

Резюме
годового финансового отчета
Больничной кассы

2010



Eesti Haigekassa
Estonian Health Insurance Fund



Резюме
годового финансового отчета
Больничной кассы

2010



Eesti Haigekassa
Estonian Health Insurance Fund



Содержание

Обращение Председателя Правления	7
Отчет о деятельности в 2010 году	
Основные показатели	10
Активный год перед вступлением в еврозону	11
Кроме «доступности» ключевыми словами теперь стали «эффективность, качество и осведомленность»	12-13
Стратегические задачи Больничной кассы в 2010 году и их выполнение	
Выполнение задач в 2010 году	16-17
Устойчивость финансирования системы здравоохранения	18-19
Развитие услуг дневной хирургии	20-21
Кампания «Разница только в цене лекарства»	22-23
Отчет о выполнении бюджета в 2010 году	
Бюджет 2010	26-27
Доходы	28-29
Расходы	
Расходы на медицинское страхование	
Медицинские услуги	30-35
Расходы на укрепление здоровья	36
Лекарства, компенсируемые застрахованным	37-38
Расходы на компенсацию по временной нетрудоспособности	39-41
Другие денежные компенсации	42
Другие расходы на медицинское страхование	43-44
Административные расходы Больничной кассы	45
Резервный капитал	46
Рисковый резерв	46
Неиспользованный доход	46
Бухгалтерский годовой отчет 2010	
Баланс	48
Отчет о поступлениях	48
Денежные потоки	49
Отчет об изменении собственного капитала	49



Обращение Председателя Правления

Если, вспоминая 2009 год, мы называем его кризисным, то 2010 год уже можно с некоторой осторожностью назвать годом стабилизации – методы экономии средств еще не были отменены, но все-таки не потребовалось проведения новых сокращений объемов медицинских услуг и их цен.

И все же были заметны последствия различных примененных методов экономии. Очереди за медицинской помощью удлинились: в амбулаторном лечении в среднем от 20 дней до 45 дней, в стационарном лечении – от 30 дней до 60 дней. Зарплаты медицинских работников уменьшились на 4% по сравнению с 2009 годом.

В течение 2009–2010 гг. выросла доля медицинских услуг врачей-специалистов в общем объеме медицинской помощи, что объясняется увеличением очередей на лечение: все труднее попасть к врачу вовремя, и ранние, более легкие стадии болезни переходят в осложненные, когда больным уже требуется неотложная помощь. Ее оказание оказывается гораздо более дорогим, чем запланированная медицинская помощь.

На первый взгляд снижение зарплаты медицинских работников кажется незначительным, однако при обстоятельствах, когда всегда есть возможность найти лучшие условия работы в соседних странах, число медиков, которые обдумывают смену места работы, увеличилось. Особенно серьезной проблемой является квалифицированная помощь медсестринского персонала. Количество медицинских сестер на душу населения в Эстонии и без того ниже среднего в Европейском Союзе, и переезд персонала на работу в другие страны больно бьет по системе здравоохранения.

Поэтому при планировании бюджета 2012 я считаю очень важным повышение цен на медицинские услуги до уровня 2009 года. Это было бы сигналом медицинскому сообществу, что их благосостояние небезразлично лицам, принимающим решения, и о них заботятся. Тогда можно будет надеяться об уменьшении оттока медицинского персонала из страны.

Залогом доступности и качества медицинских услуг является именно медицинский персонал, без него не имеют смысла ни современные здания, технологии и размеры финансирования.

Важным достижением я считаю завершение отчета «Анализ финансовой устойчивости системы здравоохранения Эстонии в 2010–2030 гг.», выполненного совместно с Министерством Социальных Дел и Всемирной организацией здравоохранения. В течение 10 лет готовился новый план,



ХАННЕС ДАНИЛОВ

Председатель
Правления

в котором были смоделированы разные возможности для обеспечения финансовой устойчивости системы здравоохранения. В прошлом прогнозе – «План развития больничной сети» – были намечены основные направления реорганизации системы здравоохранения, а также оценивались разные возможности финансирования оптимизированной системы здравоохранения.

В ходе анализа было проведено сравнение разных возможностей, исходя из основных ценностей систем здравоохранения в Европе: солидарности, равного отношения к пациентам, защищенности от финансовых рисков, прозрачности для общества и административной эффективности. Результатом этой работы стало описание разных рекомендаций по обеспечению устойчивости, эффективность которых можно будет оценить в будущем.

В 2010 году очень много энергии и времени потребовало внедрение проекта дигитального рецепта. После первоначальных трудностей Больничной кассе все-таки удалось запустить эту систему. Исходя из полученного опыта, мы можем сказать, что к внедрению такого обширного проекта, который охватывает большое количество партнеров, затрагивает каждого человека в Эстонии и предполагает так называемый «перевод» очень сложной системы компенсирования рецептов на язык инфотехнологий, и при условии небольших средств и нереально коротких сроков, не были готовы ни заказчик, ни разработчик.

Мы подводим итоги года в немного тревожном оттенке, но ведь основная задача Больничной кассы как организации общественного сектора – смягчение и разрешение проблем людей, связанных со здоровьем. Мне приятно отметить, что, не смотря на все трудности, которые затронули нашу страну и здравоохранение, уровень удовлетворенности системой не уменьшился. Это показывает, что, чтобы пережить трудные времена, все стороны стараются в полной мере, и надежда на лучшие времена в будущем, сохраняется.

Хочу поблагодарить всех партнеров, которые помогли нам справиться с трудными задачами в прошлом непростом году.





ОТЧЕТ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В 2010 ГОДУ

Основные показатели

Таблица 1. Основные показатели 2006–2010 гг.

	2006	2007	2008	2009	2010	Изменение по сравнению с 2009 годом %
Количество застрахованных в конце года	1 278 016	1 287 765	1 281 718	1 276 366	1 256 240	-2
Доходы (млн. крон)	8 910	11 183	12 900	11 430	10 866	-5
Расходы медицинского страхования (млн. крон)	7 946	10 149	12 223	11 959	10 849	-9
Административные расходы Больничной кассы (млн.крон)	87	95	116	107	108	1
Доля доходов медицинского страхования от Валового Внутреннего Продукта (%)*	3,8	4,1	4,9	5,5	4,8	-13
Показатели медицинских услуг						
Количество застрахованных, пользовавшихся услугами врачей-специалистов	796 815	810 834	819 055	800 578	797 048	0
Средняя продолжительность лечения в днях	6,3	6,4	6,3	6,1	6,1	0
Доля неотложной медицинской помощи (%), в том числе						
амбулаторная	17	18	17	17	18	1
дневная	7	7	6	9	9	0
стационарная	63	63	63	67	67	0
Средняя стоимость одного случая лечения у врача-специалиста (в кронах), в том числе						
амбулаторная	447	548	671	687	666	-3
дневная	4 942	6 435	7 324	7 030	6 321	-10
стационарная	10 981	13 629	15 775	15 821	15 361	-3
Количество визитов к семейным врачам на 1000 застрахованных	3 789	3 889	4 039	3 895	3 831	-2
Направления на лечение за рубежом и компенсации, связанные с правовыми актами Европейского Союза (тыс. крон)	27	43	56	68	60	-12
Показатели компенсирования лекарств						
Количество льготных рецептов	5 393 102	5 996 843	6 636 410	6 435 700	6 689 886	4
Количество застрахованных лиц, пользовавшихся льготными рецептами	795 677	830 594	840 847	829 748	822 440	-1
Средняя стоимость льготного рецепта для Больничной кассы (в кронах)	179	187	193	215	212	-1
Средняя стоимость льготного рецепта для пациента (в кронах)	109	117	121	126	121	-4
Показатели компенсаций по нетрудоспособности						
Количество дней нетрудоспособности, компенсируемых Больничной кассой	8 195 320	8 888 700	9 182 077	7 379 379	5 453 066	-26
Стоимость компенсации одного дня нетрудоспособности (в кронах)	184	217	260	299	234	-22

* Показатели 2006–2009 гг. изменены в соответствии со скорректированным Департаментом Статистики Валовым Внутренним Продуктом.

