входит в группу Z00–Z99 (состояния, влияющие на состояние здоровья и контакты со службой здравоохранения) – рост по сравнению с прошлым годом 6100 случаев лечения. В первую очередь в амбулаторном лечении. В случае амбулаторных счетов за лечение внутренних болезней. Входящих в такую группу диагнозов, как правило имеется дело со значительно более дешевыми случаями лечения, где конкретно состояние болезни не устанавливается. С большей вероятностью такие счета за лечение принадлежат в первую очередь в область компетенции семейного врача, частично имеется дело и с отражением повторного визита на отдельном счете за лечение.

В части указанных на счете за лечение услуг в первую очередь увеличился удельный вес лабораторных исследований, исследований и процедур, а также удельный вес лекарственных средств в финансировании внутренних болезней.

На основании договоров, заключенных для выкупа очередей на лечение в специальности внутренних болезней было за 2300 случаев лечения уплачено 160 тысяч евро –выкуп очередей на лечение не оказал значительного влияния на выполнение бюджета внутренних болезней.

Доступность специальности внутренние болезни

Доступность специальности внутренние болезни варьируется и длиннее средних амбулаторные сроки ожидания имеются в первую очередь в региональных и центральных больницах, где запросы пациентов в конкретном лечебном учреждении и/или у конкретного лечащего врача превышают возможности лечебного учреждения в предложении услуги. В общих больницах проблемы с временем ожидания имеются по специальностям, где мало лечащих врачей или где лечение оказывают врачи из региональных и центральных больниц, которые пару раз в месяц проводят прием в общих больницах.

Акушерство и гинекология

Таблица 23. Выполнение бюджета акушерства и гинекологии в тысячах евро и количество случаев лечения

	2013 фактически		2014 бюджет		2014 фактически		Выполнение бюджета	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
Акушерство и гинекология	**44 172**	**521 452**	**46 716**	**502 496**	**47 080**	**511 634**	**101%**	**102%**
амбулаторное лечение	22 231	475 064	23 249	456 333	23 929	466 155	103%	102%
дневное лечение	2 610	16 589	2 707	16 388	2 835	16 720	105%	102%
стационарное лечение	19 331	29 799	20 760	29 775	20 316	28 759	98%	97%

В бюджете специальности акушерство и гинекология, начиная с 2014 года не отражены услуги лечения андрологии, которые учтены в специальности урологии в хирургии. К услугам лечения в гинекологии в 2014 году добавилась финансируемая ранее из бюджета профилактики дородовая диагностика наследственных болезней. В качестве основанных на оказании услуг особых случаев в специальности акушерство и гинекология отражены роды и случаи лечения, связанные с искусственным оплодотворением.

В специальности гинекология в бюджете планировался рост финансирования по сравнению с прошлым годом на 2.5 миллиона евро; снижение случаев лечения на 19 тысяч случаев лечения (см. таблицу 23). Снижение амбулаторных случаев лечения обусловлено перемещением случаев лечения андрологии и бюджета в хирургию.

Бюджет был выполнен в части суммы на 101%, в части случаев лечения на 102%. По сравнению с прошлым годом финансирование гинекологии возросло на 2,9 миллиона евро, число случаев лечения уменьшилось на 10 тысяч. Более запланированного было оказано амбулаторное и дневное лечение, использование стационарного лечения (в т.ч. число родов) было ниже предполагаемого в бюджете. Средняя стоимость случая лечения во всех типах лечения была несколько выше запланированной.

Больничная касса финансировала в специальности гинекология в 2014 году лечение 196 тысяч человек. Число получивших лечение лиц уменьшилось по сравнению с прошлым годом на 3.6%, т.е на 7200 человек. Снижение число получивших лечение лиц было связано с тем обстоятельством, что в 2013 году в специальности гинекология отражали и финансирование услуг андрологии. Число женщин, получивших лечение в гинекологии, выросло в 2014 году по сравнению с 2013 годом на 0,7%, т.е. на 1200 женщин. Превышение бюджета случаев лечения вызвано ростом счетов за лечение, представленных на одно, получившее лечение лицо (рост по сравнению с прошлым годом составил 1,7%).

Структурное удорожание специальности в 2014 году составило +1,3%, в т.ч. в амбулаторном лечении -0,3% (структурное удешевление, которое среди прочего обусловлено и тем обстоятельством, что на получившее лечение одно лицо было представлено больше счетов за лечение), в дневном лечении +2,5% и стационарном лечении +4,0%.

В части стационарной гинекологии недовыполненным остался как бюджет родов, так и другой гинекологии. Вместо запланированных в бюджете 13,8 тысяч родов больничная касса финансировала в 2014 году 13.3 тысячи родов (из них 69 на основании договоров о выкупе очереди на лечение). Число родов снизилось в 2014 году, по сравнению с прошлым годом на 0,9%, в то же время остановился быстрый темп спада прошлых годов.

На основании договоров, заключенных для выкупа очередей на лечение за1100 случаев лечения уплачено 190 тысяч евро, что не оказало значительного влияния на выполнение всего бюджета специальности.

Доступность акушерства и гинекологии

Доступность гинекологии была удовлетворительной, поскольку в целом сроки ожидания находятся в границах допустимой максимальной длины.

Восстановительное лечение

Таблица 24. Выполнение бюджета восстановительного лечения в тысячах евро и количество случаев лечения

	2013 фактически		2014 бюджет		2014 фактически		Выполнение бюджета	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
Восстановительное лечение	**11 389**	**74 939**	**14 094**	**80 859**	**13 770**	**86 069**	**98%**	**106%**
амбулаторное лечение	5 374	67 748	7 003	73 716	6 792	78 770	97%	107%
стационарное лечение	6 015	7 191	7 091	7 143	6 978	7 299	98%	102%

В восстановительном лечении в бюджете запланирован рост финансирования на 2,7 миллиона евро, по сравнению с предыдущим годом; рост числа случаев лечения на 5,9 тысячи случаев лечения (см. таблицу 24). В части средней стоимости амбулаторного случая лечения в бюджете был запланирован рост с целью предоставить пациенту в случае одного восстановительного лечения больше процедур и исследований и отразить их на одном счете за лечение.

Бюджет был выполнен в части суммы на 98%, в части случаев лечения на 106%. По сравнению с прошлым годом финансирование восстановительного лечения возросло на 2.4 миллиона евро, число случаев лечения на 11 тысяч. Средняя стоимость случая лечения как в амбулаторном, так и стационарном лечении была значительно дешевле запланированной. Предположение, что в амбулаторном лечении процедуры и исследования будут отражены на одном счете за лечение, не было реализовано – число счетов за лечение, представленных на одно, получившее лечение лицо, выросло в амбулаторном лечении на 9,1%. В стационарном лечении уменьшилось число случаев лечения на получившее лечение лицо на 1.2%. Структурное удорожание специальности составило в 2014 году -7,6% (структурное удешевление), в т.ч. в амбулаторном лечении -7,9% (структурное удешевление), стационарном лечении +17,3%.

Больничная касса финансировала в восстановительном лечении в 2014 году лечение 56 тысяч человек – рост, по сравнению с прошлым годом составил 5,5% т.е. 3000 человек, в т.ч. число лиц, получивших лечение в амбулаторном лечении выросло на 6,6%, т.е. на 3000 человек, в стационарном лечении на 2,8%, т.е. на 200 человек. На основании договоров, заключенных для выкупа очередей на лечение в восстановительном лечении 1400 случаев лечения уплачено 100 тысяч евро, что не оказало значительного влияния на выполнение бюджета.

Доступность восстановительного лечения

В восстановительном лечении еще имеется достаточно места для развития в области доступности специальности, росту финансирования не сопутствовало укорочение сроков ожидания. По итогам двух периодов выросло количество первичных пациентов, но это прежде всего за счет приемов, превышающих разрешенную максимальную границу срока ожидания.

Выполнение договоров специальной медицинской помощи

В 2014 году Больничная касса выплатила лечебным учреждениям за 3,3 миллиона случаев специальной медицинской помощи 529,9 миллиона евро. Случаи лечения больниц плана развития больничной сети составили 82% и сумма 93% от выполнения бюджета специальной медицинской помощи. Начиная с 2014 года денежные объемы договоров в специальной медицинской помощи заключаются больше не поквартально, а на первое и второе полугодие, причем не выполненный в первые полгода объем договора не переносится автоматически на второе полугодие. Выполнение полугодового договора в значительной части зависит от организации работы лечебного учреждения - лечебное учреждение обязано обеспечить одинаковую доступность врачебной помощи. Для Больничной кассы важно, чтобы доступность врачебной помощи не ухудшилась к концу периода.

В таблице 25 представлены сводные данные относительно выполнения заключенных на 2014 год договоров больницами и партнерами плана развития больничной сети. В таблице 26 представлены данные договоров больниц плана развития больничной сети по каждой больнице. В представленных в таблицах 25 и 26 данных выполнения договоров отражены и услуги здравоохранения, финансируемые из государственного бюджета на основании Закона об искусственном оплодотворении и защите эмбриона, которые в выполнении бюджета Больничной кассы отражены в числе других расходов (см. главу 6).

Таблица 25. Выполнение договоров специальной медицинской помощи в тысячах евро

	2014 договор на I полугодие		2014 выполнение договора на I полугодие		2014 договор на II полугодие		2014 выполнение договора на II полугодие	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
Больницы ПРБС	**249 664**	**1 338 578**	**251 504**	**1 356 110**	**238 887**	**1 288 882**	**240 291**	**1 318 828**
Региональные больницы	139 306	514 092	139 704	519 049	132 281	489 683	133 323	502 593
Центральные больницы	77 482	567 910	79 093	582 961	74 846	548 512	75 527	564 634
Общие больницы и местная больница	32 876	256 576	32 707	254 100	31 760	250 687	31 441	251 601
Партнеры	**19 329**	**312 133**	**18 644**	**295 489**	**18 801**	**307 517**	**18 178**	**290 792**
Всего договоров о финансировании лечения	**268 993**	**1 650 711**	**270 148**	**1 651 599**	**257 688**	**1 596 399**	**258 469**	**1 609 620**
Выкуп очередей на лечение (период лечения 01.04.–31.12.14)	1 449	14 798	797	9 504	0	0	454	2 148
Всего	**270 442**	**1 665 509**	**270 945**	**1 661 103**	**257 688**	**1 596 399**	**258 923**	**1 611 768**

По сравнению с 2013 годом выросла сумма, выплаченная больницам плана развития больничной сети на 12%, партнерам (вместе с выполнением договоров, заключенных для выкупа очередей на лечение) на 1%. Число оказанных случаев лечения выросло в больницах плана развития больничной сети на 5%, число оказанных партнерами случаев лечения уменьшилось по сравнению с 2013 годом на 4%. Несмотря на изменения в финансировании (финансирование услуг больницам плана развития больничной сети растет быстрее), число приемов, зарегистрированных в очередях на лечение увеличивается в первую очередь в региональных и центральных больницах плана развития больничной сети. Застрахованные лица желают найти решение для проблем, связанных с их здоровьем, в первую очередь в больших больницах. Представленные в таблицах 25 и 26 данные о выполнении договора содержат все представленные Больничной кассе счета за лечение (в т.ч. и в качестве работы, превышающей объем договора с коэффициентом для уплаты представленных счетов за лечение в объеме суммы, в части

которой Больничная касса взяла на себя обязанность уплаты). В качестве переработки[5] региональные больницы представили для уплаты счета за лечение в объеме 2,9 миллиона евро, центральные больницы 3.0 миллионов евро, общие больницы и местная больница 0,6 миллиона евро; партнеры 0,2 миллиона евро.

Сумма, выплаченная региональным больницам (Северо-Эстонская региональная больница, Таллиннская детская больница и клиника Тартуского университета) выросла в 2014 году по сравнению с предыдущим годом на 10%, в региональных больницах было оказано на 4% больше случаев лечения, чем в 2013 году. Случаи лечения в региональных больницах составили в 2014 году 31% и сумма 52% от выполнения договоров специальной медицинской помощи. Клиника Тартуского университета и Северо-Эстонская региональная больница оказали как в I, так и II полугодии больше случаев лечения, чем было в договоре. В качестве переработки Северо-Эстонской региональной больнице было за 11 тысяч случаев лечения уплачено 2 миллиона евро, клинике Тартуского университета за 4 тысячи случаев лечения 0,8 миллиона евро. Таллиннская детская больница оказала в I полугодии всего больше случаев лечения, чем было в договоре, но в связи с более низкой, чем была в договоре стоимостью у лечебного учреждения не возникло в I полугодии потребности для представления переработки. Во II полугодии договор с Таллиннской детской больницей остался не выполненным как в части случаев лечения, так и суммы.

Сумма, выплаченная центральным больницам (Восточно-Таллиннская центральная больница, Ида-Вируская центральная больница, Западно-Таллиннская центральная больница, Пярнуская больница), выросла в 2014 году по сравнению с предыдущим годом на 13%, в центральных больницах было оказано на 5% больше случаев лечения, чем в 2013 году. Случаи лечения в центральных больницах составили в 2014 году 35%, и сумма 29% от выполнения договоров специальной медицинской помощи. Все центральные больницы оказывали как в первом, так и втором полугодии амбулаторные случаи лечения в размере, не меньшем, чем имелось в договоре. Все центральные больницы представили за оба полугодия часть счетов за лечение для оплаты в качестве переработки. Восточно-Таллиннская центральная больница за 16 тысяч случаев лечения 1, 7 миллиона евро, Ида-Вируская центральная больница за 1300 случаев лечения на 0,3 миллиона евро, Западно-Таллиннская центральная больница за 6500 случаев лечения 0,6 миллиона евро, Пярнуская больница за 3400 случаев лечения на 0,4 миллиона евро.

Общие больницы и местная больница (Хийумааская больница, Йыгеваская больница, Ярвамааская больница, Курессааре-ская больница, Южно-Эстонская больница, Ляэнемааская больница, Нарвская больница, Пылваская больница, Раквереская больница, Раплаская уездная больница, Валгаская больница, Вильяндиская больница) осуществили в 2014 году на 3% больше случаев лечения, чем в 2013 году. Сумма для этих лечебных учреждений выросла по сравнению с предыдущим годом на 8%. Удельный вес общих больниц и местной больницы в выполнении договоров специальной медицинской помощи составил в 2014 году в части случаев лечения 15%, в части суммы – 12%. В оба полугодия выполнили число амбулаторных случаев лечения, о которых был заключен договор и представили часть счетов в качестве переработки Ярвамааская больница, Раквереская больница, Южно-Эстонская больница, Ляэнемааская больница и Вильяндиская больница – этим больницам было уплачено всего за 2400 случаев лечения 0,5 миллиона евро. Йыгеваская больница и Валгаская больница выполнили число амбулаторных случаев лечения, о которых был заключен договор и представили часть счетов в качестве переработки за первое полугодие – в качестве переработки им всего за 300 случаев лечения была уплачена 61 тысяча евро. Пылваская больница и Раплаская уездная больница выполнили число амбулаторных случаев лечения, о которых был заключен договор, и представили часть счетов в качестве переработки за второе полугодие - в качестве переработки им всего за 680 случаев лечения было уплачено 0,1 миллиона евро. Хийумааская больница, Курессааре-ская больница и Нарвская больница не представили в 2014 году счета за лечение в качестве переработки - число случаев лечения, о которых был заключен договор, во втором полугодии выполнила Хийумааская больница, но в связи с более низкой, чем было запланировано, средней стоимостью случая лечения, у лечебного учреждения не возникло необходимости представлять переработку.

На договоры с партнерами и их выполнение оказал влияние проведенный в начале года конкурс по выбору партнеров в оказании специальной медицинской помощи. Для обеспечения пациентов постоянной помощью договорились с лечебными учреждениями, с которыми на новый договорной период (начиная с 01.04.2014) договор не был заключен, всего для финансирования незавершенного лечения и приема лиц, зарегистрированных в очередь на лечение. В договорах, заключенных с партнерами на новый период, число случаев лечения было аналогично предшествовавшему периоду (могли быть изменения по регионам). Относительно низкое выполнение договоров партнеров обусловлено и изменением структуры лиц, оказывающих услуги. Улечебных учреждений, у которых объем договоров в результате конкурса значительно уменьшился, имеются проблемы с соблюдением максимально допустимой продолжительности времени ожидания. Договоры с партнерами остались в значительном объеме недовыполненными во II квартале, после вступления в силу условий конкурса. Во втором полугодии удельный вес недовыполнения договоров уменьшился, в конце года партнеры представили к оплате также и переработку – всего партнерам за 5027 случаев лечения в качестве переработки было уплачено 0,2 миллиона евро. На основании

5 Переработка – оплачиваемая оказываемая на основании договоренности с Больничной кассой услуга, которая превышает договорный объем

договоров, заключенных для финансирования очередей на лечение, в 2014 году было уплачено за 12 тысяч случаев лечения 1,3 миллиона евро.

В нижеследующей таблице представлена информация о выполнении договоров специальной медицинской помощи больницами плана развития больничной сети в 2014 году по лечебным учреждениям.