Активный год перед вступлением в еврозону



КЕРСТИ РЕЙНСАЛУ

Член правления

Отвечая в Больничной кассе за области финансов и инфотехнологии, я считаю, что название этой главы очень хорошо отражает деятельность Больничной кассы в этой области в прошлом году. Изменение валюты затрагивает напрямую именно финансовую область, и, поскольку сегодня все экономические расчеты и бухгалтерия зависят от компьютеров и программного обеспечения, то именно изменение инфосистем потребовало от нас больше всего сил. Если при планировании разработки крупного программного обеспечения остается время на то, чтобы заранее описать все нюансы и разумно распланировать даты окончания проекта, то дату прихода евро нельзя было отодвинуть дальше, и всю подготовку нужно было провести до окончания года. Больничная касса использует в своей инфосистеме разные модули программного обеспечения SAP, которым пользуются многие клиенты в мире, и система поддержки которой помогает разрабатывать новые проекты и решать проблемы. Это помогло нам и при внедрении новых разработок, связанных с евро, кроме того, своим опытом в этом поделились и другие страны Европейского Союза, которые уже пережили переход на евро. Надежность инфосистем важна не только Больничной кассе, но и нашим партнерам, которые для предоставления данных используют электронные каналы. Теперь уже мы можем заявить уверенно, что вся подготовка прошла, как было запланировано, и проблем при этом переходе не возникло.

Параллельно с переходом на евро мы должны были внимательно следить за соблюдением бюджета Больничной кассы. Если в первые месяцы года поступление части социального налога, приходящейся на медицинское страхование, было очень низким, то во второй половине года оно было уже стабильней и более близким к прогнозу. В итоге поступления оказались на 335 миллионов ниже

запланированного бюджета доходов. В то же время расходы на компенсацию нетрудоспособности оказались на 400 миллионов крон меньше изначально запланированного. Оказалось, что прогнозирование этой области после изменения закона гораздо сложнее и непредсказуемое. На снижение сумм компенсаций по нетрудоспособности помимо изменения закона повлияло и уменьшение количества работающих лиц и среднее уменьшение дневного заработка по сравнению с 2009 годом. Благодаря тому, что некоторые виды расходов оказались ниже, снижение доходов не оказало сильного влияния на другие области и в течение года не потребовалось проведения дополнительных сокращений. Все другие открытые и договорные обязательства были Больничной кассой выполнены.

2010 год был также важен размерами инвестиций. Инфотехнология является быстро развивающейся областью и повышенные требования к надежности и мощностям электронных услуг привели нас к необходимости новых инвестиций. Для этих целей в 2009 году было принято решение об увеличении объема дисковых массивов и создании новых инфраструктурных разработок, для реализации которых в 2010 году были проведены крупные инвестиции в общем объеме 10,6 миллионов крон.

В начале года были заказаны большие дисковые массивы для хранения данных, и в конце года для поддержки новых инфраструктурных разработок были приобретены новые сетевые устройства и серверы. К концу 2011 года все наиболее важные компоненты инфосистемы Больничной кассы будут работать дублировано в двух разных местах, каждая разработка будет работать как кластер в двух разных серверах, и все данные будут синхронизированы между двумя, расположенными в разных корпусах дисками. Все это должно обеспечить максимальную защиту при возникновении различных физических рисков.

Если в 2010 году произошел переход от состояния сильной нехватки средств на стабильный уровень, то в следующем году мы ожидаем еще большей стабильности для того, чтобы можно было составлять долгосрочные планы и по-прежнему обеспечивать защищенность застрахованных и наших партнеров.

Кроме «доступности» ключевыми словами теперь стали «эффективность, качество и осведомленность»

Несмотря на сложные экономические условия в 2010 году очень важным достижением можно считать удержание стабильности после быстрых изменений, прошедших в 2009 году. С точки зрения застрахованных стабильность означает то, что медицинская помощь и возможности получения компенсаций всегда остаются доступными. Для медицинских учреждений стабильностью является возможность продолжать свою запланированную на год деятельность. На первый взгляд эти цели кажутся простыми, но в связи с кризисом их выполнение потребовало гораздо больше сил. Именно в такие сложные годы испытывается способность к сотрудничеству и здесь уместно поблагодарить наших партнеров за успешную совместную работу.

Для успешности системы медицинского страхования Эстонии эффективность всегда была ключевым словом. Однако было бы неправильным оставаться почитать на лаврах сделанных до сих пор достижений. В завершеном в 2010 году анализе устойчивости системы медицинского страхования эксперты обратили внимание на необходимость избегания раздробления финансирования. Особенно отмечали то, что Больничная касса должна при финансировании лечебных учреждений стимулировать амбулаторное и дневное лечение. Дополнительно было отмечено, что при принятии решения о финансировании нужно все больше опираться на оценку экономической эффективности, в том числе обращать внимание на оценку медицинских технологий. Эти пожелания будут учтены при подготовке плана развития на 2011-2014 гг.

В центре внимания было качество медицинских услуг. Все чаще обсуждается понятие качества, его измерение и оценка его стабильности. И это хорошо, что экономический кризис не смог затмить важность содержания медицинских услуг. Под качеством имеется в виду чаще всего соответствие стандартам, и это выясняется в ходе измерения. Установление стандартов требует знаний о том, что является хорошим результатом и что является главным способом его достижения, а также договора между сторонами. В течение года при оценке качества мы сделали



МАРИ МАТХИЕСЕН

Член Правления

следующий шаг – вместе с союзом врачей-неврологов выработали индикаторы качества лечения инсульта. Начиная с 2011 года мы будем подводить регулярные итоги и давать обратную информацию об этом. В связи с этим к ранее оговоренным индикаторам уровня качества общехирургической деятельности была добавлена новая область, оценка деятельности которой улучшилась.

В случае оценки качества мы имеем дело с комплексным понятием, и поэтому в Больничной кассе дополнительно к рутинному наблюдению используются дополнительные методы, чтобы облегчить медицинским учреждениям системно отслеживать и улучшать свою деятельность. При уменьшении клинических вариаций нельзя недооценивать создание и внедрение руководств по лечению, адаптированных к условиям Эстонии. В 2010 году у нас была хорошая возможность пользоваться помощью иностранных специалистов Всемирной Организации Здравоохранения и оценить потенциал и возможности развития до сих пор использовавшейся системы. В начатом проекте активным партнером Больничной кассы является медицинский факультет Тартуского Университета, который играет ключевую роль в получении новых знаний медицинским персоналом. В 2011 году продолжится составление инструкции для написания руководств по лечению, и мы сможем тестировать эту инструкцию в практических условиях при написании одного из новых руководств.

Сейчас все чаще звучит тема об информировании пациента и его осознанном выборе. Принятие решения предполагает наличие определенных знаний и роль Больничной кассы в повышении информированности населения все больше увеличивается. Социальная компания 2010 года

по пропаганде рационального использования лекарств вызвала большую ответную реакцию и разносторонние дискуссии и то, что выбор лекарства в аптеке очень важен, подтвердили и заключения, полученные в ходе опросов населения. Поскольку выбор может уменьшить расходы пациентов на лекарства, мы будем продолжать информационную кампанию в 2011 году.

2010 год войдет в историю и тем, что было начато использование дигирецепта. Электронная программа не может быть целью самой по себе, но дигирецепт является тем инструментом, который включает в себя все приведенные ранее ключевые слова: эффективность, качество и осведомленность. Быстрый обмен информацией, заключенной в единую систему, без бумажных документов,

позволяет контролировать её как пользователю лекарств, так и медицинскому персоналу, выносящему решения о качестве лечения. То, что в конце года было выкуплено до 4 миллионов дигирецептов и то, что уровень удовлетворенности дигитальным рецептом составил 91%, подтверждает, что многолетняя работа по разработке системы не прошла напрасно. Дигитальный проект выиграл с большим преимуществом первое место в конкурсе электронных услуг, проведенным Министерством Экономики и Коммуникации и он будет представлен на международном конкурсе World Summit Award.

Знание о том, что проделанная работа является важной, придает нам силы для дальнейшего развития.





СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ БОЛЬНИЧНОЙ КАССЫ В 2010 ГОДУ И ИХ ВЫПОЛНЕНИЕ

Выполнение задач в 2010 году

Задача	Показатель	Выполнение задачи
	Степень удовлетворенности застрахованных системой здравоохранения	
1. Обеспечить доступность медицинских услуг, лекарств и денежных компенсаций		
	Удовлетворенность доступностью медицинской помощи	Доступность медицинской помощи считают хорошей 55% и плохой 42% населения Эстонии. По сравнению с двумя последними годами больших изменений не произошло. В среднем более удовлетворенными доступностью медицинской помощью были молодые люди (особенно в возрасте 15-19 лет), с хорошим состоянием здоровья, с высоким уровнем дохода (доход на одного члена семьи более 5000 кр. в месяц) и эстонской национальности. Сравнивая разные регионы Эстонии, более всего удовлетворенными доступностью медицинской помощью были отвечающие на анкеты из Центральной Эстонии (оценка хорошо в 72%), менее всего – из Северной Эстонии (оценка хорошо – 46%).
• Обеспечить равную доступность к получению компенсаций медицинского страхования	Привлекать застрахованных к деятельности, которая позволяет улучшить процессы наблюдения за состоянием здоровья.	К системе результативной зарплаты в 2010 году присоединилось 90% семейных врачей (Харьуское отделение 90%, Тартуское отделение 88%, Пярнуское отделение 94%, Вирусное отделение 87%). Пациенты, находящиеся в регистрах семейных врачей, присоединившихся к системе качества, в большей степени охвачены профилактикой и врачебным наблюдением в случае хронических заболеваний.
	Максимальное время ожидания в очереди на операцию по удалению катаракты	Очередь на проведение операции по удалению катаракты находится в рамках утвержденного Советом времени ожидания (1,5 года).
	Максимальное время ожидания в очереди на эндопротезирование	Очередь на проведение операции эндопротезирования находится в рамках утвержденного Советом времени ожидания (2,5 года).
2. Развивать систему здравоохранения и качество медицинских услуг		
	Удовлетворенность качеством медицинской помощи	Три четверти (74%) населения Эстонии находит, что качество медицинской помощи в Эстонии хорошее. При сравнении с прошлыми годами оказалось, что если в период 2005-2008 гг. постепенно увеличивалась доля положительных оценок, то в последние годы этот показатель держится на одном уровне.
• Укрепление развития качества медицинских услуг	Количество клинических аудитов	Было организовано 5 клинических аудитов: • «Качество лечения рака прямой кишки», аудитор – комиссия Союза Врачей-онкологов; • «Острый живот», качество диагностики и лечения», аудитор – др. Марко Муррусте, Клиника Тартуского Университета. • «Качество оказания психиатрической помощи», аудитор – комиссия из Союза Психиатров Эстонии; • «Диагностика и качество лечения диабета II типа», аудитор – комиссии Союза Семейных Врачей Эстонии и Союза Эндокринологов Эстонии; • «Использование семейными врачами средств, выделенных на обследование больных – II часть», аудитор – комиссия Союза Семейных Врачей Эстонии.
	Соответствие законным актам документации по оказанию медицинских услуг	В 2010 году были запланированы контроль 12 000 документов, относящихся к медицинскому страхованию. Итого было проконтролировано 12 673 документа.

Развитие обратной связи с партнерами и публикация результатов	Удовлетворенность партнёров сотрудничеством с Больничной кассой	Раз в год договорные партнёры дают оценку совместной работе с Больничной кассой в ходе опроса «Удовлетворенность партнёров сотрудничеством с Больничной кассой». В 2010 году 95% договорных партнёров были удовлетворены сотрудничеством с Больничной кассой.
3. Разработка проектов по пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний для населения		
	Осведомлённость о социальных кампаниях	Кампания по профилактике травм была начата в конце августа. Осведомлённость о кампании «Необдуманные действия могут изменить твою жизнь. Окончательно.» была 46%, и в целевой группе (возраста 15-29 лет) – 53%. Кампания, касающаяся использования лекарств «Разница только цене лекарства!» была начата в конце сентября и средняя осведомлённость о ней в октябре 2010 года составила 39%, в целевой группе (40-59 лет) – 41%. Осведомлённость измерялась в рамках проходившего в октябре исследования степени удовлетворенности населения, обе кампании не были еще завершены на этот момент, и они продолжались в 2011 году. Задача кампании – 75% – была установлена конечной целью, достижение которой можно будет оценить в 2012 году.
Увеличить осведомленность населения о системе здравоохранения и факторах, влияющих на здоровье	Осведомленность застрахованных об их правах	74% населения Эстонии в курсе своих прав и обязанностей. Осведомленность с каждым годом растет, однако уровень знаний неравномерен и зависит от разных демографических и социально-экономических факторов (регион проживания, родной язык, возраст, род деятельности и т.д.).
Обеспечить целенаправленное проведение проектов пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний	Охват скрининговыми обследованиями на раннее обнаружение рака молочной железы и рака шейки матки и предраковых состояний	Охват скрининговыми обследованиями на раннее обнаружение рака молочной железы составил 66% (целью было 65%), охват скрининговыми обследованиями на рак шейки матки – 62% (целью было 55%). В расчёты не включены умершие, незастрахованные женщины и женщины, кому не было возможно было предоставить приглашения в связи с отсутствием точного адреса.
4. Обеспечение эффективного использования средств медицинского страхования и целенаправленного развития системы медицинского страхования.		
Обеспечение целенаправленного развития системы медицинского страхования	Договор с союзами врачей-специалистов по определению потребности в медицинских услугах на 4 года	Составлен документ анализа деятельности 2005–2009 года для специальности психиатрия. Совместно с Союзом специалистов были определены потребности на последующие 4 года и заключено соглашение.
Поднятие уровня эффективности использования средств медицинского страхования	Средняя цена одного лечебного случая	Структурное изменение средней стоимости стационарного лечебного случая по сравнению с прошлым периодом составило –0,1%.
5. Укрепление деятельности организации		
Развитие компетентности и мотивации сотрудников	Удовлетворенность сотрудников руководством и организацией работы Больничной кассы	По данным проведённого опроса 93% сотрудников удовлетворены управлением и организацией работы в Больничной кассе.
Используемость стандартных инфосистем и инфосистем с широкой функциональностью	Используемость	Доступность информации означает обеспечение доступности информации и информационных услуг, исходя из потребностей потребителей и партнерских договоров. В 2010 году уровень доступности составил 100%.

Устойчивость финансирования системы здравоохранения



ТРИЙН ХАБИХТ

Заведующая отделом
здравоохранения

В 2010 году был подготовлен отчет «Возможности обеспечения финансовой устойчивости системы здравоохранения Эстонии», выполненный совместно с Министерством Социальных Дел и экспертами регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Рабочая группа специалистов оценила эффективность системы здравоохранения Эстонии и устойчивость ее финансирования: провела анализ жизнеспособности настоящей системы финансирования в далекой перспективе (до 2030 года) и предложила возможности для укрепления политики финансирования. Для оценки системы здравоохранения были учтены как прогнозы для доходов и расходов медицинского сектора, так и более широкие макроэкономические области, а также мнения заинтересованных кругов. Отчет и содержания проведенных круглых столов доступны на домашней странице Больничной кассы – <http://www.haigekassa.ee/eng/health-insurance-in-estonia/sustainability-of-estonian-health>.

В отчете приведены слабые и сильные стороны финансирования системы здравоохранения Эстонии

Система здравоохранения Эстонии финансируется в большей мере через целенаправленный социальный налог, выплачиваемый с зарплаты. Примерно две трети всех доходов здравоохранения покрывается социальными доходами, около одной десятой части – из другой части государственного бюджета, и немного меньше одной четверти – из доли самофинансирования пациентов.

По оценке зарубежных экспертов сильной стороной системы финансирования здравоохранения Эстонии является ее стабильность, которая достигнута благодаря целенаправленным социальным налогам и размеренной бюджетной политике Больничной кассы. Система единой Больничной кассы оправдала себя в условиях Эстонии, обеспечивая прозрачность и эффективную деятельность и низкие затраты на текущие расходы. Преимуществом

является и то, что здравоохранение отделено от других систем социального страхования (например, пенсии и пособия по безработице). Необходимо придерживаться этого принципа, чтобы обеспечивать прозрачность и четкое разделение обязанностей.

Слабой стороной системы финансирования считается низкая доля расходов на здравоохранение от внутреннего валового продукта (ВВП), основной причиной чего является низкое финансирование со стороны общественного сектора. Низкие доходы от общественного сектора сопровождаются увеличением доли самофинансирования пациентов в доходах здравоохранения, это усложняет состояние пожилых и бедных слоев населения, так как получение лечения зависит в этом случае не от ее потребности, а от ее стоимости.