Таблица 26. Выполнение договоров специальной медицинской помощи больницами плана развития больничной сети в тысячах евро

	2014 договор на I полугодие		2014 выполнение договора на I полугодие		2014 договор на II полугодие		2014 выполнение договора на II полугодие	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
Regional Hospitals								
Tallinna Lastehaigla SA	**10 382**	**89 348**	**10 347**	**90 484**	**10 433**	**89 006**	**10 153**	**87 108**
амбулаторное	3 764	79 302	3 802	78 953	3 910	78 957	3 837	76 014
дневное лечение	852	1 839	826	2 050	851	1 838	802	1 877
Стационарное с	5 766	8 207	5 719	9 481	5 672	8 211	5 514	9 217
TÜ Kliinikum SA	**62 979**	**247 201**	**62 738**	**250 332**	**59 294**	**233 979**	**59 641**	**239 860**
амбулаторное	19 978	217 384	19 792	220 574	18 510	206 511	19 074	212 342
дневное	2 976	6 695	2 945	6 709	2 838	6 094	2 795	6 142
стационарное	40 025	23 122	40 001	23 049	37 946	21 374	37 772	21 376
Põhja-Eesti Regionaalhaigla SA	**65 945**	**177 543**	**66 619**	**178 233**	**62 554**	**166 698**	**63 529**	**175 625**
амбулаторное	19 183	155 745	19 622	156 337	18 226	146 319	18 925	155 295
дневное лечение	2 505	3 626	2 540	3 791	2 523	3 511	2 482	3 264
стационарное	44 257	18 172	44 457	18 105	41 805	16 868	42 122	17 066
Центральные больницы								
Ida-Tallinna Keskhaigla AS	**34 505**	**237 809**	**35 682**	**248 087**	**32 714**	**228 049**	**33 251**	**234 212**
амбулаторное	13 598	215 699	14 241	225 087	13 039	207 555	13 290	213 562
дневное лечение	3 662	7 907	3 686	8 122	3 136	6 793	3 213	6 983
стационарное	17 245	14 203	17 755	14 878	16 539	13 701	16 748	13 667
Lääne-Tallinna Keskhaigla AS	**18 701**	**159 433**	**18 944**	**159 119**	**18 455**	**154 227**	**18 510**	**154 840**
амбулаторное	7 564	145 590	7 564	145 601	7 322	141 647	7 423	142 215
дневное лечение	1 527	2 756	1 547	2 574	1 699	2 623	1 716	2 635
стационарное	9 610	11 087	9 833	10 944	9 434	9 957	9 371	9 990
SA Ida-Viru Keskhaigla	**12 007**	**79 765**	**12 013**	**81 569**	**12 206**	**78 391**	**12 189**	**80 337**
амбулаторное	4 126	71 751	3 982	72 981	3 956	70 679	3 856	72 175
дневное лечение	952	1 809	961	1 845	969	1 763	999	1 779
стационарное	6 929	6 205	7 070	6 743	7 281	5 949	7 334	6 383
Pärnu Haigla SA	**12 269**	**90 903**	**12 454**	**94 186**	**11 471**	**87 845**	**11 577**	**95 245**
амбулаторное	4 063	81 433	4 244	84 319	3 905	78 917	4 112	86 311
дневное лечение	801	2 401	774	2 675	780	2 322	730	2 469
стационарное	7 405	7 069	7 436	7 192	6 786	6 606	6 735	6 465
Общие больницы и местная больница								

	2014 договор на I полугодие		2014 выполнение договора на I полугодие		2014 договор на II полугодие		2014 выполнение договора на II полугодие	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
Järvamaa Haigla AS	**2 377**	**21 590**	**2 374**	**21 829**	**2 303**	**20 800**	**2 289**	**21 545**
Амбулаторное	1 097	19 743	1 101	19 993	1 063	19 030	1 041	19 683
дневное лечение	115	397	120	403	100	356	100	373
Стационарное	1 165	1 450	1 153	1 433	1 140	1 414	1 148	1 489
Kuressaare Haigla SA	**3 238**	**25 650**	**3 153**	**23 666**	**3 086**	**24 684**	**3 009**	**24 384**
амбулаторное	998	22 947	961	21 217	959	22 125	951	22 055
дневное лечение	173	359	151	303	167	355	164	284
стационарное	2 067	2 344	2 041	2 146	1 960	2 204	1 894	2 045
Läänemaa Haigla SA	**1 862**	**16 610**	**1 895**	**17 136**	**1 762**	**15 636**	**1 763**	**15 987**
амбулаторное	609	15 021	645	15 522	573	14 139	578	14 554
дневное лечение	65	296	71	325	62	281	59	260
стационарное	1 188	1 293	1 179	1 289	1 127	1 216	1 126	1 173
AS Rakvere Haigla	**3 722**	**24 046**	**3 737**	**24 232**	**3 585**	**25 301**	**3 567**	**25 941**
амбулаторное	1 186	20 427	1 170	20 467	1 248	22 045	1 219	22 655
дневное лечение	151	641	160	703	118	525	124	555
стационарное	2 385	2 978	2 407	3 062	2 219	2 731	2 224	2 731
Lõuna-Eesti Haigla AS	**2 777**	**19 680**	**2 876**	**20 065**	**2 743**	**19 589**	**2 816**	**20 403**
амбулаторное	867	16 935	863	17 053	870	16 972	862	17 629
дневное лечение	221	707	221	715	181	579	189	630
стационарное	1 689	2 038	1 792	2 297	1 692	2 038	1 765	2 144
SA Narva Haigla	**6 422**	**52 457**	**6 242**	**51 419**	**6 147**	**49 194**	**5 933**	**46 897**
амбулаторное	2 191	45 793	2 045	44 807	2 003	43 064	1 886	40 798
дневное лечение	233	560	220	532	208	519	224	542
стационарное	3 998	6 104	3 977	6 080	3 936	5 611	3 823	5 557
Viljandi Haigla SA	**5 167**	**34 609**	**5 220**	**34 633**	**4 859**	**33 540**	**4 858**	**33 468**
амбулаторное	1 449	30 849	1 462	30 884	1 407	30 061	1 398	30 191
дневное лечение	146	520	134	495	135	481	135	486
стационарное	3 572	3 240	3 624	3 254	3 317	2 998	3 325	2 791
Valga Haigla AS	**1 749**	**16 738**	**1 800**	**16 883**	**1 758**	**16 968**	**1 732**	**16 609**
амбулаторное	645	15 094	645	15 094	655	15 349	644	15 021
дневное лечение	148	464	164	526	154	471	148	483
стационарное	956	1 180	991	1 263	949	1 148	940	1 105
SA Hiiumaa Haigla	**689**	**5 822**	**663**	**5 452**	**678**	**5 579**	**613**	**5 699**
амбулаторное	210	5 179	183	4 838	187	4 922	176	5 177
дневное лечение	38	172	32	146	29	153	18	114
стационарное	441	471	448	468	462	504	419	408
Põlva Haigla AS	**1 847**	**14 739**	**1 832**	**14 795**	**1 859**	**14 840**	**1 891**	**15 191**
амбулаторное	625	12 850	625	12 930	633	12 949	615	13 167

	2014 договор на I полугодие		2014 выполнение договора на I полугодие		2014 договор на II полугодие		2014 выполнение договора на II полугодие	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
дневное лечение	115	547	115	549	114	544	124	596
стационарное	1 107	1 342	1 092	1 316	1 112	1 347	1 152	1 428
Rapla Maakonnahaigla SA	**1 808**	**15 872**	**1 687**	**15 104**	**1 744**	**15 743**	**1 765**	**17 010**
амбулаторное	707	14 310	703	13 778	718	14 320	751	15 566
дневное лечение	118	303	84	251	122	289	105	257
стационарное	983	1 259	900	1 075	904	1 134	909	1 187
Jõgeva Haigla SA	**1 218**	**8 763**	**1 228**	**8 886**	**1 236**	**8 813**	**1 205**	**8 467**
амбулаторное	415	7 741	410	7 862	434	7 793	404	7 452
дневное лечение	31	109	32	108	31	108	31	105
стационарное	772	913	786	916	770	912	770	910
Больницы ПРБС всего	**249 664**	**1 338 578**	**251 504**	**1 356 110**	**238 887**	**1 288 882**	**240 291**	**1 318 828**
амбулаторное	83 275	1 193 793	84 060	1 208 297	79 618	1 153 354	81 042	1 181 862
дневное лечение	14 829	32 108	14 783	32 822	14 217	29 605	14 158	29 834
стационарное	151 560	112 677	152 661	114 991	145 051	105 923	145 091	107 132

Услуги здравоохранения, отраженные в счетах за лечение специальной медицинской помощи

В 2014 году Больничная касса финансировала услуги лечения специальной медицинской помощи (искл плата за готовность) на 518,8 миллиона евро.

Самую значительную часть на счетах за лечение специальной медицинской помощи в 2014 году составили исследования и процедуры (см. рисунок 13). Их финансирование растет несколько быстрее, чем общее финансирование специальной медицинской помощи, темп роста количества использования быстрее среднего (7% vs 6%). В случае лабораторных исследований число финансированных случаев использования росло значительно быстрее среднего. Увеличение доли исследований и процедур, а также лабораторных исследований в финансировании отражает технологическое развитие. Также важно обеспечить то, чтобы осуществленные исследования и процедуры были бы необходимы, избегание повторных исследований помимо безопасности пациента важно и для целесообразного использования медицинского страхования.

Снизилось число использования койко-дней. Стоимость растет в среднем темпе специальной медицины, так как с начала 2014 года в учет предельной цены койко-дней дополнительно были добавлены временные ресурсы врача. Компонент заработной платы предельной цены койко-дней вырос и в связи с договором о заработной плате работников здравоохранения.

Финансирование амбулаторных приемов выросло быстрее всего в части денежного объема по сравнению с этим число количеств использования было достаточно скромным. Компонент заработной платы предельной цены амбулаторного приема является достаточно высоким (напр. в первичном приеме врача 80% цены составляет затрата труда). Рост цен, обусловленный договором о заработной плате работников здравоохранения имел самое значительное влияние в случае амбулаторных приемов.

Финансирование лекарственных средств в бюджете специальной медицинской помощи в основном охватывает химиотерапию в онкологии и гематологии, биологическое лечение и использование других дорогостоящих специфических лекарств (напр. лекарства, используемые при пересадке органов). В случае с лекарственными средствами растет (в качестве исключения по сравнению с другими группами услуг) число использования, так как в бюджете услуг здравоохранения более подробный обзор дается в главе 3 настоящего отчета.

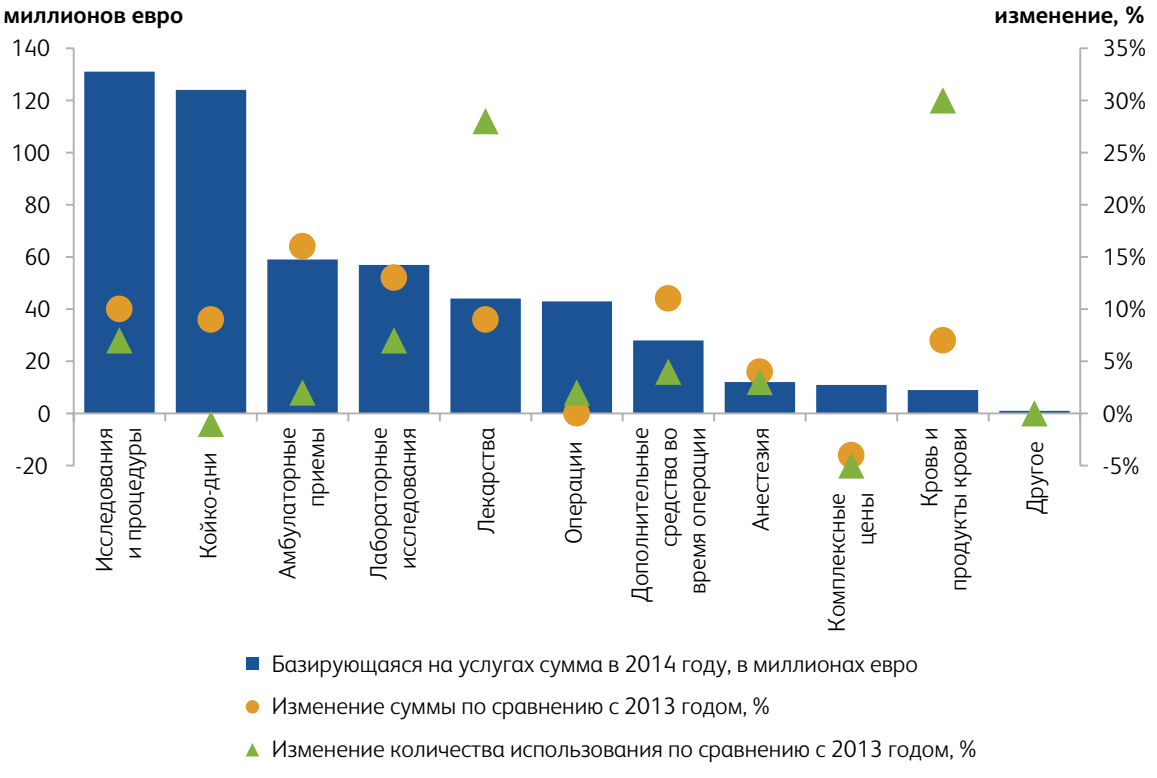


Рисунок 13. Услуги, отраженные на счетах за лечение специальной медицины в 2014 году по видам услуг

1.4. Сестринская помощь

В качестве денежного объема сестринской помощи в 2014 году было запланировано 23,9 миллиона евро, что на 16% больше, чем финансирование услуги лечения сестринской помощи в 2013 году (см. таблицу 27). Начиная с 1 января 2014 года из-за договора о заработной плате выросли цены на услуги здравоохранения. Опережение роста бюджета по сравнению с другими видами услуг здравоохранения был обусловлен необходимостью поддержать все большую растущую значимость деятельности сестринской помощи.

В 2014 году в связи с вступившим 20.01.2014 в силу постановлением «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» было выработано несколько изменений как в прейскуранте услуг здравоохранения сестринской помощи (обновлена предельная цена койко-дня стационарной услуги сестринской помощи и предельная цена услуги домашнего сестринского ухода), так и финансировании сестринской помощи в общем. Изменения в перечне услуг здравоохранения вступили в силу 01.01.2015.

В 2014 году Больничная касса выплатила за оказанные застрахованным лицам услуги сестринской помощи на 19% больше, чем в 2013 году. Увеличилось финансирование как амбулаторного, так и стационарного сестринского ухода на 19%. Частично рост обусловлен подъемом числа случаев лечения, а также и ростом предельной цены услуги. В стационарной сестринской помощи число случаев лечения выросло на 2%. Бюджет стационарной сестринской помощи был превышен в связи с финансированием лечения людей, зарегистрированных в очередях на лечение, в учреждениях, где в результате конкурса не был заключен договор финансирования лечения на новый период. Число случаев лечения гериатрической оценки уменьшилось на 3%.

Больше всего число случаев лечения увеличилось в домашнем сестринском уходе – на 8%. Рост случаев лечения в домашнем сестринском уходе в опережающем темпе было приоритетом Больничной кассы в сестринской помощи, чтобы улучшить доступность услуги домашнего сестринского ухода. Превышение бюджета домашней сестринской помощи связано помимо выкупа очередей на лечение также и улучшением доступности услуги. Решением Совета Больничной кассы в бюджете сестринской помощи 2014 года в резерве было оставлено 300 тысяч евро. Запланированные резервные средства были использованы для улучшения доступности домашней сестринской помощи.

2/3 случаев лечения домашней сестринской помощи оказывается партнерами. На проведенном во втором полугодии 2014 года конкурсе по выбору дополнительных партнеров больше чем раньше было обращено внимания на улучшение географической доступности услуги и унифицированию. Выбор оказывающих услуги лиц был оглашен и договоры подписаны таким образом, что оказывающее услуги лицо должно осуществлять услуги в первую очередь в том регионе, где он выиграл конкурс – например, если оказывающее услугу лицо участвовало в конкурсе по оказанию услуги в волости, находящейся вне города, то и при выполнении договора следует обеспечить оказание услуги именно в этой волости. Раньше, когда такого ограничения не было, оказание услуги скапливалось в городах, а не в сельских регионах. Улучшение доступности услуги сестринского домашнего ухода является приоритетом Больничной кассы и потому, что в отличие от стационарной сестринской помощи это не требует от пациента собственного участия.

Таблица 27. Выполнение бюджета сестринской помощи в тысячах евро и число случаев лечения

	2013 фактически		2014 бюджет		2014 фактически		Выполнение бюджета	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
Стационарная сестринская помощь	16 362	18 647	19 197	19 293	19 493	19 055	102%	99%
Домашняя сестринская помощь	4 152	34 101	4 337	32 580	4 946	36 844	114%	113%
Гериатрическая оценка	93	1 439	103	1 466	98	1 400	95%	95%
Резерв	0	0	300	0	0	0	-	-
Всего	**20 607**	**54 187**	**23 937**	**53 339**	**24 537**	**57 299**	**103%**	**107%**

*Начиная с 2014 года домашнее поддерживающее лечение онкологических больных отражается в числе домашней сестринской помощи

Число домашних сестринских визитов выросло по сравнению с тем же периодом прошлого года на 9%. Также выросло и количество получивших услугу лиц. Среднее число визитов на одного человека выросло с 29,3 визитов на одно лицо в 2013 году до 29,8 визитов на одно лицо в 2014 году (см. таблицу 28).

Таблица 28. Визиты сестринской помощи и число получивших услугу лиц

	2013 фактически		2014 фактически		Изменение, по сравнению с 2013 годом	
	Визитов	Лиц	Визитов	Лиц	Визитов	Лиц
Число визитов и лиц	231 949	7 923	252 490	8 461	9%	7%

Доступность сестринской помощи

Из всех зарегистрированных в очереди на лечение получения сестринской помощи 96% происходит в пределах максимальной допустимой границы длины очереди на лечение – в общем сроки ожидания находятся в пределах допустимой границы длины очереди на лечение, в отдельных лечебных учреждениях и для получения сестринской помощи может быть продолжительное время ожидания. Обзор доступности услуг здравоохранения (в т.ч. и сестринская помощь) опубликован на домашней странице Больничной кассы.

Выполнение договоров сестринской помощи

В 2014 году Больничная касса уплатила лечебным учреждениям за случаи лечения сестринской помощи 24.5 миллиона евро. Случаи лечения больниц плана развития больничной сети составили 42% и сумма 58% от выполнения договоров сестринской помощи. В таблице 29 представлен обзор выполнения договоров сестринской помощи в 2014 году.

Таблица 29. Выполнение договоров сестринской помощи в тысячах евро

	2014 договор I полугодия		2014 выполнение договора I полугодия		2014 договор II полугодия		2014 выполнение договора II полугодия	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
Больницы ПРБС	**7 057**	**11 871**	**6 928**	**11 948**	**7 214**	**12 427**	**7 183**	**12 142**
Региональные больницы	718	1 167	718	1 154	718	1 165	705	1 122
Амбулаторная сестринская помощь	88	590	88	596	89	589	89	582
Стационарная сестринская помощь	630	577	630	558	629	576	616	540
Центральные больницы	3 224	4 669	3 123	4 350	3 256	4 899	3 256	4 475
Амбулаторная сестринская помощь	256	1 850	288	2 039	286	2 061	286	2 100
Стационарная сестринская помощь	2 968	2 819	2 835	2 311	2 970	2 838	2 970	2 375
Общие больницы и местная больница	3 114	6 035	3 086	6 444	3 240	6 363	3 222	6 545
Амбулаторная сестринская помощь	468	3 266	455	3 505	522	3 511	523	3 576
Стационарная сестринская помощь	2 647	2 769	2 631	2 939	2 718	2 852	2 698	2 969
Партнеры	**5 052**	**15 334**	**5 019**	**15 362**	**4 989**	**16 334**	**4 910**	**16 746**
Амбулаторная сестринская помощь	1 473	11 606	1 480	11 667	1 795	12 893	1 718	13 364
Стационарная сестринская помощь	3 579	3 728	3 538	3 695	3 194	3 441	3 192	3 382
Всего договоров финансирования лечения	**12 109**	**27 205**	**11 946**	**27 310**	**12 203**	**28 761**	**12 093**	**28 888**
Амбулаторная сестринская помощь	2 284	17 312	2 312	17 807	2 692	19 054	2 616	19 622
Стационарная сестринская помощь	9 824	9 893	9 635	9 503	9 511	9 707	9 477	9 266
Выкуп очередей на лечение (договорной период 01.07.–31.12.2014)	0	0	0	0	532	1 483	498	1 101
Амбулаторная сестринская помощь	0	0	0	0	130	1 095	117	815
Стационарная сестринская помощь	0	0	0	0	402	388	381	286
Всего	**12 109**	**27 205**	**11 946**	**27 310**	**12 735**	**30 244**	**12 591**	**29 989**
Амбулаторная сестринская помощь	2 284	17 312	2 312	17 807	2 822	20 149	2 733	20 437
Стационарная сестринская помощь	9 824	9 893	9 635	9 503	9 913	10 095	9 858	9 552

При заключении договоров по оказанию сестринской помощи Больничная касса учитывала потребность улучшит в первую очередь доступность домашней сестринской помощи – на соответствующую потребность среди прочего указал и Государственный контроль, ознакомив Больничную кассу в конце 2014 года с рекомендациями аудита сестринской помощи, который был опубликован в 2015 году. В стационарной сестринской помощи целью Больничной кассы является в первую очередь унифицирование географической доступности. Договоры сестринской помощи были выполнены в части суммы на 99% и в части случаев лечения на 100%, в стационарной сестринской помощи денежное выполнение составило 99%, выполнение случаев лечения 95%, в домашней сестринской помощи денежное выполнение составило 99%, и выполнение случаев лечения 102%.

По сравнению с 2013 годом сумма, уплаченная больницам плана развития больничной сети, выросла на 28%, партнерам (вместе с выполнением договоров, заключенных для выкупа очередей на лечение) на 9%. Число случаев лечения, оказанных в сестринской помощи, выросло в больницах плана развития больничной сети на 9%, у партнеров на 3%.

Сумма, уплаченная региональным больницам (Северо-Эстонская региональная больница и клиника Тартуского университета) выросла в 2014 году по сравнению с предыдущим годом на 8%, в региональных больницах было оказано на 2% меньше чем в 2013 году случаев лечения сестринской помощи. Договоры 2014 года были выполнены в денежном объеме на 99% и в части случаев лечения на 98%. Северо-Эстонская региональная больница оказывает стационарно сестринскую помощь, в обоих полугодиях лечебное учреждение выполнило сумму договора на 100%, средняя стоимость случая лечения была несколько выше той, которая была в договоре. Клиника Тартуского университета оказывает как стационарно сестринскую помощь, так и услугу домашней сестринской помощи, и гериатрическую оценку. Выполнение договора соответствовало запланированному в I полугодии, во II полугодии лечебное учреждение оказало всего в объеме, меньше указанного в договоре стационарной сестринской помощи, оказание домашней сестринской помощи и гериатрической оценки соответствовало указанному в договоре. Таллиннская детская больница не оказывает лечебных услуг сестринской помощи.

Сумма, уплаченная центральным больницам (Восточно-Таллиннской центральная больница, Западно-Таллиннская центральная больница, Пярнуская больница) выросла в 2014 году, по сравнению с предыдущим годом на 37%, в центральных больницах было оказано на 14% больше случаев лечения, чем в 2013 году. Договоры в 2014 году были выполнены в денежном объеме на 98% и в части случаев лечения на 92%. По сравнению с 2013 годом оказание услуг сестринской помощи значительно выросло в Ида-Вируской центральной больнице и Западно-Таллиннской центральной больнице. В Ида-Вируской центральной больнице недовыполнен по сравнению с запланированным договорный объем стационарной сестринской помощи, но в то же время больше запланированного оказано услуг домашнего сестринского ухода. Всего договор все же остался в некоторой мере недовыполненным. Договор Западно-Таллиннской центральной больницы в денежном объеме выполнен, но из-за значительно более высокой, чем запланированная, средней стоимости стационарного случая лечения сестринской помощи, в части случаев лечения договор недовыполнен почти на 700 случаев. Договор Восточно-Таллиннской центральной больницы остался недовыполненным как в денежной части, так и части случаев лечения. Пярнуская больница выполнила договор в соответствии с планом.

Общие больницы и местная больница (Хийумааская больница, Йыгеваская больница, Ярвамааская больница, Куressaареская больница, Южно-Эстонская больница, Ляэнемааская больница, Нарвская больница, Пылваская больница, Раквереская больница, Раплаская уездная больница, Валгаская больница, Вильяндиская больница) осуществили в 2014 году на 8% больше случаев лечения сестринской помощи, чем в 2013 году. Сумма, уплаченная общим больницам за случаи лечения сестринской помощи, выросла по сравнению с предыдущим годом на 24%. По сравнению с 2013 годом оказание услуг лечения сестринской помощи в наиболее значительной мере выросло в Нарвской больнице и Ракверескай больнице. Договоры сестринской помощи были выполнены в части суммы на 99% и в части случаев лечения на 105%, в стационарной сестринской помощи и домашней сестринской помощи денежное выполнение также составило 99%, и выполнение случаев лечения – 105%.

Число случаев лечения сестринской помощи, оказанное партнерами, выросло в 2014 году по сравнению с 2013 годом на 3%, сумма, уплаченная партнерам за оказание сестринской помощи, выросла по сравнению с предыдущим годом на 9%. На предложение партнерами услуги сестринской помощи оказал влияние и проведенный в 2014 году конкурс по выбору партнеров. С теми лечебными учреждениями, с которыми на новый период договор не был заключен, договорились о продолжении лечения находящихся на лечении пациентов до конца года – на основании договоров, заключенных для финансирования очередей на лечение во II полугодии 2014 года было уплачено за 815 случаев лечения домашней сестринской помощи 117 тысяч евро и за 286 случаев лечения стационарной сестринской помощи 381 тысячу евро. Договоры сестринской помощи были выполнены в части суммы на 99% и в части случаев лечения на 100%, в стационарной сестринской помощи денежное выполнение составило 99% и выполнение случаев лечения 97%, в домашней сестринской помощи денежное выполнение составило 98% и выполнение случаев лечения 101%.

Обзор выполнения договора о сестринской помощи по лечебным учреждениям опубликован на домашней странице Больничной кассы.

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 лечебному учреждению только в случае неотложной помощи. Денежные компенсации в стоматологии (компенсация протезов, компенсация за лечение зубов) рассматриваются в бюджете отдельно - о денежных компенсациях представление дает глава 5 данного отчета

Таблица 30. Выполнение бюджета стоматологии в тысячах евро и число случаев лечения

	2013 фактически		2014 бюджет		2014 фактически		Выполнение бюджета	
	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения	Сумма	Число случаев лечения
Детская стоматология	15 032	309 240	16 192	300 797	15 735	309 697	97%	103%
Профилактика стоматологических заболеваний у детей	294	18 986	331	19 813	300	18 179	91%	92%
Ортодонтия	3 560	46 267	3 840	46 217	3 689	45 905	96%	99%
Неотложная стоматологическая помощь взрослым	885	20 160	884	18 618	926	19 976	105%	107%
Всего	**19 771**	**394 653**	**21 247**	**385 445**	**20 650**	**393 757**	**97%**	**102%**

При планировании стоматологии в бюджете планировался рост суммы на 1,5 миллиона евро по сравнению с предыдущим годом; в части случаев лечения спад составил 9200 случаев лечения, причиной чего стало уменьшение общего количества детей в возрасте 0–19 лет. Бюджет стоматологии был выполнен в части случаев лечения на 102%, в части суммы на 97%. По сравнению с предыдущим годом финансирование стоматологии выросло на 0,9 миллиона евро, число случаев лечения уменьшилось на 900 (см. таблицу 30).

Детская стоматология и профилактика стоматологических заболеваний планируются, начиная с 2015 года в бюджете Больничной кассы в качестве одного ряда – в большей части целевая группа совпадает, разделение профилактики и лечения в таком виде не требуется. В 2014 году Больничная касса финансировала услуги стоматологии, оказанные 147 тысячам детей (искл ортодонтия). Число детей, услуги лечения зубов которых и профилактики стоматологических заболеваний финансировала Больничная касса, по сравнению с двумя периодами возросло на 1100 ребенка. Число случаев лечения в сравнении двух периодов снизилось на 350 случаев лечения, но это в первую очередь обусловлено уменьшением количества счетов, представленных за лечение одного лица.

Целевой группой профилактики детских стоматологических заболеваний в 2014 году были дети, которые родились в 2002, 2005, 2007и 2008 годах. На следующем рисунке представлено финансирование услуг лечения зубов у детей, входящих в целевую группу по уездам. В качестве уезда в нем перечислен список того семейного врача, куда входит ребенок. Обязанность рекомендации приема профилактики стоматологических заболеваний лежит на семейных сестрах и школьных медсестрах – это регулируется как в должностной инструкции семейного врача и работающего с ним работника здравоохранения, так и в постановлении, регулирующем работу школьной медсестры. В случае с детьми рассматриваемых годов рождения, больше всего детей, посетивших в течение года стоматолога, проживает на Сааремаа (85%). Меньше всего детей посетило стоматолога в Рапламаа и Ляэнемаа (65%) (см. рисунок 14). Усиления требует сотрудничество семейных сестер, школьных медсестер и стоматологов. Для продолжения обеспечения предложения услуг стоматологии во всех уездах Эстонии Больничная касса проведет в 2015 году конкурс для выбора партнеров.

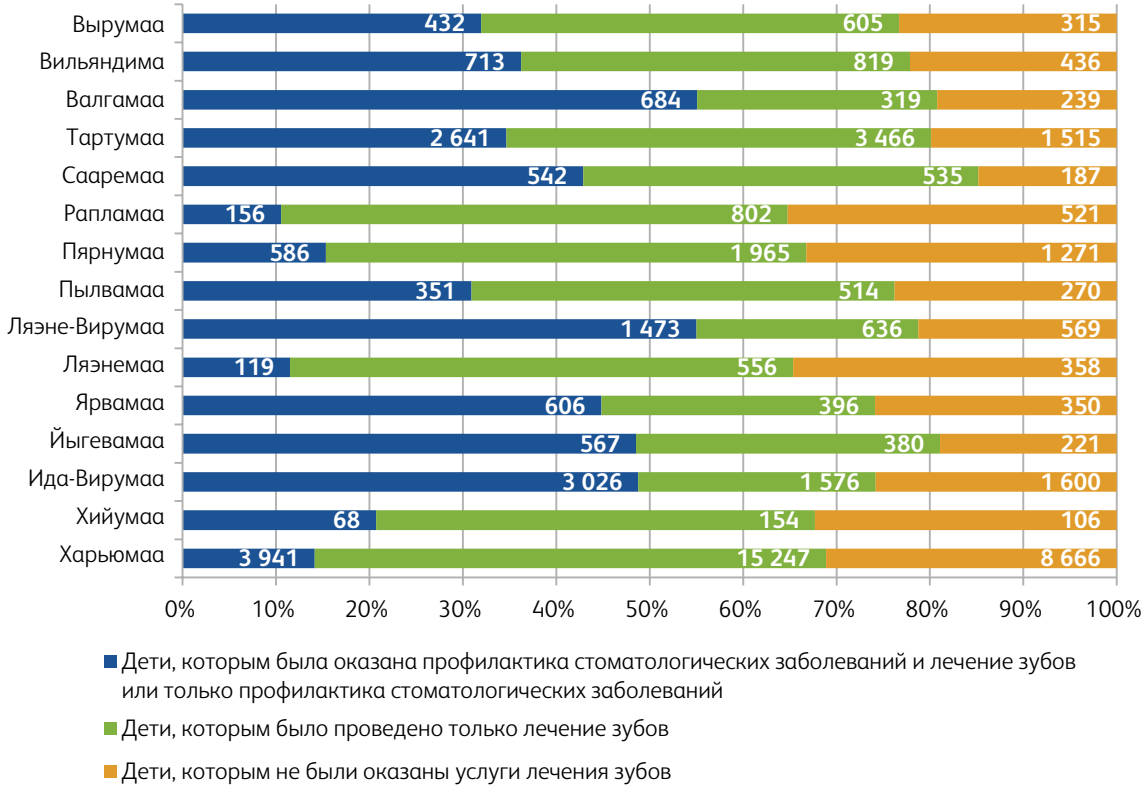


Рисунок 14. Участие детей указанного в договоре финансирования профилактического осмотра на 2013 год года рождения в профилактической проверке или получении стоматологических услуг в абсолютной и относительной величине от всех детей соответствующего года рождения – на основании списка семейного врача

В ортодонтии был запланирован рост финансирования на 0,3 миллиона евро; уменьшение случаев лечения на 50 случаев лечения. Бюджет был выполнен в части суммы на 96%, в части случаев лечения на 99%. По сравнению с предыдущим годом финансирование ортодонтии выросло на 0,1 миллиона евро, число случаев лечения уменьшилось на 360. В ортодонтии также уменьшение случаев лечения обусловлено уменьшением количества счетов, представленных за лечение одного лица. Число получивших лечение лиц в сравнении двух периодов выросло на 1,4%, т.е. на 300 детей, что можно считать позитивным.

В финансировании неотложной стоматологической помощи взрослым в бюджете планировалось оставление суммы на уровне использования в предыдущем году, уменьшение случаев лечения на 1500. Бюджет был выполнен в части суммы на 105%, в части случаев лечения на 107%. По сравнению с предыдущим годом финансирование неотложной стоматологической помощи взрослым выросло на 41 тысячу евро, число случаев лечения уменьшилось на 180. Всего в 2014 году финансирование неотложной стоматологической помощи взрослым по сравнению с тем же периодом прошлого года уменьшилось как в части случаев лечения, так и в части случаев получивших лечение лиц. Перевыполнение бюджета обусловлено тем обстоятельством, что в бюджете предполагалось более быстрое снижение использования.