Прогнозы на доходы и расходы до 2030 года

В отчете, основываясь на разных сценариях, проанализировано влияние факторов, связанных с рынком труда и здравоохранения, а также демографических и макроэкономических факторов. Все сценарии показали, что в будущем государство должно все больше средств вкладывать в здравоохранение. Из доходов на здравоохранение от общественного сектора образуется заметная разница между доходами и расходами, что к 2030 году может составить 0,4-1,4% от ВВП (см. рисунок 1). Также важным является то, что все принимаемые в ближайшее время решения о ценах на медицинские услуги значительно влияют на будущие расходы и поэтому разница между доходами и расходами может стать еще больше.

Рекомендации по улучшению политики финансирования здравоохранения

При выборе рекомендаций было учтено то, чтобы они поддерживались большинством заинтересованных целевых групп, отражали ценности здравоохранения, были политически осуществимыми и повышали способность системы выполнять свои задачи.

Первая рекомендация: увеличить базу доходов от общественного сектора. Поскольку система на сегодняшний день функционирует хорошо, то изменить нужно ее элементы: целенаправленный налог на здравоохранение, центральное управление средствами здравоохранения и система единой Больничной кассы. В то же время необходимо расширить базу доходов от общественного сектора путем, отличным от системы доходов от налогов работающих слоев населения (например, налоги на

потребление и капитал), оплачивать медицинские расходы пенсионеров из других доходов государственного бюджета и облагать социальными налогами дивиденды из капитальных инвестиций. Важно, чтобы принципы расширения базы доходов были прозрачными и неизменяемыми.

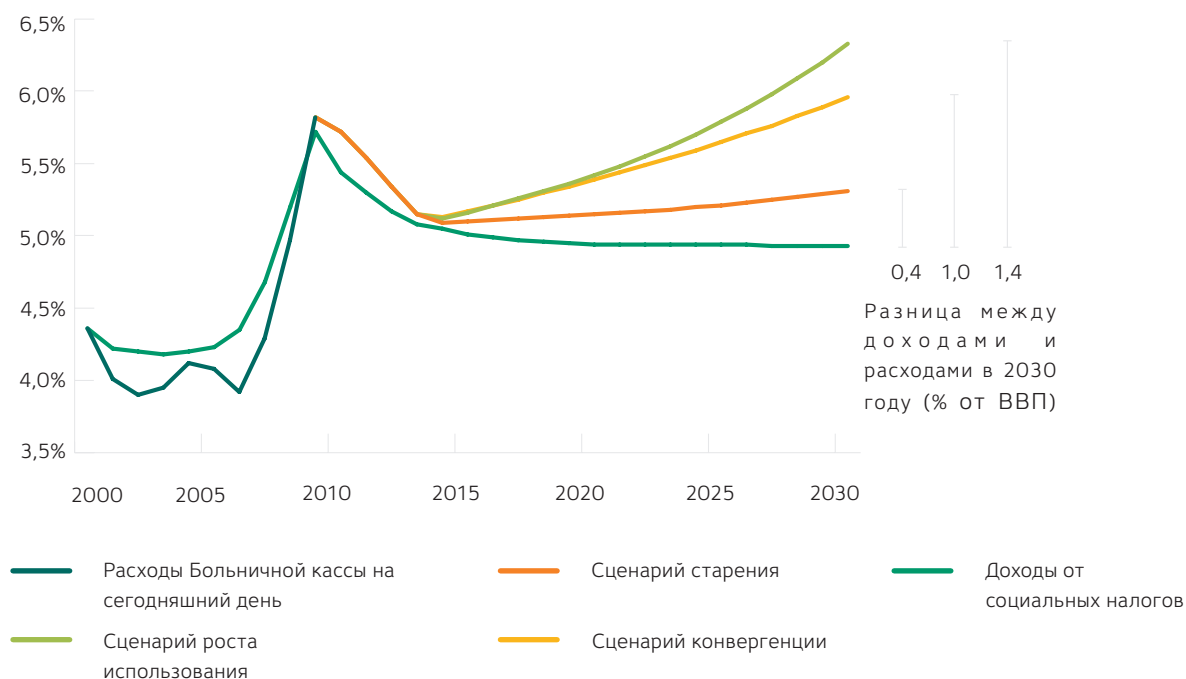
Вторая рекомендация: улучшить финансовую защищенность путем управления доли финансирования, оплачиваемой пациентом. Для этого нужно создать условия для рационального использования лекарств и увеличить количество выписываемых лекарств-генериков¹. Также необходимо сделать долю финансирования пациентов в целом более простой и целенаправленной, чтобы она поддерживала, прежде всего, слои населения, часто использующие медицинские услуги и лиц с низкими доходами. Необходимо взвесить возможность добавления зубного лечения взрослых в пакет компенсируемых медицинских услуг.

Третья рекомендация: исправить функционирование системы здравоохранения при помощи целесообразного разделения средств бюджета и стратегических закупок. Необходимо продолжить уменьшать чрезмерные

мощности больницы сети и внедрить в практику план развития больницы сети; усилить роль семейных врачей в первоначальном отсеивании пациентов и их координировании; улучшить стратегическое управление на первоначальном уровне; сохранить доступность бесплатной общей медицинской помощи для всего населения Эстонии.

Четвертая рекомендация: сохранить сильную систему управления здравоохранением. Важно обращать внимание на деятельность лечебных учреждений, особенно на отслеживание и оценку клинических результативных показателей. Инвестиции в систему э-здоровья (e-tervis) могут помочь повышению уровня качества клинических услуг, так как улучшается обмен информацией и уменьшается дублирование анализов и исследований. Необходимо помнить, что система единой Больничной кассы работает хорошо и ее нельзя ослаблять или заменять на какую-либо другую модель, основанную на конкуренции. Правительство должно постараться не допустить раздробления системы финансирования, что может увеличить неэффективность и создать противоречивые стимулы.

Рисунок. 1. Прогнозы на доходы и расходы Больничной кассы в процентах от ВВП, рассчитанные по разным сценариям, 2000–2030 (включает расходы на временную нетрудоспособность).



¹Лекарство-генерик (иногда используется понятия лекарство-копия и лекарство-аналог) – это лекарство, которое содержит такое же действующее вещество, что и лекарство-оригинал, и которое предназначено для лечения тех же заболеваний, является таким же эффективным, безопасным и качественным как лекарство-оригинал. Лекарство-генерик приходит на рынок лекарств после того, как заканчивается защита патента, и другие фирмы-производители могут выпускать лекарства с тем же действующим веществом.

Развитие услуг дневной хирургии



КРИСТИНА КАХУР

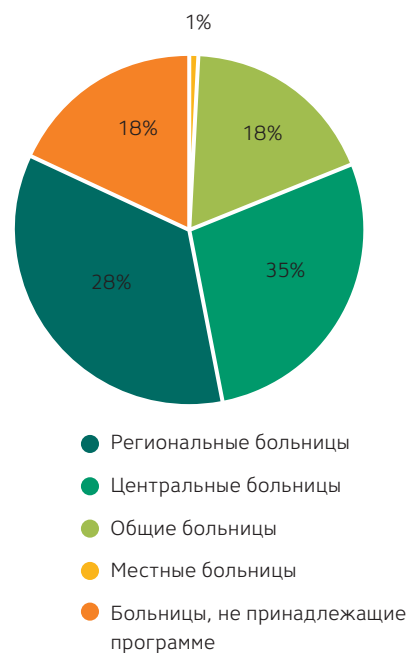
Главный специалист отдела
здравоохранения

Больничная касса считает оказание услуг дневного лечения и их дальнейшее развитие (в том числе и дневной хирургии) очень важным и для этого были запланированы отдельные средства как в бюджете, так в договорах с медицинскими учреждениями. Оказание услуг в рамках дневного лечения дает возможность эффективнее использовать средства медицинского страхования. Из случаев дневного лечения около 70% связаны с дневной хирургией, в ходе которой пациент утром поступает в клинику для запланированной операции и после ее проведения покидает клинику в тот же день.

Объемы услуг, оказываемых в рамках дневной хирургии, постоянно растут. Число операций за последние семь лет увеличилось почти в 2 раза (рост 83%). При этом нужно отметить, что доля дневной хирургии росла до 2007 года и в последние 4 года не превышала 30%. Этот уровень остается ниже показателей других стран Европейского Союза, так в Великобритании, где дневная хирургия особенно широко используется, ее доля составляет большую часть от объема дневной хирургии².