Доступность стоматологии

Время ожидания в стоматологии в общем случае соответствует допустимой максимальной продолжительности очереди на лечение. В случае с услугами ортодонтии время ожидания соответствует допустимой максимальной продолжительности очереди на лечение в случае с 97% приемов, зарегистрированных в очереди на лечение, в части других услуг детской стоматологии 96% приемов, зарегистрированных в очереди на лечение, происходит в границах максимальной продолжительности очереди на лечение. Обзор доступности услуг здравоохранения (в т.ч. стоматологии) опубликован на домашней странице Больничной кассы.

2. Развитие здоровья

Больничная касса финансирует развитие здоровья, исходя из программы развития Больничной кассы, чтобы достичь целей программы развития здоровья населения. Развитие здоровья и благополучия населения происходит более результативно, если свой вклад в это активно вносит несколько учреждений, которые сотрудничают во имя общей цели. Деятельность по развитию здоровья финансируют помимо Больничной кассы также Министерство социальных дел и Институт развития здоровья.

Из запланированных на 2014 год на развитие здоровья ресурсов было использовано 857 тысяч евро или 85,7% бюджета. Недовыполнение в основном связано со взвешенным переносом определенной деятельности на 2015 год. На выполнение бюджета влияют также экономически более дешевые предложения по государственным заказам. В 2014 году в основном остались неиспользованными ресурсы, направленные на инструкции для пациентов (см. таблицу 31).

Таблица 31. Выполнение бюджета развития здоровья в тысячах евро

	2013 фактически	2014 бюджет	2014 фактически	Выполнение бюджета
Деятельность, направленная на развитие здоровья детей	157	170	189	111%
Профилактика травм и отравлений, получаемых дома и во время досуга	243	250	250	100%
Деятельность, направленная на повышение осведомленности пациента	306	580	418	72%
Всего	**706**	**1 000**	**857**	**86%**

В рамках проекта предотвращения травм очередные мероприятия состоялись в 17 районах, где основной целью было поднятие способности района в уменьшении травм, получаемых дома и во время досуга- в том числе и уменьшение повреждений здоровья, обусловленных алкоголем и отравлением. В ходе проекта состоялись и молодежные лагеря по теме безопасности для учащихся 6 – 8 классов, в ходе которых учителя также получили необходимое обучение. Проект «Предотвращение травм, получаемых дома и во время досуга» закончился в 2014 году.

В рамках проекта, посвященного здоровью зубов у детей, деятельность прошла во всей стране. Основной целью проекта было формирование у детей гигиены рта и привычек питания для предотвращения кариеса и повышение осведомленности родителей и взаимосвязанных групп о здоровье рта. Охват целевой группы проекта составил 1659 детей и 161 родителя. В рамках проекта был проведен 81 курс в 44 различных учреждениях образования. В обучении участвовали 82 школьных медсестер и 261 работник здравоохранения, а также 340 учителей/воспитателей детских садов. во всех уездах прошли инфо-дни для взаимосвязанных групп. Была обновлена домашняя страница проекта, которая стала более дружелюбной для пользователя. Была подготовлена веб-инструкция «Здоровье полости рта в школе», которая доступна в электронном виде на странице www.kiku.hambaarst.ee. В ходе проекта было опубликовано 17 статей на тему здоровья рта, которые были опубликованы в общегосударственных газетах, проведены интервью как на радио, так и телевидении.

В рамках проекта, направленного на развитие здоровья детей «Развитие здоровья в школе и детском саду» деятельность проводилась по всей стране. Общей целью проекта является развитие среды, поддерживающей здоровье в школах и детских садах и рост способности проведения в жизнь действий, направленных на развитие здоровья детей. В рамках проекта были проведены курсы повышения квалификации для углубления способа мышления, направленного на развитие здоровья и применения на практике информации о здоровье, где всего приняли участие представители 120 учреждений образования, всего 240 работников. Сети сотрудничества действуют через представителя в каждом уезде в 18 районах, где координаторами было проконсультировано 270 учреждений. Сестры, работающие с диабетиками, проконсультировали и обучили 428 работников учреждений образования и родителей. В том числе 90 детей/учащихся из 33 учреждений. В рамках проекта в сотрудничестве с Объединением больных диабетом детей и молодёжи был напечатано и распределено 4 инструкции по теме диабета. К концу 2014 года к сети развития здоровья TEL[6] присоединилось 15 дошкольных учреждений образования и к сети TEK[7] 7 общеобразовательных школ, всего 22 учреждения образования. Всего в сеть входит 450 учреждений образования, что составляет 41,7% от всех учреждений образования.

6 TEL – детские сады, занимающиеся развитием здоровья

7 TEK – школы, занимающиеся развитием здоровья

В целях развития системы здравоохранения 06 июня 2014 года в Пярну прошла все-эстонская конференция по развитию здоровья «Все на благо здоровья!», в которой участвовало 276 человек. Участники конференции оценили организацию конференции, содержание и претворение в жизнь как превосходные. В июне 2014 года в Пярну прошли трехдневные курсы по составлению инструкций, целью которых была презентация новой методики: в составлении области рассмотрения, проведении поисков, оценивании инструкций по лечению с использованием инструмента AGREE, оценивания доказательственного материала по принципам GRADE и составлении рекомендаций. В курсах участвовало более 54 работников здравоохранения. В качестве приглашенного лектора на курсах принимал участие профессор Холгер Шюнеманн из Канады.

Для повышения осведомленности людей в первом полугодии 2014 года прошла на первичном уровне кампания «Решение вопросов о здоровье начинается со своего семейного врача и семейной сестры». Цель кампании поднять осведомленность людей о возможностях системы здравоохранения на первичном уровне. В кампании хотели открыть суть предлагаемой семейным врачом и семейной сестрой услуги таким образом, чтобы люди поняли, что семейный врач является врачом-специалистом и умеет диагностировать и лечить большинство болезней. Проводимая на первичном уровне кампания была продолжена в качестве повторения во втором полугодии 2014 года. Замечаемость кампании в случае первичной кампании составила 84%, в случае с повторной кампанией замечаемость была на таком же хорошем уровне – 83% населения и первичной целевой группы. Приложения к газетам о здоровье, отражающие темы Больничной кассы, начиная с февраля выходили в шести самых больших ежедневных и еженедельных газетах, дополнительное внимание в этом году уделялось русскоязычному читателю из региона Ида-Вирумаа, сотрудничество проводится с газетой Põhjarannik (Северное побережье). .

В качестве изданий для детей по теме здоровья в качестве повторного издания было издано печатное издание «Диабет у детей и молодежи», а также новый детский календарь на тему зубов. Заказано новое оформление изданий, целью которого является то, чтобы все финансируемые Больничной кассой издания были бы одинаково узнаваемы. Продолжающаяся деятельность в части шести повторных изданий перенесена на I полугодие 2015 года.

Целью развития проекта консультирования кризиса беременности является обеспечение доступности целесообразного консультирования беременных женщин и их близких, для того, чтобы в вопросах, связанных с беременностью принимались бы информированные решения, поднята осведомлённость о возможных рисках, а также для того, чтобы проинформировать о гарантированных государством услугах поддержки и пособиях. Консультирование кризиса беременности включает в себя оценивание состояния клиента, с использованием диагностического интервью, после чего следует предоставление прогноза и планирование вмешательства. В 2014 году на основании направлений при поддержке Больничной кассы было проконсультировано 220 разных лиц в 4500 случаях, что составляет в среднем 2 обращения на одного клиента.

3. Компенсируемые лекарства для застрахованных

Компенсируемые Больничной кассой лекарства, которые пациент может употреблять самостоятельно, выдаются в аптеке на основании рецепта, выписанного работником здравоохранения. 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 размеры льгот, установленные постановлениями Правительства республики и министра социальных дел, которые в свою очередь, 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. В 2014 году застрахованным лицам было компенсировано льготных лекарств на общую сумму 109,8 миллиона евро, бюджет был выполнен на 100% (см. таблицу 32).

Таблица 32. Выполнение бюджета компенсированных застрахованным лицам лекарств в тысячах евро

	2013 фактически	2014 бюджет	2014 фактически	Выполнение бюджета
100% компенсируемые лекарств	50 919	54 200	53 630	99%
90% компенсируемые лекарства	30 231	32 200	32 796	102%
75% компенсируемые	5 738	6 100	5 973	98%
50% компенсируемые лекарства	16 503	17 500	17 354	99%
Всего	**103 391**	**110 000**	**109 753**	**100%**

Финансирование компенсации лекарств выросло по сравнению с 2013 годом на 6,2 %. На рост повлияло с одной стороны увеличение количества льготных рецептов, а с другой стороны увеличение средней стоимости льготного рецепта. Количество льготных рецептов увеличилось за год на 3%, это отражает рост применения лекарств, что больше всего выразилось в части дорогих льготных лекарствах, компенсируемых на 100%. Средняя стоимость льготного рецепта для Больничной кассы также выросла на 3%. В части льготных лекарств, компенсируемых на 100%, средняя стоимость, снизилась на 1%, что обусловлено в основном снижением цен в сегменте определенных лекарств, используемых в гематологии. Рост средней стоимости рецепта был самым высоким у льготных рецептов, компенсируемых на 90%, что обусловлено началом компенсации в бюджетный период боле новых, чем использованные до настоящего времени, лекарств (например, новые антикоагулянты для профилактики инсульта) (см. таблицу 33).

Таблица 33. Количество и средняя стоимость льготных рецептов для Больничной кассы

	2013 фактически		2014 фактически		Изменение по сравнению с 2013годом	
	Число Льготных рецептов	Средняя стои-мость льготно рецепта для Больничной кассы	Число Льготных рецептов	Средняя стои-мость льготно рецепта для Больничной кассы	Число Льготных рецептов	Средняя стои-мость льготно рецепта для Больничной кассы
100% компенсируемые лекарства	845 903	60,19	900 451	59,56	6%	-1%
90% компенсируемые лекарства	2 774 212	10,90	2 858 018	11,48	3%	8%
75% компенсируемые лекарства	558 438	10,28	565 074	10,57	1%	3%
50% компенсируемые лекарства	3 446 582	4,79	3 560 116	4,87	3%	2%
Всего	**7 625 135**	**13,56**	**7 883 659**	**13,92**	**3%**	**3%**

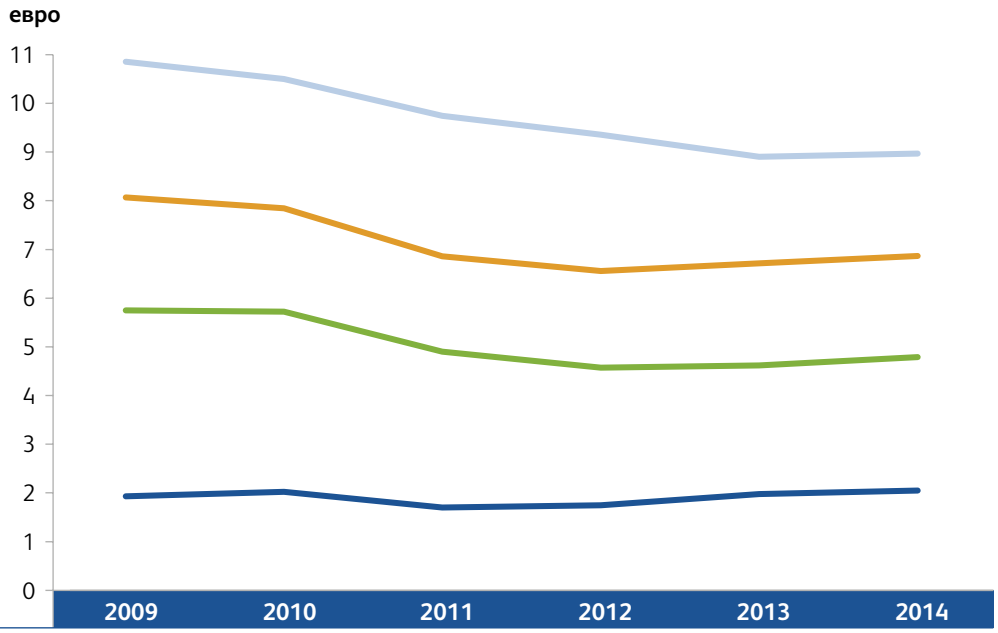
В итоге в 2014 году Больничная касса финансировала льготные лекарства в среднем на 89 евро на одного застрахованного пациента, и по сравнению с прошлым годом эта сумма выросла на 6% (см. рисунок 15).

Рисунок 15. Общие расходы по компенсации лекарств и расходы на одного застрахованного в 2005–2014 годах

Хотя все больше используется более новых и дорогостоящих лекарств, собственное участие застрахованного при покупке рецептурных лекарств оставалось стабильным. В качестве относительного числа оно снизилось за год с 32.1% до 31.7%, и средняя стоимость рецепта составила для пациента 6,46 евро (см. таблицу 34 и рисунок 16).

Таблица 34. Собственное участие застрахованного в процентах

	2013 фактически	2014 фактически	Изменение по сравнению с 2013 годом
100% льготные рецепты	3,20	3,30	0,1%
90% льготные рецепты	29,80	28,80	-1,0%
75% льготные рецепты	39,50	39,40	-0,1%
50%льготные рецепты	65,00	64,80	-0,2%
Всего	**32,10**	**31,70**	**-0,4%**



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
50% размер льготы	10,85	10,50	9,74	9,36	8,91	8,97
75% размер льготы	8,07	7,85	6,86	6,56	6,71	6,86
90% размер льготы	5,75	5,72	4,90	4,57	4,62	4,79
100% размер льготы	1,93	2,02	1,70	1,75	1,98	2,05

Рисунок 16. Средняя стоимость рецепта для пациента в евро

В 2014 году врачами было выписано уже 86% рецептов на основе действующего вещества. Таким образом, дальнейшее снижение собственного участия может быть обусловлено сознательным решением пациентов, принимаемым вместе с аптекарем. В течение 2014 года было начато компенсирование 19 новых действующих веществ. Это значительно больше по сравнению с пятью новыми действующими веществами в 2013 году. Расширился выбор лекарств в случае хронической обструктивной болезни легких, гепатита С, диабета второго типа, подагры, а также в случае получивших далекое развитие форм рака поджелудочной железы, почек и предстательной железы. Из них важнейшими можно считать (сопутствовало значительное влияние на бюджет и скачок в качестве лечения) рассчитанные для профилактики инсульта т.н. новые антикоагулянты, лекарства от гепатита С и различные лекарства для лечения предстательной железы.

В определенных случаях Больничная касса компенсирует лекарства и в порядке исключения на основании индивидуального ходатайства пациента. Такой порядок применяется в основном в том случае, если в Эстонии отсутствует разрешение на продажу необходимого для пациента и используемого амбулаторно лекарства и поэтому лекарство не может входить и в

перечень лекарств Больничной кассы. В 2014 году компенсацию в порядке исключения получили 2357 человек на общую сумму в 620 тысяч евро.

Больше всего средств медицинского страхования требуется для компенсации лечения сахарного диабета, что в свою очередь обусловлено в основном инсулиновыми препаратами. Сумма на лекарства лечения диабета выросла за год на 9,4%. Относительно стабильным остается занимающий в данный момент второе место расход на лекарства от гипертензии. Денежный объем лекарств от рака в бюджете льготных лекарств снизился, но следует учитывать то, что многие новые лекарства от рака используются в больницах и поэтому расход на льготные лекарства не отражает при данном диагнозе компенсации всех лекарств на лечение рака. Больше всего выросла компенсация лекарств от вирусного гепатита С, причиной чего является использование новых и более эффективных чем прежде лекарств.

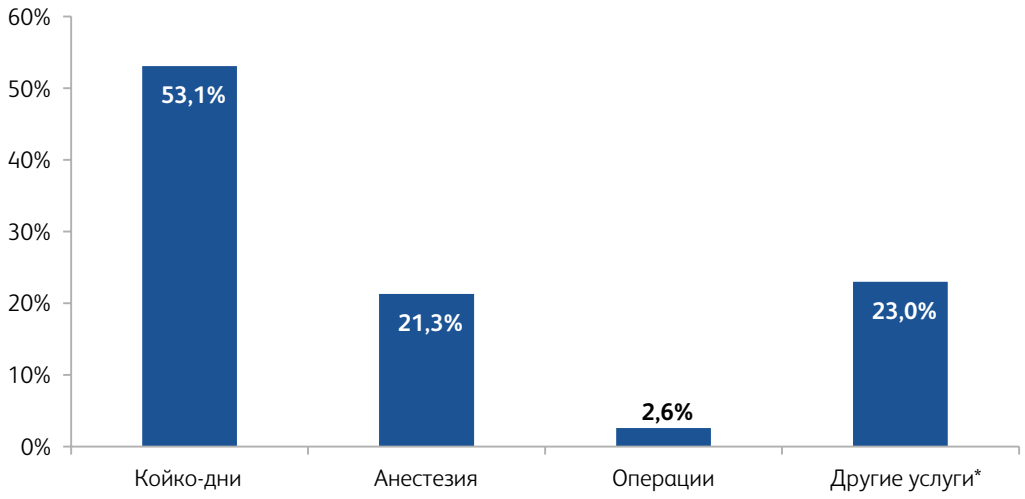
Обзор диагнозов, связанных с наибольшими компенсациями лекарств дает таблица 35.

Таблица 35. Диагнозы, связанные с наибольшей компенсацией лекарств в тысячах евро

	2013 фактически		2014 фактически	
Диагноз	**Компенсировано Больничной кассой**	**% компенсации от общих расходов**	**Компенсировано Больничной кассой**	**% компенсации от общих расходов**
Сахарный диабет всего в т.ч.	16 099	16	17 609	16
инсулины	10 986	11	11 455	10
пероральные препараты	5 113	5	6 154	6
Гипертония	14 675	14	14 913	14
Рак	13 187	13	12 253	11
Бронхиальная астма	6 149	6	6 343	6
Глаукома	3 875	4	4 359	4
Хронический вирусный гепатит С	1 964	2	3 681	3
Расстройства психики	2 792	3	2 938	3
Гиперхолестеролемия	2 370	2	2 343	2
Всего	**61 111**	**59**	**64 439**	**59**

Компенсация больничных лекарств из бюджета услуг здравоохранения

Кроме амбулаторно компенсируемых льготных лекарств из средств медицинского страхования оплачиваются и используемые в больницах лекарства. В 2014 году размер лекарственного компонента в услугах здравоохранения составил 16,2 миллиона евро, что на 2% меньше, чем год раньше, изменение удельного веса обусловлено сокращением объема стационарного лечения и ростом компонента заработной платы работников здравоохранения. Расходы на лекарства включены в стоимость койко-дней, а также в предельные цены на операции и услуги анестезии (см. рисунок 17).



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

Рисунок 17. Распределение лекарств в услугах здравоохранения

Кроме этого Больничная касса берет на себя обязательство оплаты также за т. н. лекарственные услуги, отдельно указанные в перечне услуг (услуги с кодом R). В основном это означает химиотерапию в онкологии и гематологии, биологическое лечение и использование прочих дорогостоящих специфических лекарств (например, применяемые в лечении сепсиса антибиотики или лекарства, применяемые при трансплантации органов) (см. рисунок 18).

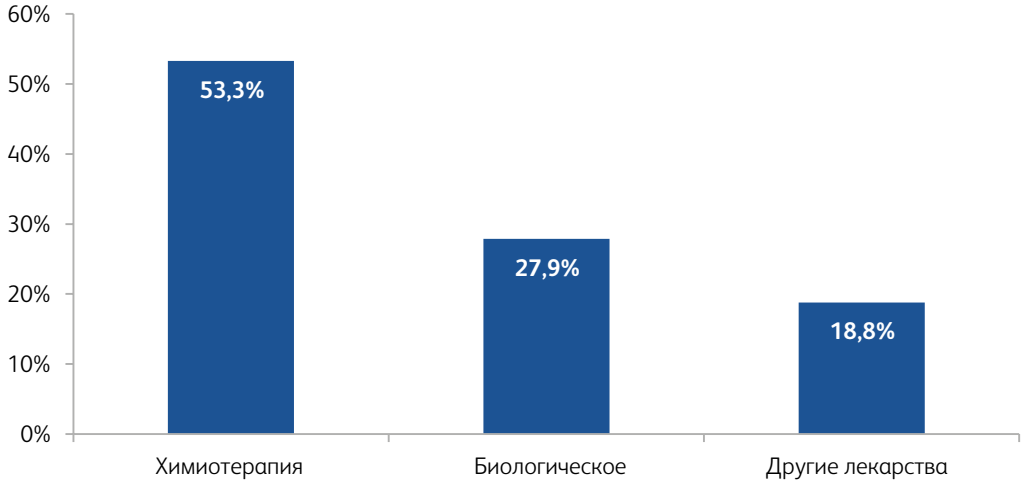


Рисунок 18. Доля лекарств, компенсируемых через перечень услуг здравоохранения

В 2014 году доля содержащихся в перечне услуг здравоохранения лекарственных услуг составляла 40,9 миллиона евро, что по сравнению с прошлым годом выросло на 3%

Всего Больничная касса финансировала лекарства из бюджета услуг здравоохранения, бюджета компенсации амбулаторных лекарств и бюджета дополнительной компенсации лекарств на сумму 167,1 миллиона евро, что составляет 18,4% от всех расходов медицинского страхования (см. таблицу 36),

Таблица 36. Финансирование лекарств из бюджета Больничной кассы в тысячах евро

	2013 фактически	2014 фактически	Изменение по сравнению с 2013 годом
Компенсируемые застрахованным лекарства	103 391	109 753	6%
Использование кодов лекарств, имеющихся в перечне услуг здравоохранения	39 760	40 947	3%
Расход на лекарства в услугах здравоохранения	16 483	16 204	-2%
Дополнительная компенсация лекарств	187	199	6%
Всего	**159 821**	**167 103**	**5%**

4. Компенсации по временной нетрудоспособности

Возмещение по временной нетрудоспособности – это 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 составили в 2014 году 103,9 миллиона евро, что на 9,8 миллиона евро больше, чем в предыдущем году (см. таблицу 37).

Таблица 37. Выполнение бюджета компенсаций по нетрудоспособности в тысячах евро

	2013 фактически	2014 бюджет	2014 фактически	Выполнение бюджета
Компенсации по болезни	42 421	42 882	46 403	108%
Компенсации по уходу	15 192	15 258	16 465	108%
Компенсация по родам	33 736	35 417	37 890	107%
Компенсации в случае несчастных случаев на рабочем месте	2 752	2 814	3 144	112%
Всего	**94 101**	**96 371**	**103 902**	**108%**

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 соответствующего типа листки нетрудоспособности: 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. домашнюю страницу Больничной кассы).

На рисунке 19 видно, что в 2014 году большую долю по-прежнему составляли компенсации по болезни, которые составили 45% от компенсаций по нетрудоспособности. По сравнению с предыдущим годом распределение расходов по видам компенсаций осталось таким же.

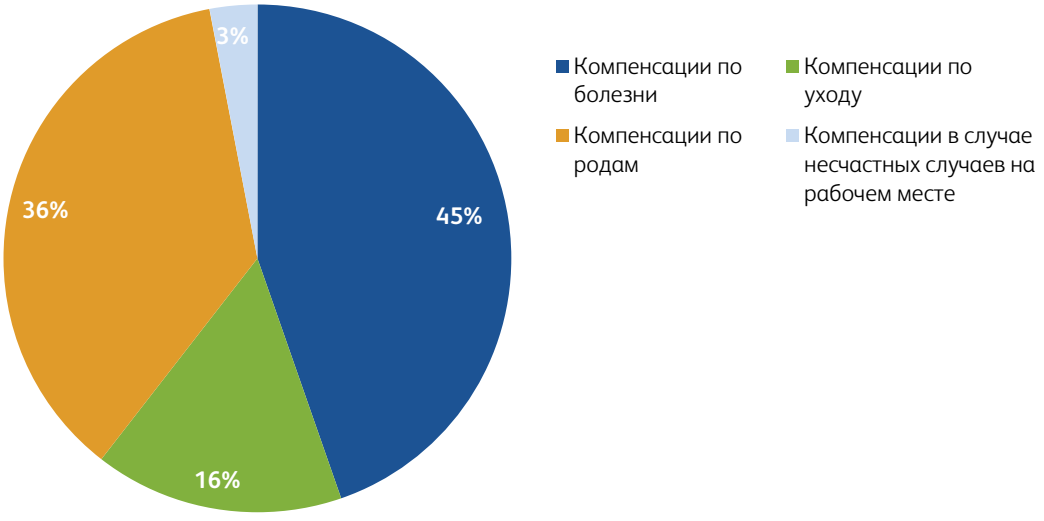


Рисунок 19. Распределение компенсаций по нетрудоспособности по типам компенсаций в 2014 году

Компенсации по нетрудоспособности выросли по сравнению с 2013 годом на 10%, превысив бюджет на 8%. Причиной превышения бюджета был превышающий прогнозируемый рост числа застрахованных[8] лиц, получающих среднюю заработную плату[9] и листов по родам.

Из таблицы 38 видно, что в 2014 году число компенсированных Больничной кассой листов по нетрудоспособности остался на том же уровне, что и раньше, но число компенсированных дней выросло на 3%. Такое изменение было обусловлено увеличением количества значительно более продолжительных по сравнению с продолжительностью других листов по нетрудоспособности, листов по родам.

Таблица 38. Сравнение компенсаций по нетрудоспособности

	2013 фактически	2014 фактически	Изменение, по сравнению с 2013 годом
Компенсация по болезни			
Количество компенсированных Больничной кассой больничных листов,	220 929	217 582	-2%
Количество компенсированных Больничной кассой дней	2 915 972	2 997 073	3%
Сумма выплаченных Больничной кассой компенсаций (тыс. евро)	42 421	46 403	9%
Средняя компенсация за один день (евро)	14,5	15,5	7%
Компенсация по уходу			
Количество компенсированных Больничной кассой больничных листов	104 019	106 419	2%
Количество компенсированных Больничной кассой дней	846 660	855 143	1%
Сумма выплаченных Больничной кассой компенсаций (тыс. евро)	15 192	16 465	8%
Средняя компенсация за один день (евро)	17,9	19,3	8%
Средняя продолжительность больничного листа	8,1	8,0	-1%
Компенсация по родам			
Количество компенсированных Больничной кассой больничных листов	9 677	9 969	3%
Количество компенсированных Больничной кассой дней	1 347 845	1 385 026	3%
Сумма выплаченных Больничной кассой компенсаций (тыс. евро)	33 736	37 890	12%
Средняя компенсация за один день (евро)	25,0	27,4	10%
Средняя продолжительность больничного листа	139,3	138,9	0%
Компенсации в случае несчастных случаев на рабочем месте			
Количество компенсированных Больничной кассой больничных листов	5 469	5 752	5%
Количество компенсированных Больничной кассой дней	118 109	124 760	6%
Сумма выплаченных Больничной кассой компенсаций (тыс. евро)	2 752	3 144	14%
Средняя компенсация за один день (евро)	23,3	25,2	8%
Средняя продолжительность больничного листа	21,6	21,7	0%
Компенсации всего			
Количество компенсированных Больничной кассой больничных листов	340 094	339 722	0%
Количество компенсированных Больничной кассой дней	5 228 586	5 362 002	3%
Сумма выплаченных Больничной кассой компенсаций (тыс. евро)	94 101	103 902	10%
Средняя компенсация за один день (евро)	18,0	19,4	8%

8 Медицинская страховка по данным регистра

9 Эстонский прогноз Министерства финансов на осень 2013 года

Компенсации по болезни

Компенсации по болезни — это компенсации, которые выплачиваются застрахованному лицу в период временной нетрудоспособности. При этом компенсация не выплачивается за дни с 1 по 3 в период нетрудоспособности, возникшей из-за заболевания, бытовой травмы, карантина и дорожно-транспортного повреждения, с 4 по 8 день компенсацию выплачивает работодатель и, начиная с 9 дня выплату компенсации берет на себя Больничная касса. По другим причинам Больничная касса выплачивает компенсацию, начиная со второго дня заболевания.

В 2014 году больше всего больничных листов было использовано по причинам заболевания и бытовых травм - соответственно 83% и 11% (см. рисунок 20). По сравнению с предыдущим годом распределение использования больничных листов по различным причинам осталось без изменения.

Рисунок 20. Использование больничных листов в зависимости от причин освобождения от работы

Больничные листы по типам лечения использовались следующим образом: амбулаторное лечение было использовано в 92% и больничное лечение в 8% случаев. По сравнению с 2013 годом доля использования амбулаторного лечения выросла на 2%.

Рассматривая по возрастным группам видно, что во всех возрастных группах число больничных дней на одного застрахованного либо снизилось, либо осталось по сравнению с предыдущим годом на том же уровне (см. таблицу 39).

Таблица 39. Количество работающих застрахованных и использование дней больничного листа по возрастным группам *

	Количество на 31.12.2013 Работающих застрахованных	Больничные дни Работающего застрахованного	Количество на 31.12.2014 Работающих застрахованных	Больничные дни Работающего застрахованного	Изменение количества Работающих застрахованных	Изменение количества Больничных дней
... –29	112 041	6,1	115 178	6,1	3%	0%
30–39	132 827	5,3	134 610	5,2	1%	-2%
40–49	135 324	6,7	137 814	6,4	2%	-4%
50–59	131 323	9,8	133 618	9,4	2%	-4%
60–...	72 579	9,1	79 778	9,1	10%	0%

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

В 2014 году уменьшилась доля краткосрочных больничных листов, характерных для вирусных заболеваний, что отражает и снижение числа компенсированных Больничной кассой больничных листов на 2% вместе с одновременным ростом числа дней, за которые выплачена компенсация на 3%.

Компенсации по уходу

Компенсации по уходу – это компенсации, которые выплачиваются имеющему медицинскую страховку лицу, которое ухаживает за больным ребенком или членом семьи. Использование листов по уходу в зависимости от причин осталось по сравнению с предыдущим годом таким же. Больничные листы по уходу за ребенком младше 12 лет составили 98% от всех больничных листов. Листы по уходу за детьми младше 3 лет или ребенком-инвалидом младше 16 лет, а также уходу за больным членом семьи составили всего 2% от больничных листов по уходу.

Компенсации по родам

Компенсации по родам – это компенсации, которые выплачиваются работающей, имеющей медицинскую страховку женщине в случае отпуска по беременности и родам.

В 2014 году использование больничного листа по родам увеличилось на 3% по сравнению с тем же периодом предыдущего года. В то же время число родов по данным Департамента статистики снизилось на 1%. Рассматривая использование по уездам (см. рисунок 21), видно, что выделяется Харьюский уезд, где по сравнению с тем же периодом предыдущего года больничных листов по родам было использовано на 5% больше.

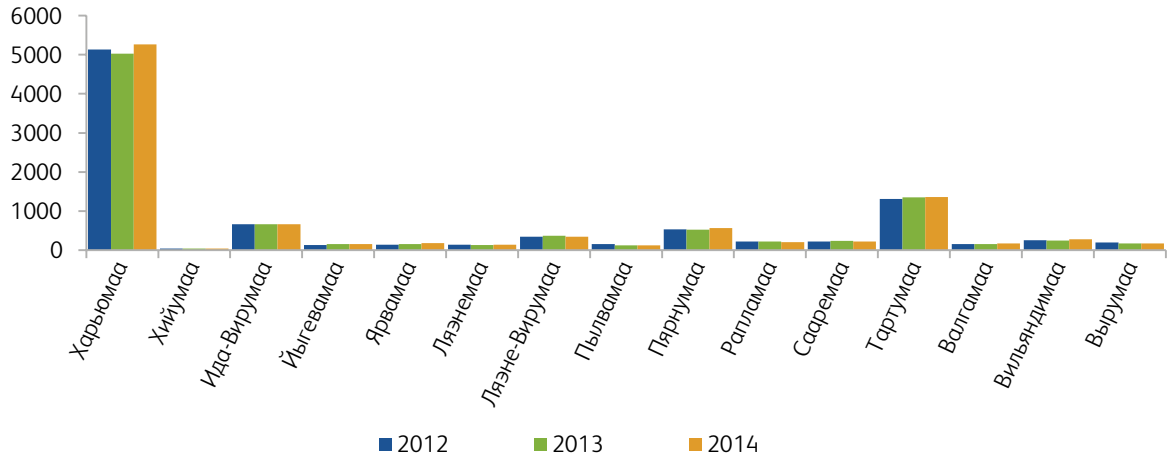


Рисунок 21. Число больничных листов по родам по уездам за 2012 – 2014 годы

Анализируя использование больничных листов по родам в Харьюском уезде по возрастным группам, выяснилось, что больше начали рожать получающие высокую заработную плату женщины в возрасте 30–39 лет и 40–49 лет. Средняя компенсация по родам за один день в этой возрастной группе достигает соответственно 35 и 40 евро, что оказало значительное влияние на среднюю стоимость одного дня компенсаций по родам.

Компенсации при несчастном случае на рабочем месте

Компенсация при несчастном случае на рабочем месте выплачивается, начиная со второго дня листа по нетрудоспособности. В распределении больничных листов, выданных по причине несчастных случаев на работе произошло по сравнению с предыдущим годом небольшое смещение. Несмотря та то, что в 2014 году выросло по сравнению с предыдущим периодом число работающих застрахованных лиц на 3% (см. таблицу 3), число больничных листов, выданных по причине несчастных случаев на работе снизилось на 1%. На представленных в 2014 году Больничной кассе больничных листах, выданных по причине несчастных случаев на работе, причины освобождения от работы распределились следующим образом: несчастный случай на работе составил 94%, осложнение, возникшее в результате несчастного случая на работе – 4% и дорожно-транспортная травма 2%.