Дневную хирургию применяют чаще всего при ортопедических, гинекологических, общехирургических, глазных заболеваниях и заболеваниях ухо-горла-носа. Более всего дневная хирургия получила развитие в офтальмологии, где большинство операций по удалению катаракты проводятся в форме дневной хирургии. Возможности дневной хирургии применяют в центральных больницах (35% из всех случаев дневной хирургии), и более чем в половине случаев они связаны с проведением операций по удалению катаракты (см. рисунок 2). От общего объема дневной хирургии 28% оказывается в региональных больницах, 18% – в больницах, не принадлежащих программе развития общей и больничной сети.

Рисунок 2. Объем случаев дневной хирургии в разных больницах



Сейчас разные клиники сильно отличаются по возможностям применения разных видов дневной хирургии. Так, например, если по всей Эстонии в рамках дневной хирургии проводится в среднем 20% операций по удалению аппендицита, то в разных клиниках доля этих операций может меняться от 0 до 100%. Соответствующий показатель для Северных стран – 45-75%.

Исходя из этих данных, можно заключить, что в Эстонии есть резервы для перевода на дневную хирургию операций, которые до этого проводились в стационаре. Так можно было бы увеличить долю дневных операций по удалению варикозного расширения вен на ногах, лапароскопических операций по удалению желчного пузыря, доброкачественных опухолей прямой кишки, некоторых ортопедических и гинекологических операций.

² Thomson S, et al. Responding to the challenge of financial sustainability in Estonia's health system. WHO Regional Office for Europe, 2010. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/107877/E93542.pdf)

Конечно, увеличение объемов дневной хирургии не может происходить очень быстро. Этот процесс предполагает не только изменения в организации работы клиник и инфраструктуры (необходимые помещения, аппаратура и др.), но и в образе мыслей и позиции. С другой стороны, для успешного внедрения дневной хирургии важен объем подходящих пациентов, подготовленность к проведению операций и осведомленность пациентов о соблюдении послеоперационного режима лечения, что является залогом планового восстановления.

Важным предполагающим условием для развития дневной хирургии является определение Больничной кассой целей через финансирование и тем самым мотивирование оказания услуг в форме дневной хирургии. Для этого нужно использовать подходящие методы оплаты и создать условия в договорах финансирования, поддерживающие дневную хирургию.

Кампания «Разница только в цене лекарства»



КРИСТА МЕРЕСМАА

Главный
специалист отдела
лекарств

В сентябре 2010 года Больничная касса начала информационную кампанию «Разница только в цене», чтобы уменьшить количество пациентов, которые из-за недостаточной осведомленности при покупке лекарства в аптеке делают для себя экономически невыгодный выбор.

При анализе использования лекарств пациентами в Эстонии выяснилось, что, несмотря на то, что в аптеках есть выбор более дешевых лекарств с таким же действующим веществом, более всего покупаются дорогие лекарства. Например, в 2010 году из лекарств, снижающих давление, более дешёвые лекарства составили только 15%. В случае некоторых действующих веществ самые дешёвые альтернативы были выбраны только в 5% случаях из всех лекарств с таким же действующим веществом.

В Эстонии, как и в других странах, в случаях, если существует выбор лекарств с одинаковым действующим веществом, устанавливается так называемая предельная цена, которая позволяет защитить систему здравоохранения от неразумных затрат. Аптеки обязаны иметь в продаже все лекарства с предельными ценами и предлагать пациентам все имеющиеся дешевые альтернативы. Если пациент все же предпочитает дорогое лекарство с ценой выше предельной цены, то он должен оплатить разницу между предельной и розничной ценой. Пациенты, которые не используют возможность покупать лекарства с предельной ценой или дешевле, тратят на лекарства больше, чем это необходимо для лечения.

Болезни лечит действующее вещество, находящееся в лекарстве, а не торговое название данное для продажи на рынке (так называемая торговая марка). В Европе есть несколько стран, в том числе Великобритания и Германия,

в которых использование лекарств-генериков достигает 60%. В Эстонии на сегодняшний день этот показатель в 2 раза меньше. Всегда ли это сознательный выбор пациентов? Ответ на этот вопрос дает организованное совместно Больничной кассой и Министерством Социальных Дел исследование «Оценка состояния здоровья и медицинской помощи со стороны населения». Согласно результатам исследования 2010 года 81% опрошенных считает важным, чтобы при покупке рецептурных лекарств была бы возможность выбора более дешевого лекарства. По результатам этого же исследования осуществить это на практике смогли только 38%.

На выбор лекарств влияют несколько обстоятельств, начиная с того, выписывает ли врач рецепт на лекарство по действующему веществу или выписывает сразу конкретную торговую марку лекарства; какой выбор лекарств существует в аптеках, где покупается лекарство; лекарство какого производителя аптекарь предлагает пациенту из имеющегося ассортимента данного действующего вещества. В то же время пациент не должен быть пассивным участником процесса, а активно выражать свое желание покупать лекарства по более сходной цене. Или в противном случае, делать уже сознательный выбор в пользу более дорогого лекарства.

Этой информационной кампанией Больничная касса напомнила пациентам их права и помогла быть более активными. Кампании помогли Союз семейных врачей Эстонии, Департамент Лекарств и Министерство Социальных Дел. Были разъяснены различия лекарств-генериков и лекарств-оригиналов и причины различия их цен, а также порядок выписки и отпуска лекарств. Было разъяснено, что сумму, оплачиваемую пациентом, он может



сам реально изменить в случае, если есть доступные альтернативные лекарства с более доступными ценами.

Больничная касса не ждет прямого уменьшения своих расходов в результате этой кампании, поскольку согласно системе компенсирования лекарств, система медицинского страхования защищена от нерационального выбора и неразумных расходов через предельные цены. Однако рост осведомленности пациентов поможет именно покупателям сэкономить расходы на льготные лекарства.

От рационального выбора лекарства выигрывает общество в целом – пациент может придерживаться назначенного курса лечения, если лекарства ему доступны, и, таким образом, лечение заболевания проводится лучше, возникает меньше осложнений, и уменьшается потребность в стационарном лечении; здоровее и активнее становится сам человек и общество в целом.





ОТЧЕТ О ВЫПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА В 2010 ГОДУ

Таблица 2. Бюджет (в тыс. крон)

	2009 в реальности	2010 бюджет	2010 в реальности	Бюджет выполнение %	Изменение по сравнению с 2009 годом %
ДОХОДЫ БОЛЬНИЧНОЙ КАССЫ					
Часть социального налога, предназначенная для медицинского страхования	11 234 307	11 066 925	10 731 725	97,0	-4,4
Доходы, поступившие на основании договора о лицах, приравненных к застрахованным	47 841	40 000	49 324	123,3	3,1
Полученные требования от других лиц	14 110	10 000	11 049	110,5	-21,7
Финансовые доходы	105 131	65 000	38 268	58,9	-63,6
Другие доходы	28 475	33 900	35 236	103,9	23,7
Итого доходы бюджета	11 429 864	11 215 825	10 865 602	96,9	-4,9
РАСХОДЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ					
Расходы на медицинские услуги	8 049 487	7 875 327	7 838 189	99,5	-2,6
Расходы на профилактику заболеваний	114 118	110 000	108 561	98,7	-4,9
Расходы на общую медицинскую помощь	1 056 204	1 035 067	1 009 317	97,5	-4,4
Расходы на медицинскую помощь врачей-специалистов	6 354 972	6 219 880	6 218 733	100,0	-2,1
Расходы на медицинский уход	237 013	227 306	223 040	98,1	-5,9
Расходы на зубное лечение	287 180	283 074	278 538	98,4	-3,0
Расходы на укрепление здоровья	13 150	13 000	12 292	94,6	-6,5
Расходы на компенсирование льготных лекарств застрахованным	1 383 331	1 452 150	1 419 720	97,8	2,6
Расходы на компенсации по временной нетрудоспособности	2 204 104	1 687 955	1 274 202	75,4	-42,2
Расходы на другие денежные компенсации	160 622	200 144	140 259	70,1	-12,7
Другие расходы	148 563	192 603	164 314	85,3	10,6
Компенсации за медицинские услуги, финансируемые из государственного бюджета	18 330	20 900	17 775	85,0	-3,0
Другие расходы медицинского страхования	130 233	171 703	146 539	85,3	12,5
Итого расходы медицинского страхования	11 959 257	11 421 179	10 848 976	95,0	-9,3
АДМИНИСТРАТИВНЫЕ РАСХОДЫ БОЛЬНИЧНОЙ КАССЫ					
Расходы на персонал и управление	69 970	70 961	67 955	95,8	-2,9
Заработная плата	52 215	52 821	50 614	95,8	-3,1
в том числе зарплата членов Правления	2 193	2 156	2 082	96,6	-5,1
Отчисления в фонд безработицы	533	709	677	95,5	27,0
Социальные налоги	17 222	17 431	16 664	95,6	-3,2
Хозяйственные расходы	20 314	16 816	16 465	97,9	-18,9
Расходы на инфотехнологические средства	9 995	12 502	10 229	81,8	2,3
Расходы на развитие	2 525	2 682	1 992	74,3	-21,1
Курсы повышения квалификации	1 151	1 301	997	76,6	-13,4
Консультации	1 374	1 381	995	72,0	-27,6
Финансовые расходы	322	1 100	1 427	129,7	343,2
Другие текущие расходы	3 927	9 725	9 726	100,0	147,7
Аудит системы медицинского страхования	1 436	1 457	1 444	99,1	0,6
Связь с общественностью/оповещения	1 167	1 077	753	69,9	-35,4
Другие расходы	1 324	7 191	7 529	104,7	468,7
Итого административные расходы Больничной кассы	107 053	113 786	107 794	94,7	0,7
ИТОГО РАСХОДЫ БЮДЖЕТА	12 066 310	11 534 965	10 956 770	95,0	-9,2
Итого изменения резерва	-636 446	-319 140	-91 168	-	-
Отчисления в резервный капитал	0	0	0	-	-
Отчисления в рисковый резерв	-58 773	-27 922	22 404	-	-
Неразделенный доход	-577 673	-291 218	-113 572	-	-
ИТОГО	11 429 864	11 215 825	10 865 602	96,9	-4,9

Таблица 3. Количество застрахованных

Количество человек	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010	Изменение по сравнению с 2009 годом %	Изменение 31.12.2009-31.12.2010 (человек)
Лица, приравненные к застрахованным	579 752	599 966	609 467	1,6	9 501
Работающие застрахованные	658 079	587 254	565 933	-3,6	-21 321
Застрахованные со стороны государства	40 477	85 609	77 254	-9,8	-8 355
Застрахованные по внешним договорам	3 410	3 537	3 586	1,4	49
Итого	1 281 718	1 276 366	1 256 240	-1,6	-20 126

Социально-экономические изменения по-прежнему влияют на состав застрахованных: так как рост безработицы приостановился, замедлилась скорость уменьшения количества застрахованных. Также благодаря увеличению количества работающих уменьшилось количество застрахованных со стороны государства (этот показатель в 2009 году увеличился в 2 раза) (см. таблицу 3). Демографическое состояние также влияет на изменение в

группе работающих застрахованных, из которой происходит отток матерей, уходящих в отпуска по уходу за ребенком и лиц, выходящих на пенсию по старости, в группу лиц, приравненных к застрахованным. Некоторое уменьшение общего количества застрахованных вызвало прибавление лиц, долгое время находящихся без работы и лиц, переехавших за рубеж.

Рисунок 3. Доля разных видов застрахованных от общего количества застрахованных и их вклад в оплату социального налога

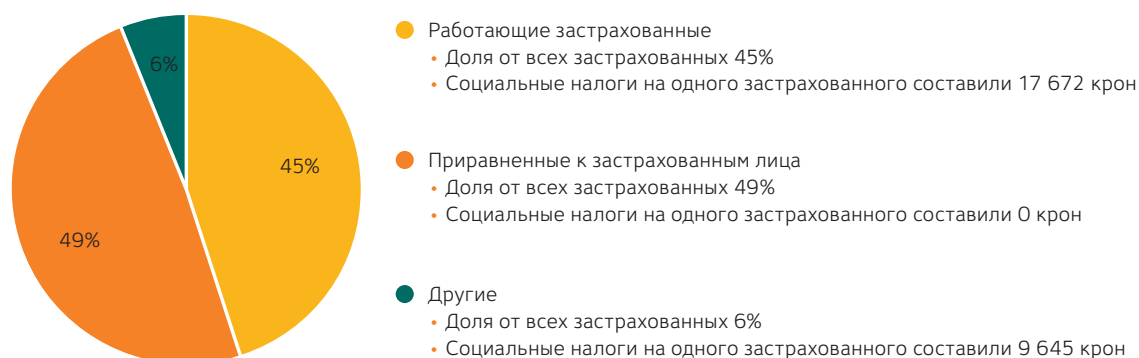


Таблица 4. Средние расходы, приходящиеся на одного застрахованного в 2010 году

Возраст застрахованных	Количество застрахованных лиц по состоянию на 31.12.2010	Расходы на общую медицинскую помощь в кронах	Расходы на медицинскую помощь врачей-специалистов в кронах	Расходы на лекарства в кронах	Итого расходы в кронах
0-9	145 914	861	3 552	422	4 835
10-19	137 050	704	3 254	344	4 302
20-29	169 751	720	3 458	516	4 694
30-39	163 132	735	3 677	642	5 054
40-49	160 643	782	3 802	845	5 429
50-59	167 400	829	5 867	1 471	8 167
60-69	139 920	861	8 668	2 331	11 860
70-79	114 022	970	11 281	3 004	15 255
80-89	52 574	892	11 391	2 441	14 724
90-99	5 676	798	9 544	1 283	11 625
100-109	158	735	8 152	250	9 137

Доходы

Таблица 5. Доходы (в тыс. крон)

	2009 в реальности	2010 бюджет	2010 в реальности	Бюджет выполнение %	Изменение по сравнению с 2009 годом %
Доля социального налога, предназначенная для медицинского страхования	11 234 307	11 066 925	10 731 725	97	-4
Доходы, поступившие на основании договора о лицах, приравненных к застрахованным	47 841	40 000	49 324	123	3
Полученные требования от других лиц	14 110	10 000	11 049	110	-22
Финансовые доходы	105 131	65 000	38 268	59	-64
Другие доходы	28 475	33 900	35 236	104	24
Итого	11 429 864	11 215 825	10 865 602	97	-5

Часть социального налога, предназначенная для медицинского страхования

Большую часть из доходов Больничной кассы составляет часть социального налога, предназначенная для медицинского страхования, которая в 2010 году составила 98,8%. В 2010 году реальный доход бюджета был на 335,2 миллионов крон меньше, чем было запланировано.

Доходы, поступившие на основании договора о лицах, приравненных к застрахованным

На основании закона о медицинском страховании незастрахованное лицо может само себя застраховать, заключив договор с Больничной кассой и выплачивая самостоятельно все страховые взносы.

В отчетный период доход от добровольных договоров составил 4,2 миллионов крон. В общем количестве в доходах от договоров по лицам, приравненным к застрахованным, отражается и доход от страховых взносов от Российской Федерации для страхования неработающих военных пенсионеров, который в 2010 году эта сумма составила 45,1 миллионов крон.

Полученные требования от других лиц

Требования по возврату необоснованно оплаченных сумм были предоставлены лечебным учреждениям, аптекам, застрахованным и работодателям и составили 11 миллионов крон. По сравнению с 2009 годом изменилась доля некоторых видов требований. В связи с переходом на цифровой рецепт уменьшилось количество требований как к лечебным учреждениям, так и к аптекам. В связи с необоснованным выписыванием льготных рецептов количество требований к лечебным учреждениям уменьшилось в 2010 году на 903 случая, и количество требований к аптекам – на 48 случаев.

Количество требований к страховым фирмам в 2010 году несколько выросло, но сама сумма требований уменьшилась, так как на нее повлияло уменьшение максимального уровня компенсаций по временной нетрудоспособности, произошедшее вследствие изменения закона о медицинском страховании. Максимальный уровень компенсаций по нетрудоспособности уменьшился с 80% до 70%, на это уменьшение повлияло изменение расчета среднего дохода на один календарный день.

Количество других требований (в том числе предложения, сделанные для внесудебного добровольного возмещения ущерба, произошедшего в ходе уголовного дела) увеличилось в 2010 году на 139 случаев. Предписания решений судов и предписания, разрешенные законом, были представлены судебным приставам в размере 1,6 миллионов крон.

Финансовые доходы

Финансовые доходы – это доходы от инвестиций резервов и свободных средств Больничной кассы. Финансовыми средствами Больничной кассы управляет Министерство Финансов.