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 2014 году врачами иностранных государств было выдано эстонским застрахованным лицам 559 первичных справок об освобождении от работы. По сравнению с предыдущим годом число справок осталось на том же уровне, но всего компенсаций было выплачено на 3% меньше. Уменьшение выплаченных компенсаций очевидно обусловлено увеличением доли застрахованных лиц, получающих низкую зарплату, так как компенсация рассчитывается на единых основах как в случае листов по нетрудоспособности в иностранном государстве, так выданных внутри государства. Со справкой врача иностранного государства были представлены ходатайства о получении 64% компенсаций по болезни, 30% компенсаций по уходу, 4% компенсаций по родам и 2% компенсаций по причине несчастных случаев на работе. Доли компенсаций значительно изменились в зависимости от вида компенсации по нетрудоспособности. На рисунке 22 мы видим, что выдача больничных листов по нетрудоспособности значительно изменилась и в зависимости от возрастных групп. Если в 2013 году 60% больничных листов по нетрудоспособности использовали люди в возрасте от 30 до 49 лет, то в 2014 году большинство больничных листов по нетрудоспособности (63%) использовали представители возрастной группы в возрасте до 39 лет.

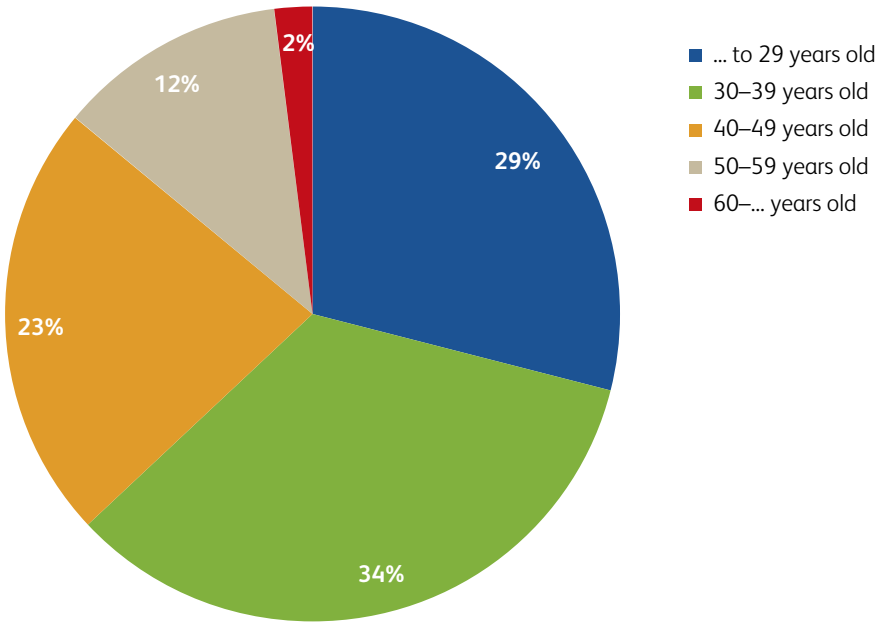


Рисунок 22. Справки, выданные врачом иностранного государства, по возрастным группам

5. Прочие денежные компенсации

В прочих денежных компенсациях отражаются

- денежные компенсации стоматологических услуг;
- дополнительная компенсация лекарств.

Таблица 40. Выполнение бюджета прочих денежных компенсаций в тысячах евро

	2013 фактически	2014 бюджет	2014 фактически	Выполнение бюджета
Денежные компенсации стоматологических услуг	9 140	9 827	9 159	93%
Дополнительная компенсация лекарств	187	121	199	164%
Всего	**9 327**	**9 948**	**9 358**	**94%**

5.1 Денежные компенсации стоматологических услуг

Компенсация стоматологических услуг – это 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.

Денежные компенсации стоматологических услуг в 2014 году были использованы в сумме 9,2 миллиона евро, что на 19 тысяч евро больше, чем в предыдущем году (см. таблицу 41). Основной причиной недовыполнения бюджета было использование в объеме меньше ожидаемого компенсации протезов.

Таблица 41. Выполнение бюджета компенсаций стоматологических услуг в тысячах евро и количество заявлений

	2013 фактически		2014 бюджет		2014 фактически		Выполнение бюджета	
	Сумма	Число заявлений	Сумма	Число заявлений	Сумма	Число заявлений	Сумма	Число заявлений
Компенсация протезов	7 228	39 181	7 795	47 514	7 275	39 633	93%	83%
Компенсация лечения зубов	1 912	96 095	2 032	102 527	1 884	97 138	93%	95%
Всего	**9 140**	**135 276**	**9 827**	**150 041**	**9 159**	**136 771**	**93%**	**91%**

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 оказывающему услуги лицу за протезирование только сумму, превышающую размер компенсации, остальное оплачивает Больничная касса. По сравнению с 2013 годом в 2014 году доля ходатайствующих о компенсации через медицинское учреждение выросла на 8%, составив 85% от всех ходатайств о компенсации за протезирование зубов. 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

По сравнению с 2013 годом в использовании компенсаций стоматологических услуг мы видим рост числа заявлений только среди пенсионеров по нетрудоспособности или по старости (см. таблицу 42). Одной из причин роста числа заявлений является рост числа пенсионеров[10]. Продолжает уменьшаться использование компенсаций беременными и матерями с детьми до 1 года, причиной чего очевидно является низкая рождаемость[11].

Таблица 42. Количество заявлений о компенсации стоматологических услуг по видам компенсации

	2013 фактически	2014 фактически	Изменение по сравнению с 2013 годом
Беременные	5 027	4 985	-1%
Матери детей до 1 года	5 807	5 432	-6%
Лица с повышенной потребностью в лечении зубов	129	126	-2%
Пенсионеры по старости или нетрудоспособности	85 132	86 595	2%
Всего	**96 095**	**97 138**	**1%**

5.2 Дополнительная компенсация лекарств

До настоящего времени дополнительную компенсацию лекарств застрахованный мог получить в случае, если его расходы на лекарства, содержащиеся в перечне лекарств, превышали 384 евро за календарный год (не учитывается обязательное собственное участие, то есть сумма, превышающая рецептурную плату и предельную стоимость). В 2014 году число получивших компенсацию застрахованных уменьшилось на 2%, но в среднем выплаченная лицам сумма выросла на 8%. В итоге дополнительная компенсация за лекарства была выплачена в объеме 199 тысяч евро 1333 пациентам (см. таблицу 43).

Таблица 43. Выполнение бюджета дополнительной компенсации лекарств

	2013 фактически	2014 бюджет	2014 фактически	Выполнение бюджета
Компенсированная сумма (тыс. евро)	187	121	199	164%
Количество лиц, получивших компенсацию	1 357	1 420	1 333	94%
Средняя выплаченная лицу сумма (евро)	138	85	149	175%

10 По данным Департамента статистики число пенсионеров по старости за последние 5 лет ежегодно растет

11 По данным Департамента статистики, начиная с 2011 года рождаемость уменьшалась с каждым годом.

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;
- различные компенсации медицинского страхования.

Таблица 44. Выполнение бюджета прочих расходов в тысячах евро

	2013 фактически	2014 бюджет	2014 фактически	Выполнение бюджета
Плановое лечение в иностранном государстве	2 168	1 760	3 882	221%
Компенсации, связанные с правовыми актами Европейского Союза	5 679	6 464	6 140	95%
Медицинские устройства	8 325	9 066	8 770	97%
Расходы на медицинское страхование имеющие целевое финансирование	1 465	1 740	1 446	83%
Различные расходы компенсации медицинского страхования	0	0	35	-
Всего	**17 637**	**19 030**	**20 273**	**107%**

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

По сравнению с прошедшим годом выросло как число случаев лечения, так и средняя стоимость случая лечения. Если в 2013 году средняя стоимость случая лечения составляла 8600 евро и бюджет был выполнен на 2,2 миллиона евро, то в 2014 году средняя стоимость случая лечения составила 14 тысяч евро, а бюджет был выполнен на 3,9 миллиона евро (см. таблицу 45). Превышение бюджета было обусловлено тем, что в 2014 году было больше дорогих случаев лечения, чем в предыдущем году.

Таблица 45. Плановое лечение в иностранном государстве. Выполнение бюджета в тысячах евро

	2011 фактически	2012 фактически	2013 фактически	2014 бюджет	2014 фактически	Выполнение бюджета
Плановое лечение в иностранном государстве	1 745	2 035	2 168	1 760	3 882	221%

В течение 2014 года Больничная касса взяла на себя обязанность осуществления платы за оказанную в иностранном государстве плановую услугу здравоохранения в 248 случаях. Из них 58 решений были приняты относительно планового лечения в иностранном государстве, 166 решений для проведения исследований в иностранном государстве и в случае с 24 застрахованными велся поиск неродственных доноров через Службу крови Красного креста Финляндии. Решений об отказе было принято в 8 случаях, т.е. доля удовлетворенных ходатайств составила 97%. В 2014 году большинство пациентов ездили

на лечение в Финляндию и Германию. Большинство генетических исследований было проведено в Голландии и Бельгии (см. таблицу 46).

Таблица 46. Государства, куда застрахованные лица ездили на плановое лечение или исследование в 2014 году*

Государства	Всего	Лечение	Исследование
Германия	76	17	59
Бельгия	39	0	39
Финляндия	38	21	17
Голландия	28	0	28
Дания	9	0	9
Швеция	7	2	5
Латвия	7	7	0
Великобритания	6	1	5
Россия	4	4	0
США	3	1	2
Италия	2	1	1
Швейцария	1	1	0
Польша	1	1	0
Ирландия	1	1	0
Испания	1	0	1
Австрия	1	1	0
Всего	**224**	**58**	**166**

*Количество положительных решений, принятых в один год, не совпадает с количеством людей, поскольку в отношении нескольких лиц было принято несколько решений о лечении или исследовании.

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 2014 году из других государств поступили счета за лечение 272 человек. Из них 85 застрахованных ездили в иностранное государство на лечение, 153 – на исследование, и расходы 33 лиц были связаны с поиском донора костного мозга, помимо этого в отношении одного лица поступили как счета за лечение, так и счета, связанные с поиском донора костного мозга. В 2013 году из других государств поступили счета за лечение 252 человек. Из них 63 застрахованных ездили в иностранное государство на лечение, 161 – на исследование, расходы 28 лиц были связаны с поиском донора костного мозга.

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 другом государстве-члене иностранном государстве, получать любую медицинскую помощь.

Застрахованные в других государствах-членах 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.

Финансирование трансграничной медицинской помощи является для Больничной кассы открытым обязательством. В бюджете 2014 года было запланировано 6,5 миллиона евро. Фактическое использовалось несколько меньше – 6,1 миллиона евро. По сравнению с 2013 годом расходы выросли на 8% (см. таблицу 47).

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 вправе получить за счет Больничной кассы также в Эстонии, и по ценам, установленным в перечне услуг здравоохранения Больничной кассы. В 2014 году было удовлетворено 69 ходатайств и лицам было компенсировано за оказанные в иностранном государстве услуги здравоохранения 101 тысяча евро. По оценке Больничной кассы, внедрение директивы ЕС не оказало негативного влияния на доступность финансируемых Больничной кассой услуг в Эстонии.

Таблица 47. Выполнение бюджета услуг здравоохранения на основании постановления и директивы Европейского парламента и совета в тысячах евро

	2011 фактически	2012 фактически	2013 фактически	2014 бюджет	2014 фактически	Выполнение бюджета
Расходы на компенсацию услуг здравоохранения застрахованного лица Эстонии в других государствах-членах	5 266	3 930	4 480	4 665	4 781	102%
Расходы на компенсацию услуг здравоохранения и льготные лекарства застрахованного в другом государстве-члене в Эстонии	1 199	1 228	1 199	1 319	1 258	95%
Расходы на основании постановления и директивы Европейского парламента и совета	0	0	0	480	101	21%
Всего	**6 465**	**5 158**	**5 679**	**6 464**	**6 140**	**95%**

За оказание в Эстонии услуг здравоохранения пациентам из других стран-членов ЕС оказывающим услуги лицам было выплачено 1, 2 миллиона евро, за льготные лекарства пациентов других стран-членов ЕС аптекам было выплачено 44 тысячи евро

За услуги здравоохранения временно пребывающих в другой стране-члене ЕС лиц, проживающих там командированных работников и пенсионеров Больничная касса выплатила другим государствам-членам 4,8 миллиона евро. Из них 712 тысяч евро были подушные деньги, выплаченные за людей, получающих пенсию в Эстонии. Услуги здравоохранения проживающих и пребывающих в другом государстве людей финансировались на сумму 4 миллиона евро. Людям было возвращено 46 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 2013 годом компенсация медицинских устройств выросла более, чем на 5%. Это ожидалось, поскольку в начале 2014 года в список медицинских устройств добавилась новая группа медицинских устройств, многие группы были дополнены новыми изделиями и были изменены условия компенсации. Также выросло число пользователей медицинскими устройствами (см. таблицу 48).

Таблица 48. Выполнение бюджета компенсации медицинских устройств в тысячах евро и количество лиц

	2013 фактически		2014 бюджет	2014 фактически		Выполнение бюджета
	Сумма	Число лиц	Сумма	Сумма	Число лиц	Сумма
Первичные ранние протезы и ортезы	1 710	12 877	1 710	2 058	16 179	120%
Тест-полоски глюкометров	4 216	38 528	4 500	3 751	40 998	83%
Средства ухода за стомой	1 145	1 756	1 160	1 221	1 762	105%
Инсулиновые помпы	59	62	63	53	55	84%
Принадлежности для инсулиновой помпы	382	247	387	441	286	114%
Бинты и пластыри	52	1 128	80	49	1 571	61%
Аппарат постоянного позитивного давления	352	704	362	557	1 112	154%
Маски для аппарата постоянного позитивного давления	152	1 171	154	257	1 577	167%
Прочие медицинские устройства	40	248	37	41	271	111%
Одноразовые иглы для инсулиновых шприцев	217	7 569	400	292	10 600	73%
Ланцеты	0	0	213	50	5 505	23%
Всего	**8 325**	**64 290**	**9 066**	**8 770**	**79 916**	**97%**

Фактическое использование медицинских устройств в 2014 году было меньше запланированного в бюджете. Результат объясняется тем обстоятельством, что с начала 2014 года вступила в действие система предельной цены для инсулиновых игл, ланцетов и бинтов, а с 1 июля и в группе тест-полосок для глюкометров. Внедрение системы предельной цены прежде всего значительно снизило компенсируемые суммы в группе тест-полосок, и это несмотря на продолжающийся быстрый рост пользователей. В результате внедрения предельной цены снизились, по сравнению с предыдущим годом, расходы на компенсацию тест-полосок для глюкометра на 11%. В то же время число пользователей тест-полосками выросло на 6%. По сравнению с запланированным меньше всего использовались ланцеты (одноразовый колющий прибор для того, чтобы взять анализ крови из пальца). Поскольку имеется дело только с новой группой медицинских устройств, которые добавились в список только в начале 2014 года, то поступление соответствующей информации к врачам и застрахованным заняло некоторое время. Также требуется поднять информированность пациентов о важности одноразового использования ланцетов. На поднятие

информированности пациентов в части компенсируемых им медицинских устройств Больничная касса в 2014 году обратила больше, чем раньше внимания, опубликовав для диабетиков как инфоброшюры, так и статьи в различных изданиях.

По сравнению с запланированным больший рост произошел в группе аппаратов и масок автоматического и постоянного позитивного давления. Больше ожидаемого увеличилось число как устройств, так и масок. Это отражает быстрый рост числа пациентов, которым требуется устройство.

В 2014 году было внесено 49 предложений по пополнению или изменению списка медицинских устройств Больничной кассы, положительное решение получило 21 предложение. Всего в список было добавлено около 160 новых наименований медицинских устройств. Также подняли количества компенсируемых медицинских устройств для диабетиков и пациентов, которым требуется ежедневная самостоятельная установка катетера. Таким образом, начиная с 2015 года в список добавилось несколько новых возможностей, дополнительный ресурс для которых был получен благодаря успешно внедренной в 2014 году системе компенсации предельных цен на различные медицинские устройства, в т.ч. прежде всего тест-полоски для глюкометра.

6.4 Расходы на медицинское страхование имеющие, целевое финансирование

Расходами на медицинское страхование, имеющими целевое финансирование, являются лекарства и услуги здравоохранения, финансируемые 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.

Всего из государственного бюджета было предоставлено финансирование на 1,4 миллиона евро, из них на лекарства 825 тысяч евро и услуги лечения 620 тысяч евро. В 2013 году на лечение бесплодия было выделено финансирование в сумме 1,5 миллиона евро.

Расходы на медицинское страхование, полученные в качестве целевого финансирования, отражены в структуре бюджета Больничной кассы в числе других доходов (см. глава Доходы).

6.5 Различные компенсации медицинского страхования

Начиная с июня 2014 года вступило в силу изменение постановления „Порядок перенятия больничной кассой от застрахованного лица обязанности по оплате медицинских услуг и методика расчета размера платы лицу, оказывающему медицинские услуги», целью введения которого было исправление технической неточности, которая возникла в ходе подготовки перечня услуг здравоохранения Больничной кассы при установлении условий внедрения услуги здравоохранения, обозначенной кодом 365R (лекарство Anti-VEGF для внутриглазной инъекции). Сутью изменения методики было предоставить Больничной кассе имеющее обратную силу право платить, начиная с 01.01.2014г. за услугу здравоохранения, обозначенную кодом 365R и в случае, если эта услуга была оказана застрахованному помимо региональной и центральной больницы и другое, названное Больничной кассой, оказывающее услуги здравоохранения лицо, заключившее договор для оказания услуги здравоохранения.