При инвестициях Министерство Финансов исходит из установленных ограничений инвестиций и инвестиционных портфелей. Ежегодный размер прибыли в течение года прежде всего зависит от инвестиционных портфелей, событий, повлиявших на изменение цены облигаций в течение года и процентных ставок интессов для краткосрочных депозитов. Резервные средства инвестируются в основном в государственные облигации стран Европейского Союза, в облигации предприятий низкого риска и депозиты. Продолжительность инвестиций зависит от длительности инвестиционного портфеля и видения инвестиционного портфеля его управляющим в зависимости от происходящего на рынке ценных бумаг.

Другие доходы

Целевое отчисление из государственного бюджета в отчетный период составило 18,5 миллиона крон, поступления за услуги, оказанные гражданам Европейского Союза, составили 16,2 миллиона крон и доход от экономической деятельности 531 тысяч крон. Доход от экономической деятельности – это доход от обработки счетов за лечение незастрахованных лиц.

Расходы

Расходы Больничной кассы разделяются на расходы на медицинское страхование и административные расходы.

Расходы на медицинское страхование

1. Медицинские услуги

Таблица 6. Компенсации за медицинские услуги (в тыс. крон)

	2009 в реальности	2010 бюджет	2010 в реальности	Бюджет выполнение %	Изменение по сравнению с 2009 годом %
Профилактика заболеваний	114 118	110 000	108 561	99	-5
Общая медицинская помощь	1 056 204	1 035 067	1 009 317	98	-4
Медицинская помощь врачей-специалистов	6 354 972	6 219 880	6 218 733	100	-2
Медицинский уход	237 013	227 306	223 040	98	-6
Компенсации за лечение зубов	287 180	283 074	278 538	98	-3
Итого	8 049 487	7 875 327	7 838 189	100	-3

Бюджет 2010 года был выполнен в полном размере.

Больничная касса в 2010 году в выполнении бюджета медицинских услуг считает важным 100% выполнение бюджета по профилактике заболеваний, медицинскому уходу и по медицинской помощи врачей-специалистов. Медицинскую помощь врачей-специалистов профинансировали на 1% случаев больше чем было запланировано в бюджете и на 3% больше случаев по сравнению с 2009 годом.

По сравнению с 2009 годом расходы на медицинское страхование в здравоохранении уменьшились, так как начиная с 15 ноября 2009 года для всех предельных цен медицинских услуг был применен коэффициент 0,94. Применение коэффициента повлияло как на среднюю цену лечебного случая, так и на расходы на медицинскую помощь врачей-специалистов.

1.1. Профилактика заболеваний

Целью профилактики является как можно более раннее обнаружение заболевания и начало лечения для исключения его развития. Бюджет профилактики заболеваний и его выполнение описывает таблица 7.

Таблица 7. Профилактика заболеваний (в тыс. крон)

	2009 в реальности	2010 бюджет	2010 в реальности	Бюджет выполнение %	Изменение по сравнению с 2009 годом %
Профилактика заболеваний в школе	56 175	52 941	52 309	99	-7
Раннее обнаружение рака молочной железы	13 024	13 342	13 467	101	3
Проект "Репродуктивное здоровье молодежи"	13 815	12 372	12 601	102	-9
Предродовая диагностика наследственных заболеваний	8 894	8 665	8 942	103	1
Контроль здоровья молодых спортсменов	8 539	7 503	7 620	102	-11
Выборочная проверка слуха у новорожденных	4 429	4 333	4 372	101	-1

Раннее обнаружение рака шейки матки	2 778	3 980	3 129	79	13
Обследования на обнаружение фенилкетонурии и гипотиреоза	3 038	3 105	2 880	93	-5
Профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы	1 985	2 140	1 904	89	-4
Раннее обнаружение остеопороза	1 108	1 197	1 029	86	-7
Другие виды профилактики (оценка проектов)	326	408	308	75	-6
Вакцинация против В-гепатита	7	14	0	0	-
Итого	114 118	110 000	108 561	99	-5

В 2010 году деятельность по профилактике заболеваний протекала по запланированному бюджету, в некоторых случаях потребность в услугах профилактики оказалась больше запланированного.

Объем скринингового обследования на раннее обнаружение рака молочной железы по сравнению с 2009 годом не увеличился. Основной причиной этого является предпочтение женщин проводить это обследование у своего гинеколога.

Скрининговое обследование на раннее обнаружение рака груди проходило запланированно. В 2010 году скрининговое обследование на раннее обнаружение рака молочной железы участвовало 33 419 женщин.

Проекты по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и остеопорозу направлены только на группы взрослых повышенного риска

Охват скринингового обследования на обнаружение фенилкетонурии и гипотиреоза составил 99% от всех новорожденных.

Потребность в дородовой диагностике наследственных заболеваний увеличилась, однако поскольку были уточнены основные принципы в необходимости проведения исследования (показанием к проведению исследования

является не только возраст женщины), исследование стало более экономически эффективным и по сравнению с ростом количества женщин, участвующих в проекте, увеличение бюджета было гораздо меньшим.

Контроль здоровья молодых спортсменов в 2010 году был проведён в основном тем спортсменам, тренировочная нагрузка которых была более 8 часов в неделю, и это обусловило необходимость в большем количестве обследований.

В 2010 году была завершена **оценка эффективности и результативности проекта «Скрининговые обследования на обнаружение фенилкетонурии и гипотиреоза»**. На основе проведенного аудита выполнение целей проекта можно оценить как очень хорошее, так как были обнаружены все дети с фенилкетонурией и с врожденным гипотиреозом.

Также в 20 школах были оценено, проводится ли медицинское обслуживание в школах в соответствии с действующим руководством. В результате проведенной работы было обновлено руководство по медицинским услугам в школах.

33 419

женщин, исследованных на раннее обнаружение рака молочной железы

1.2. Общая медицинская помощь

По сравнению с 2009 годом расходы на общую медицинскую помощь уменьшились. На расходы повлиял коэффициент предельных цен 0,94 и уменьшение количества застрахованных лиц.

Большую часть из расходов составляет расходы на плату за одного пациента – 67%, и фонд исследований – 19%, и базовая ставка – 11% (см. таблицу 8).

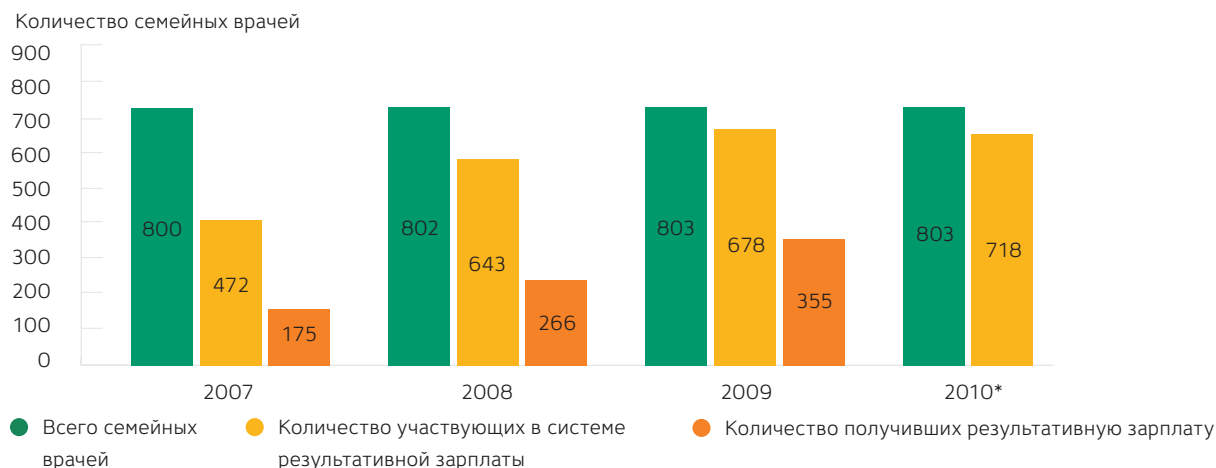
Таблица 8. Расходы общей медицинской помощи (в тыс. крон)

	2009 в реальности	2010 бюджет	2010 в реальности	Бюджет выполнение %	Изменение по сравнению с 2009 годом %
Базовая ставка	118 279	112 265	111 912	100	-5
Надбавка за удаленность	5 099	4 847	4 736	98	-7
Плата за одного пациента до 2 лет	36 539	35 055	34 947	100	-4
Плата за одного пациента 2–70 лет	575 292	544 129	539 148	99	-6
Плата за одного пациента старше 70 лет	107 209	103 083	104 050	101	-3
Фонд исследований	192 138	207 532	190 109	92	-1
Результативная зарплата семейного врача *	12 276	17 202	15 517	90	26
Консультационный телефон семейного врача	9 372	8 954	8 898	99	-5
Резерв медицинской помощи семейного врача **	0	2 000	0	-	-
Итого	1 056 204	1 035 067	1 009 317	98	-4

*Результативную зарплату планируют и выплачивают в III квартале на основании результатов прошлого года в форме однократной выплаты.