Больничной кассой было установлено, что застрахованные лица до вступления в силу изменения методики платили за полученную в I полугодии 2014 года упомянутую выше услугу другим партнерам Больничной кассы. Правление Больничной кассы решило, исходя из принципов равного обращения с застрахованными, компенсировать, начиная с 01.01.2014г в порядке исключения застрахованным, самим оплатившим свое лечение, расход за услугу, обозначенную кодом 365R.

В 2014 году 290 застрахованным лицам было компенсировано за безосновательно уплаченные ими расходы 35 тысяч евро.

Расходы на деятельность Больничной кассы

В 2014 году на расходы по администрированию компенсаций медицинского страхования Больничной кассы было запланировано 8,9 миллиона евро, из которых было выполнено 8,5 миллиона евро (см. таблицу 49).

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.

Бюджет на деятельность Больничной кассы в 2014 году составил 0,98% от всего бюджета. В 2004 и 2005 гг. доля расходов на деятельность составляла около 1,3% от всего бюджета, что в 2006 году сократилась до 1,1%, и, начиная с 2007 года доля расходов на деятельность Больничной кассы не превышала 1% от всего бюджета.

Таблица 49. Выполнение бюджета расходов на деятельность Больничной кассы в тысячах евро

	2013 фактически *	2014 бюджет	2014 фактически	Выполнение бюджета
Расходы на персонал	4 947	5 346	5 261	98%
Хозяйственные расходы	1 337	1 571	1 450	92%
Расходы на инфотехнологию	976	1 080	962	89%
Расходы на развитие	223	339	278	82%
Расходы на развитие	454	562	551	98%
Всего	**7 937**	**8 898**	**8 502**	**96%**

*Сравнительные данные за 2013 год откорректированы по разделам бюджета в соответствии с начавшей действовать с начала 2014 года новой структурой расходов на деятельность.

Расходы на персонал

Основанием для планирования потребности ресурса персонала для Больничной кассы является основанная на деятельности матрица потребности, где через измеримую деятельность, основанием для которой являются статистические ключевые показания, и оценочной деятельности, основанием для которой являются оценки, устанавливается необходимое для выполнения целей на определенный в бюджете период количество должностей. При составлении бюджета на 2014 год потребность основанных на деятельности ресурсов была оценена в 219,3 должностных места. В течение года основанная на деятельности матрица потребности была для выполнения целей дополнена, и на основании этого во II полугодии было дополнительно создано 2,0 должности. В конце 2014 года в структуре Больничной кассы было 221,3 должности и заполненных должностей было 208,6.

Хозяйственные расходы

В 2014 году изменилась структура расходов на деятельность по разделам бюджета. В хозяйственных расходах отражаются расходы, связанные с ежедневной деятельностью и, начиная с 2014 года здесь отражаются и расходы на обучение, консультации (в том числе расходы на аудит) и исследования работников Больничной кассы, а также расходы на внутреннюю коммуникацию.

В начале 2014 года Больничная касса объявила выбор дополнительных партнёров для заключения договоров в осуществлении застрахованным услуг здравоохранения в специальной медицинской помощи, сестринской помощи и профилактике болезней. В связи с выбором по состоянию на 31.12.2014 представлено 12 жалоб в административный суд, из них три завершены (два подателя жалобы отказались от жалобы; одна жалоба была оставлена без рассмотрения).

В I полугодии Больничная касса в сотрудничестве с FranklinCovey xQ® провела научное исследование стратегии, результаты которого дают руководству объективное и системное основание для принятия решения о том, что предпринять для улучшения

результативности на каждом уровне организации. Результат исследования составил 66 пунктов, что было на 5 пунктов выше среднего результата по Эстонии.

В хозяйственных расходах отражены и расходы на составленный Тартуским Университетом анализ организации лечения зубов и профилактики в Латвии, Литве, Венгрии, Словении, Голландии, Франции, Великобритании, Дании, Швеции и Финляндии, целью которого было получить вход для лучшей организации и финансирования в Эстонии лечения зубов и профилактики стоматологических заболеваний.

В III квартале было проведено тестирование безопасности веб-приложений Больничной кассы. Основной целью этой работы было оценить уровень безопасности приложения и протестировать исходный код этого приложения в соответствии с лучшими практиками, осуществить полумануальный аудит кода.

Начиная с III квартала 2014 года для выяснения надежности и общественного имиджа Больничной кассы будет заказываться ежеквартальное исследование имиджа. Целью исследования является отметить соприкосновения населения с Больничной кассой, осведомленность о деятельности Больничной кассы и оценки различным аспектам услуг, таким как надежность, доступность и качество. Согласно свежему исследованию имиджа Больничная касса позиционируется в оценках надежности организаций публичного сектора в первой десятке, в то же время 30% населения Эстонии не могла ответить, чем точно занимается Больничная касса. Поставим своей целью улучшить информированность населения Эстонии о роли и ответственности Больничной кассы.

Управление качеством применяется в Больничной кассе с 2012 года. В гарантии качества важными являются как внешний, так и внутренний аспект, когда внешний результат обеспечивает доверие между клиентом и партнером по сотрудничеству, и внутренним результатом обеспечения качества является убежденность руководства в том, что постоянно отслеживаются потребности клиента и структура готова выполнять эти потребности.

Аудит системы руководства качеством Больничной кассы проводил в 2012–2014 Bureau Veritas Estonia, и начиная с 2015 года DNW Business Assurance, аудиторы не установили отклонений и несоответствий требованиям, содержащимся в стандарте ISO 9001:2008.

Удовлетворённость работниками работой Больничная касса исследовала в сотрудничестве с Tripod Grup начиная с 2009 года. В исследовании удовлетворенности работой по пятибалльной шкале оценивается значимость и удовлетворенность. Средний уровень удовлетворённости во всей организации составил в 2014 году 4,0 балла, что можно считать хорошим результатом. По сравнению с 2013 годом средняя удовлетворенность в организации в целом выросла на 0,1 балла. Рассматривая изменение уровня удовлетворенности в течение более продолжительного периода, мы видим, что в 2009-2013 годах результаты понемногу, но стабильно снижались, в 2014 году начался подъем.

Аспекты, которые работники посчитали очень важными и которыми они в то же время были очень удовлетворены:

- условия работы и рабочая среда (удовлетворенность 4,1);
- отношения с коллегами (удовлетворенность 4,1);
- руководство работой непосредственным руководителем (удовлетворенность В 4,0).

В IV квартале 2014 года Больничная касса принимала участие в проведенном TNS Emor исследовании Индекса обслуживания Эстонии, которое признало наше обслуживание клиентов лучшим в публичном секторе. Помимо нас участие принимали Касса страхования по безработице, Налогово-таможенный департамент, а также Департамент полиции и погранохраны. В ходе исследования оценивался уровень обслуживания на предприятии в трех каналах обслуживания: прямое обслуживание, обслуживание по телефону и обслуживание по электронной почте.

Расходы на инфо-технологию

В 2014 году бюджет расходов на инфо-технологию был выполнен на 89%. Бюджет остался недовыполненным поскольку запланированные в бюджете инвестиции были перенесены на 2015 год. Из расходов на инфотехнологию в 2014 году 28% составляет износ приобретенного в предыдущие годы основного имущества. Для того чтобы технические решения были при предложении застрахованным и партнёрам медицинской страховки в рабочем состоянии и соответствовали потребностям, из годового бюджета использовали для их разработки, обслуживания и оплаты лицензий 495 тысяч евро.

Расходы на развитие

Начиная с 2014 года в расходах на развитие отражаются и расходы на развитие услуг здравоохранения, например, расходы на составление и издание лечебных инструкций и расходы на аудит компенсаций медицинского страхования и консультации.

Кроме этого в расходах на развитие отражаются и расходы на внешнюю коммуникацию – издание информационных брошюр и изданий, а также обновление веб-страницы Больничной кассы.

Недовыполнение расходов на развитие услуг здравоохранения обусловлено меньшими, чем было запланировано расходами на клинические аудиты в 2014 году в связи с переносом времени аудита. На 2014 год было запланировано пять клинических аудитов, онкогинекологическое лечение, лечение сепсиса, лечение мерцательной аритмии и постаудит для аудита диагностики острого живота и карциномы простаты. Указанные клинические аудиты будут готовы в I полугодии 2015 года.

В 2014 году были одобрены две лечебные инструкции «Рассмотрение генерализованного тревожного расстройства и панического расстройства (с агрофобией или без нее) в семейной медицине» и «Рассмотрение астмы у взрослых на первичном уровне» вместе с программами введения, в которых имелись условленные действия для внедрения лечебной инструкции и последующей оценки. Помимо этого, в отчетный период были составлены рекомендации и рабочие версии пяти лечебных инструкций («Предотвращение пролежней и уход за ними», «Работа с бариатрическим пациентом до и после хирургического вмешательства», «Использование карты контроля хирургической безопасности в операционных комнатах», «Предоперационное лечение острой боли», «Работа с пациентом с алкогольным расстройством»). В 2014 году утвердили области рассмотрения четырех избранных лечебных и инструкций: «Руководство по восстановительному лечению после инсульта», «Лечение хронической венозной язвы», «Лечение и профилактика хронической болезни почек» и «Преждевременные роды и перинатальный период недоношенных детей». Одобрена также была первая лечебная инструкция для больных гипертонией пациентов, в дополнение содержания которой была привлечена фокусная группа пациентов. В процессе составления находились четыре новых инструкции для пациентов (тревожное расстройство, астма, пролежни и бариатрия). В июне были проведены трехдневные курсы для составителей 55 лечебных инструкций EBM2014, где участники получили знания и умения, которые помогут им в дальнейшем во всем процессе составления лечебной инструкции, начиная с составления области рассмотрения, проведения поисков, оценивания лечебных инструкций и доказательного материала, до составления рекомендаций. Составление и согласование рекомендаций было трудоемким, но участники получили значительный опыт и умение оценивать доказательную базу. В октябре состоялись курсы по методике исследования для составителей лечебных инструкций, где участвовало 30 человек.

Внедрение лечебной инструкции было оценено аудитом «Качество консультирования первичных больных с гипертензией в центрах семейных врачей» и на основании результатов запланированы новые курсы по редакции (в т.ч. э-курсы) для семейных врачей и сестер. Палата консультантов лечебных инструкций отметила третью годовщину и был избран новый состав. Первые три года работы совета были периодом составления и внедрения новой основанной на доказательстве методики. Темы, выбранные советом для лечебных инструкций были очень целесообразными и важными, предоставив значительную возможность унифицировать диагностику и трактовку лечения, и таким образом предположительно и результат для пациента.

В течение 2014 года была обновлена веб-страница Больничной кассы, которая является информативным каналом для застрахованных и партнеров относительно деятельности больничной кассы и государственной системы страхования.

Расходы на прочую деятельность

В бюджете на прочую деятельность, начиная с 2014 года, отражается расход на налог с оборота с расходов на деятельность, расходы. Связанные с выдачей европейской карточки медицинского страхования, государственные пошлины, платы нотариусу и судебным исполнителям, убытки по валютным курсам, связанные с расходами на деятельность и расходами на медицинское страхование, требования, поступление которых маловероятно и имеющие целевое финансирование расходы на деятельность.

Имеющими целевое финансирование расходами на деятельность в отчетный период были расходы. Связанные с развитием системы медицинского страхования Молдовы в сумме 23 тысячи евро и погашение займа на обучение на основании постановления Правительства Республики в сумме 6 тысяч евро.

Общей целью сотрудничества с Молдовой является развитие в Молдове преемственной системы медицинского страхования. Для этого важными являются достаточные знания для развития и проведения в жизнь преемственной системы медицинского страхования через обучение ключевых лиц. Деятельность, запланированная в организационной стратегии Больничной кассы Молдовы 2013–2017 к настоящему времени эффективно развивалась и внедрялась. Начиная с 2013 года состоялось 7 визитов, в рамках которых рассматривались такие темы как внедрение DRG, заключение договоров с больницами, надзор, планирование бюджета, компенсация лекарств, ИТ решения и развитие организации. Больничная касса Эстонии оказала поддержку в создании системы инфо-телефона семейного врача в Молдове, разъясняя заказчику подоплеку разработки системы и ободряя его сделать этот шаг, исходя из своего опыта и положения в системе здравоохранения Молдовы в настоящий момент.

6 октября 2014 года больничные кассы Эстонии и Молдовы заключили новое бессрочное соглашение о сотрудничестве, которое вступит в силу 12.11.2015г. Во имя продолжения дальнейшего сотрудничества был создан совместный комитет,

который будет собираться один раз в год в Эстонии или Молдове и следить за течением запланированной деятельности, обсуждать болезненные точки в системе медицинского страхования Молдовы и искать решения.

Резервный капитал

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

- Резервный капитал больничной кассы - это резерв, образованный из бюджетных средств больничной кассы в целях уменьшения рисков для системы медицинского страхования, вытекающих из макроэкономических изменений.
- Размер резервного капитала составляет 6 процентов от объема бюджета.
- Резервный капитал может использоваться только в исключительных случаях на основании распоряжения Правительства Республики по предложению министра социальных дел. До внесения предложения Правительству Республики министр социальных дел заслушивает мнение совета больничной кассы

На конец 2013 года размер резервного капитала Больничной кассы составлял 51,1 миллиона евро. Согласно статье 38 Закона о Больничной кассе Эстонии требуемый резервный капитал в 2014 году составил 54,4 миллиона евро. Чтобы выполнить требуемый законом уровень, в 2014 году увеличили резервный капитал на 3,2 миллиона евро.

Размер требуемого резервного капитала в 2015 году составляет 57,2 миллиона евро. Для того, чтобы выполнить требуемый законом уровень, в 2015 году следует увеличить резервный капитал на 2,8 миллиона евро.

Резерв риска

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

- Резерв по рискам больничной кассы - это резерв, образованный из бюджетных средств больничной кассы в целях уменьшения рисков для системы медицинского страхования, вытекающих из взятых ею обязательств.
- Размер резерва по рискам составляет 2 процента от объема бюджета больничной кассы.
- Резерв по рискам может использоваться по решению совета больничной кассы.

В конце 2013 года размер резерва риска Больничной кассы составлял 16,7 миллиона евро. Согласно ст. 391 Закона о Больничной кассе Эстонии размер резерва риска в 2014 году должен был составлять 18,0 миллиона евро. Чтобы выполнить требуемый законом уровень, в 2014 году резерв риска был увеличен на 1,3 миллиона евро.

Размер требуемого резерва риска в 2015 году составляет 18,9 миллиона евро. Для того, чтобы выполнить требуемый законом уровень, в 2015 году следует увеличить резерв риска на 900 тысяч евро.

Нераспределенная прибыль

В начале 2014 года нераспределенная прибыль предыдущих периодов Больничной кассы составляла 162,2 миллиона евро.

В 2014 году за счет нераспределенной прибыли предыдущих периодов 3,2 миллиона евро были переведены в резервный капитал и 1,3 миллиона евро в резерв риска, чтобы привести резервы к требуемому законом уровню

В 2014 году прибыль Больничной кассы была запланирована минус 3 миллиона евро. Поскольку в 2014 году доходы Больничной кассы на 3,6 миллиона евро были меньше запланированных, и использование средств бюджета было больше запланированного, то прибыль хозяйственного года составила минус 16,5 миллиона евро.

По состоянию на 31 декабря 2014 года нераспределенная прибыль составила 141,2 миллиона евро.

Правление Больничной кассы вносит в совет предложение перевести 2,8 миллиона евро из нераспределенной прибыли предыдущих периодов в резервный капитал и 0,9 миллиона евро в резерв риска, чтобы привести резервы к требуемому законом уровню

Годовой бухгалтерский отчет

Баланс

Актив

В тысячах евро	31.12.2014	31.12.2013	Прилож
Оборотное имущество			
Деньги и их эквиваленты	176 346	199 641	2
Требования и авансы	90 504	83 740	3
Резервы	5	3	4
Оборотное имущество всего	**266 855**	**283 384**	
Основное имущество			
Долгосрочные требования	348	450	5
Материальное основное имущество	309	509	6
Нематериальное основное имущество	119	199	6
Основное имущество всего	**776**	**1 158**	
Актив всего	**267 631**	**284 542**	

Пассив

В тысячах евро	31.12.2014	31.12.2013	Прилож
Обязательства			
Краткосрочные обязательства			
Задолженности и авансы	54 098	54 503	8
Краткосрочные обязательства всего	54 098	54 503	
Обязательства всего	**54 098**	**54 503**	
Нетто-имущество			
Резервы	72 337	67 808	9
Прибыль предыдущих периодов	157 702	163 695	
Прибыль за отчетный год	-16 506	-1 464	
Нетто-имущество всего	**213 533**	**230 039**	
Пассив всего	**267 631**	**284 542**	

Отчет о прибыли

В тысячах евро	2014	2013	Прилож
Часть медицинского страхования социального налога и взыскания от других лиц	894 821	830 625	10
Доходы целевого финансирования	1 503	1 744	17
Расходы целевого финансирования	-1 475	-1 472	17
Расходы медицинского страхования	-906 767	-828 954	13
Брутто-прибыль	**-11 918**	**1 943**	
Общие административные расходы	-7 951	-7 237	14
Прочие доходы о деятельности	3 233	3 910	11
Прочие расходы на деятельность	-522	-693	15
Прибыль от деятельности	**-17 158**	**-2 077**	
Проценты и финансовые доходы	652	613	12
Прибыль за отчетный год	**-16 506**	**-1 464**	

Денежный оборот

В тысячах евро	2014	2013	Прилож
Денежные потоки от основной деятельности			
Поступивший социальный налог	887 167	826 632	
Оплаченные поставщикам счета	-911 088	-832 572	
Выплаченная работникам зарплата	-4 234	-3 648	
Выплаченные с расходов на рабочую силу налоги	-1 420	-1 237	
Прочие поступившие доходы	6 313	6 337	
Денежные потоки от основной деятельности всего	**-23 262**	**-4 488**	
Денежные потоки от инвестирования			
Уплачено за основное имущество	-33	-171	
Денежные потоки от инвестирования всего	**-33**	**-171**	
Нетто-изменение денежных средств и банковских счетов	**-23 295**	**-4 659**	
Банковские счета и эквиваленты денег в начале периода	199 641	204 300	2
Изменение денежных средств	-23 295	-4 659	
Банковские счета и эквиваленты денег в конце периода	176 346	199 641	2

Отчет об изменениях нетто-имущества

В тысячах евро	2014	2013	Прилож
Резервы			
Резервы в начале года	**67 808**	**66 730**	
Отчисление в резерв риска	4 529	1 078	
Резервы в конце года	**72 337**	**67 808**	**9**
Прибыль предыдущих периодов			
В начале года	**162 231**	**164 773**	
Отчисление в резерв риска	-4 529	-1 078	
Прибыль за отчетный год	-16 506	-1 464	
В конце года	**141 196**	**162 231**	
Нетто-имущество в начале года	**230 039**	**231 503**	
Нетто-имущество в конце года	**213 533**	**230 039**	

Приложения к годовому бухгалтерскому отчету

Приложение 1. Применяемые при составлении отчета принципы расчета

Годовой бухгалтерский отчет Больничной кассы Эстонии (далее также Больничная касса) за 2014 год 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 2014 года и закончился 31 декабря 2014 года. Количественные показатели годового бухгалтерского отчета представлены в тысячах евро.

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 последовательно отражаются 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 эквиваленты денег

В виде денег и эквивалентов денег деньги отражаются 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 прибыль 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 их 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 того, 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 своей 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 того, 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 качестве 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 качестве 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 расчетному принципу возникновения. Доход по процентам отражается по принципу возникновения.

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

Резерв риска

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

- Резерв по рискам больничной кассы - это резерв, образованный из бюджетных средств больничной кассы в целях уменьшения рисков для системы медицинского страхования, вытекающих из взятых ею обязательств.
- Размер резерва по рискам составляет 2 процента от объема бюджета больничной кассы.
- Резерв по рискам может использоваться по решению 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. Указанным законом был изменен Закон о Больничной кассе Эстонии, дополнением указанного закона 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 регулируется ст. 38 Закона о Больничной кассе Эстонии следующим образом:

- Резервный капитал больничной кассы - это резерв, образованный из бюджетных средств больничной кассы в целях уменьшения рисков для системы медицинского страхования, вытекающих из макроэкономических изменений.

- Размер резервного капитала составляет 6 процентов от объема бюджета. В резервный капитал ежегодно перечисляется не менее 1/50 средств от общего объема бюджета больничной кассы и предусмотренных на медицинское страхование сумм социального налога, поступивших сверх установленного размера, до достижения или восстановления установленного настоящим Законом размера резервного капитала.
- Резервный капитал может использоваться только в исключительных случаях на основании распоряжения Правительства Республики по предложению министра социальных дел. До внесения предложения Правительству Республики министр социальных дел заслушивает 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 2014 г. и датой составления отчета, но связаны со сделками, совершенными в отчетный период или более ранние периоды.

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	31.12.2014	31.12.2013
Деньги в банке	176 346	199 641

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 31.12.2014 г. этого сделано не было.

Приложение 3. Требования и авансы

В тысячах евро	31.12.2014	31.12.2013
Требования к покупателям	3 159	2 997
Требования, поступление которых маловероятно	-91	-45
Требование целевого финансирования*	57	60
Требования возвратных платежей расходов на деятельность	1	1
Требования на основании договора к страхователям	28	23
Требования по процентам	17	32
Требование по социальному налогу**	87 086	80 395
Расходы предоплаченных будущих периодов	247	277
Всего	**90 504**	**83 740**

*Требование по целевому финансированию – это требование к Министерству социальных дел за финансирование искусственного оплодотворения.
**Требование по социальному налогу в сумме 87 086 тысяч евро включает краткосрочное требование к Налогово-таможенному департаменту за часть медицинского страхования социального налога.

Приложение 4. Резервы

По состоянию на 31.12.2014 г. Больничная касса имеет в резервах неиспользованные рецептурные бланки на сумму 5 тысячи евро (на 31.12.2013 г. 3 тысячи евро).

Приложение 5. Долгосрочные требования

Различные долгосрочные требования

В тысячах евро	31.12.2014	31.12.2013
Долгосрочное рассроченное платежное требование к Налогово-таможенному департаменту	0	100
Долгосрочная часть суммы, уплаченной департаменту социального страхования за реновацию помещений Пярнуского отделения и Раплаского бюро	348	350
Всего	**348**	**450**

Приложение 6. Основное имущество

6.1. Материальное

В тысячах евро			
Стоимость приобретения	**Земля и строения**	**Прочий инвентарь**	**Материальное основное имущество всего**
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**
Приобретенное основное имущество	0	31	31
Списанное	0	-212	-212
31.12.2014	**412**	**1 465**	**1 877**
Аккумулированный износ			
31.12.2012	**253**	**1 411**	**1 664**
Учтенный износ	22	226	248
Списанное	0	-363	-363
31.12.2013	**275**	**1 274**	**1 549**
Учтенный износ	22	209	231
Списанное	0	-212	-212
31.12.2014	**297**	**1 271**	**1 568**
Остаточная стоимость			
31.12.2013	**137**	**372**	**509**
31.12.2014	**115**	**194**	**309**

6.2. Нематериальное основное имущество

В тысячах евро	
Стоимость приобретения	**Приобретённые лицензии**
31.12.2012	**377**
Приобретенное основное имущество	239
Списанное	0
31.12.2013	**616**
Приобретенное основное имущество	0
Списанное	0
31.12.2014	**616**
Аккумулированный износ	
31.12.2012	**377**
Учтенный износ	40
Списанное	0
31.12.2013	**417**
Учтенный износ	80
Списанное	0
31.12.2014	**497**
Остаточная стоимость	
31.12.2013	**199**
31.12.2014	**119**

Приложение 7. Аренда

Аренда пользования

Подотчетное лицо как арендатор.

В отчете о прибыли 2014 года отражены платежи аренды пользования на общую сумму 329 тысяч евро. Из них 26 тысяч евро отражены в расходах на аренду транспортных средств, на основании договоров аренды помещений отражены 303 тысячи евро.

Платежи аренды пользования отражены в 2013 году на 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.

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

Расходы аренды пользования отражены в приложении 14.

Приложение 8. Задолженности и авансы

8.1. Задолженности поставщикам

В тысячах евро	31.12.2014	31.12.2013
Неоплаченные счета медицинским учреждениям за услуги	41 314	42 426
Неоплаченные аптекам счета за лекарства, выданные на льготных условиях	6 229	5 965
Неоплаченные счета прочим поставщикам за компенсации медицинского страхования	3 724	3 340
Прочие неоплаченные поставщикам счета	206	204
Всего	**51 473**	**51 935**

Задолженности поставщикам содержат сделки с взаимосвязанными сторонами на сумму 2 899 тысяч евро (по состоянию на 31.12.2013 г. 2 595 тысяч евро), см. приложение 16.

8.2. Налоговые задолженности

В тысячах евро	31.12.2014	31.12.2013
Подоходный налог отдельного лица	1 903	1 599
Социальный налог	216	268
Подоходный налог со специальной льготы	5	3
Платежи по страхованию от безработицы	11	13
Платежи обязательного пенсионного страхования	5	4
Налог с оборота	1	6
Всего	**2 141**	**1 893**

Задолженность по подоходному налогу отдельного лица содержит выплаченный застрахованным Больничной кассой, удержанный с компенсаций по нетрудоспособности подоходный налог отдельного лица в сумме 1 840 тысяч евро (по состоянию на 31.12.2013 г. 1 540 тысяч евро).

Задолженность по социальному налогу содержит неуплаченный работникам начисленный с отпускных денег социальный налог в сумме 55 тысяч евро (по состоянию на 31.12.2012 г. 52 тысячи евро).

8.3. Прочие задолженности

В тысячах евро	31.12.2014	31.12.2013
Задолженности подрядчикам	290	515
Прочие задолженности	150	133
Полученные авансы	44	27
Всего	**484**	**675**

Под полученными авансами отражен финансируемый Министерством иностранных дел остаток аванса молдавского проекта в сумме 32 тысяч евро и произведенный Институтом развития здоровья аванс рассылку приглашений на скрининг по выявлению рака в сумме 12 тысяч евро.

Задолженности и авансы составили всего в 2014 году 54 098 тысяч евро и в 2013 году 54 503 тысячи евро.

Приложение 9. Резервы

В тысячах евро	31.12.2014	31.12.2013
Резервный капитал	54 386	51 147
Резерв риска	17 951	16 661
Резервы всего	**72 337**	**67 808**

По состоянию на конец 2013 года размер резервного капитала Больничной кассы составлял 51 147 тысяч евро. Согласно ст. 38 Закона о Больничной кассе Эстонии требуемый размер резервного капитала в 2014 году должен составлять 54 386 тысяч евро. Чтобы выполнить требуемый законом уровень, в 2014 году резервный капитал был увеличен на 3 239 тысяч евро.

В конце 2013 года размер резерва риска Больничной кассы составлял 16 661 тысячу евро. Согласно ст. 391 Закона о Больничной кассе Эстонии размер резерва риска в 2014 году должен был составлять 17 951 тысячу евро. Чтобы выполнить требуемый законом уровень, в 2013 году резерв риска был увеличен на 1 290 тысяч евро.

Приложение 10. Доходы от основной деятельности

В тысячах евро	2014	2013
Часть медицинского страхования социального налога	893 759	829 699
Взыскания с других лиц	1 062	926
Всего	**894 821**	**830 625**

Взыскания с других лиц содержат требования к взаимосвязанным сторонам в сумме 12 тысяч евро (в 2013 году 3 тысячи евро), см. приложение 16.

Приложение 11. Прочие доходы от деятельности

В тысячах евро	2014	2013
Добровольные договоры страхования	628	520
Межгосударственные договоры страхования	568	618
Услуги, оказанные гражданам Европейского Союза	1 974	2 714
Плата за рассмотрение счетов за лечение	55	44
Прибыль от разницы валютных курсов	8	14
Прочие доходы от деятельности всего	**3 233**	**3 910**

Приложение 12. Процентные и финансовые доходы

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.

Процент остатка денег в 2014 году составил 652 тысячи евро (в 2013 году 613 тысячи евро).

Приложение 13. Расходы медицинского страхования

В тысячах евро	2014	2013
Компенсации услуг здравоохранения	664 070	605 257
в т.ч. профилактика болезней	7 591	7 230
общая медицинская помощь	82 248	76 088
специальная медицинская помощь	529 044	481 561
лечение по уходу	24 537	20 607
стоматология	20 650	19 771
Расходы на развитие здоровья	857	706
Расходы на компенсации лекарств	109 753	103 391
Расходы на компенсации по временной нетрудоспособности	103 902	94 101
Прочие денежные компенсации	9 358	9 327
Прочие расходы на компенсации медицинского страхования*	18 827	16 172
в т.ч. компенсации услуг здравоохранения, вытекающие из международных договоров	10 022	7 847
компенсации медицинских устройств	8 805	8 325
Расходы на медицинское страхование всего	**906 767**	**828 954**

** Расходы 2014 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 1 446 тысяч евро (разница с 2013 г. 1 465 тысяч евро)

В расходах медицинского страхования отражены сделки с взаимосвязанными сторонами в сумме 39 000 тысяч евро (в 2013 г. 34 574 тысячи евро), см. приложение 16.

Приложение 14. Общие административные расходы

В тысячах евро	2014	2013
Расходы на персонал и управление	5 261	4 947
Заработная плата	3 929	3 695
в т. ч. плата членам правления	162	172
Страхование от безработицы	37	35
Социальный налог	1 295	1 217
Хозяйственные расходы	1 450	1 069
в т.ч. платежи аренды пользования *	329	318
Расходы на инфотехнологию	962	990
Расходы на развитие	278	231
Общие административные расходы всего	**7 951**	**7 237**

*см приложение 7

В хозяйственных расходах отражены сделки с взаимосвязанными сторонами в сумме одна тысяча евро (в 2013 г. 35 тысяч евро), см. приложение 16.

В оплатах членов правления 2014 года отражены 22 тысячи платы за результат, о выплате которой совет принимает решение после утверждения отчета за хозяйственный год.

Число работников Больничной кассы	2014	2013
Члены правления	3	3
Руководители	16	17
Ведущие специалисты	39	39
Специалисты среднего звена	151	147
Служащие	5	5
Число работников всего	**214**	**211**

Приложение 15. Прочие расходы на деятельность

В тысячах евро	2014	2013
Надзор за системой медицинского страхования	0	70
Связи с общественностью/ информирование	0	86
Страхование ответственности правления	0	5
Убыток от разницы валютных курсов	18	14
Внесенные в расходы требования	95	42
Внутреннее информирование и инфодни	0	15
Специальные льготы и налоги	0	110
Расходы налога с оборота от расходов на деятельность t	352	351
Бланки медицинского страхования	46	0
Государственные пошлины	1	0
Компенсация услуг здравоохранения в исключительном случае	10	0
Прочие расходы на деятельность всего	**522**	**693**

В 2014 году структура расходов на деятельность изменилась по рядам бюджета. Расходы на надзор за системой медицинского страхования и связи с общественностью/ информирование в сумме 60 тысяч евро отражаются в расходах на развитие. Расход на страхование ответственности правления в сумме 5 тысяч евро, расход на внутреннее информирование и инфодни в размере 38 тысяч евро и расходы на специальные льготы и налоги в сумме 179 тысяч евро будет отражено в хозяйственных расходах.

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.

Сделки с взаимосвязанными сторонами в 2014 году

В тысячах евро	Сумма	Lisa
Покупка услуг	39 001	13, 14
Продажа услуг	12	10
Обязательство 31.12.2014	2 899	8
Требование 31.12.2014	0	

В 2014 году уценок требований к взаимосвязанным сторонам сделано не было

В качестве покупки услуг в основном отражены купленные у оказывающих услуги здравоохранения лиц медицинские услуги, где связанное с учреждением лицо является членом совета.

Сделки с взаимосвязанными сторонами в 2014 году

В тысячах евро	Сумма	Приложение
Покупка услуг	34 609	13, 14
Продажа услуг	3	10
Обязательство 31.12.2013	2 595	8
Требование 31.12.2013	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	2014	2013
Компенсация лекарств застрахованным лицам при искусственном оплодотворении	621	660
Финансирование лечения бесплодия согласно услугам здравоохранения	825	805
Проект с Молдовой	23	7
Компенсация учебного займа	6	0
Всего	**1 475**	**1 472**

Расходы государственного целевого финансирования на средства профилактики рака отражены в расходах на профилактику болезней, а расходы проекта с Молдовой отражены в расходах на деятельность Больничной кассы.

Доходы целевого финансирования:

В тысячах евро	2014	2013
Компенсация лекарств застрахованным лицам при искусственном оплодотворении	621	660
Финансирование лечения бесплодия согласно услугам здравоохранения	825	805
Средства государственной стратегии профилактики рака	28	33
Проект с Молдовой	23	7
Компенсация учебного займа	6	0
Рецептурный центр	0	239
Всего	**1 503**	**1 744**

Подписи отчета за хозяйственный год

Правление Больничной кассы Эстонии составило отчет за 2014 хозяйственный год

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

Правление
01.04.2015

Танел Росс
председатель правления

Мари Матизен
член правления

Кулдар Куремаа
член правления

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 2014, 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 120 по 136.

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 2014, финансовые результаты и денежные потоки завершившегося этого числа хозяйственного года в соответствии с добрыми бухгалтерскими традициями, действующими в Эстонии.

Таллинн, 01.04.2015

/подпись/

Taivo Epner
Присяжный аудитор, профессиональное свидетельство № 167

KPMG Baltics OÜ

Разрешение на деятельность № 17
Нарва мнт. 5, Таллин

Годовая книга Эстонской Больничной кассы 2014