** Запланированные в резервный бюджет средства для наблюдения за беременностью и вскрытия отражены в расходах фондов исследования

Рисунок 4. Система оценки качества деятельности семейных врачей



* Результаты системы качества для семейных врачей 2010 года выяснятся к 1 июля 2011 года.

В 2010 году в системе результативной зарплаты были зарегистрированы 90% всех семейных врачей. Пациенты из регистров семейных врачей, зарегистрированных в системе, больше охвачены профилактической деятельностью и их хронические заболевания лучше наблюдаются.

В 2010 году Больничная касса выплатила семейным врачам результативную зарплату за 2009 год. В 2009 году о получении результативной зарплаты ходатайствовали 678 семейных врачей (85% семейных врачей). Результативную зарплату за профилактику и наблюдение хронических заболеваний получил 231 семейный врач с коэффициентом 1,0; 124 – с коэффициентом 0,8; – итого 355 семейных врачей (в прошлом году 266 врачей). Из них дополнительную зарплату за дополнительную деятельность получило 194 семейных врача.

1.3. Медицинская помощь врачей-специалистов

Всего расходы на медицинскую помощь врачей-специалистов в 2010 году составили 6,2 млрд. крон.

1.3.1. Медицинская помощь врачей-специалистов (за исключением медицинских услуг по центральным договорам)

В 2010 бюджет был выполнен согласно запланированному. По сравнению с 2009 годом доступность врачей-специалистов была сохранена на прежнем уровне.

Основные изменения по специальностям:

Расходы на лечение и количество лечебных случаев в **онкологии** были ниже запланированного бюджета. Основной причиной этого является то, что Северно-Эстонская Региональная Больница оказала меньшее количество медицинских услуг (особенно амбулаторных услуг), чем это было запланировано в договоре I полугодия. К концу года недовыполнение бюджета уменьшилось.

Увеличение количества лечебных случаев в **психиатрии** за последние годы показывает возрастающую потребность в этих медицинских услугах. Несмотря на то, что в 2010 году был запланирован рост лечебных случаев в психиатрии, их реальное количество было еще больше. В то же время не было особенного увеличения количества пациентов, получивших амбулаторное лечение, увеличилось количество амбулаторных лечебных случаев на одного пациента.

Количество лечебных случаев превысило бюджет во всех типах лечения в **педиатрии**. На увеличение количества лечебных случаев повлияло увеличение доли детей младше 5 лет от общего количества детей. По сравнению с прошлым годом расходы на лечение уменьшились, но в меньшем объеме, чем было запланировано.

Расходы на лечение во всех типах лечения в **неврологии** превысили бюджет. Было проведено большее количество обследований и процедур, что повлияло на рост расходов по всей специальности.

Увеличилось количество направлений на **первичное послебольничное лечение** после стационарного лечения. Это позволило более эффективно использовать средства, так как при этом освобождается специализированный и высокотехнологичный ресурс региональных и центральных больниц для активного лечения следующих пациентов. Таким образом, увеличение количества лечебных случаев можно считать хорошим показателем.

3 671 655

амбулаторных приемов

797 048

пациентов, пользовавшихся медицинской
помощью врачей-специалистов

1.3.2. Медицинские услуги, закупаемые по центральным договорам

Медицинские услуги, закупаемые по центральным договорам – это дорогостоящие медицинские услуги, которые предусмотрены для лечения особо тяжелых или редких заболеваний.

Таблица 9. Медицинские услуги, закупаемые по центральным договорам (в тыс. крон)

	2009 в реальности	2010 бюджет	2010 в реальности	Бюджет выполнение %	Изменение по сравнению с 2009 годом %
Лекарства, закупаемые по центральным договорам	72 954	91 351	92 301	101	27
Перитониальный диализ	25 384	25 722	22 855	89	-10
Курсы лечения в гематологии	20 618	21 338	21 476	101	4
Пересадка костного мозга	17 887	15 905	16 033	101	-10
Имплантация кохлеарного аппарата	4 925	4 646	4 646	100	-6
Неотложная транспортировка застрахованного	2 549	2 453	2 349	96	-8
Патологоанатомическое вскрытие	722	1 500	879	59	22
Протез сфинктера мочевого пузыря	848	797	708	89	-17
Антидоты, лечебные сыворотки	199	188	188	100	-6
Итого	146 086	163 900	161 435	98	11

1.3.3. Сравнение главных показателей медицинской помощи врачей-специалистов

Основные показатели медицинской помощи врачей-специалистов представлены в таблице 10.

Таблица 10. Главные показатели стационарной и амбулаторной помощи врачей-специалистов

	2009 в реальности	2010 в реальности	Изменение по сравнению с 2009 годом %
Средняя цена лечебного случая (СЦЛС) в кронах			
амбулаторная помощь	687	666	-3
дневное лечение	7 030	6 321	-10
стационарная помощь	15 821	15 361	-3
Число стационарных койко-дней	1 449 960	1 458 555	1
Среднее число дней, проведенных на стационарном лечении	6,1	6,1	0
Число амбулаторных визитов	3 647 303	3 671 655	1
амбулаторная помощь	3 573 286	3 609 613	1
дневное лечение	74 017	62 042	-16
Число амбулаторных визитов приходящихся на один лечебный случай	1,32	1,18	-11
амбулаторная помощь	1,31	1,29	-2
дневное лечение	1,34	1,07	-20
Число пациентов, использующих помощь врачей специалистов	800 578	797 048	0
амбулаторная помощь	777 144	774 589	0
дневное лечение	44 474	47 063	6
стационарная помощь	163 911	162 514	-1
Число лечебных случаев на одного пациента	3,76	3,89	3
амбулаторная помощь	3,50	3,62	3
дневное лечение	1,24	1,23	-1
стационарная помощь	1,47	1,48	1
Доля неотложной медицинской помощи в лечебных расходах			
амбулаторная помощь	17	18	1
дневное лечение	9	9	0
стационарная помощь	67	67	0
Доля неотложной медицинской помощи в лечебных случаях (%)			
амбулаторная помощь	17	17	0
дневное лечение	15	12	-3
стационарная помощь	61	62	1
Число операций	155 010	160 403	3
амбулаторная помощь	20 302	21 154	4
дневное лечение	42 620	46 911	10
стационарная помощь	92 088	92 338	0

Средняя цена лечебного случая (СЦЛС) уменьшилась для всех видов лечения.

Общее количество койко-дней увеличилось вследствие того, что увеличилось время проведения на стационарном лечении, поскольку пациенты в более легких состояниях переходят на дневное лечение, что увеличивает общую продолжительность стационарных лечебных случаев.

Число пациентов, использовавших помощь врачей-специалистов, немного уменьшилось. На эти показатели повлияло уменьшение количества застрахованных по сравнению с тем же периодом прошлого года.

Доля количества лечебных случаев неотложной помощи осталась на том же уровне. Доля же расходов неотложной помощи увеличилась, и это показывает, что лечебные случаи становятся все более дорогими.

Общее количество операций в 2010 году увеличилось и особенно на эффективных формах лечения – дневном лечении и амбулаторных операциях.

3,89

лечебных случаев медицинской помощи врачей-специалистов, приходящихся на одного пациента

1.4. Медицинский уход

Задачей Больничной кассы является улучшение доступности медицинского ухода, и прежде всего амбулаторных услуг. После фиксирования доли самофинансирования стационарного лечения в размере 15% увеличилось количество лечебных случаев амбулаторного медицинского ухода (особенно домашних визитов медицинских сестер) по сравнению с 2009 годом. В 2010 году 4 753 пациентов пользовалось услугами домашних визитов медицинских сестер. Установление доли

самофинансирования уменьшило среднюю стоимость лечебного случая и таким образом позволило увеличить количество лечебных случаев стационарного лечения.

4753

пациентов, пользовавшихся медицинскими
услугами медсестры по домашнему уходу

Таблица 11. Расходы на медицинский уход (в тыс. крон)

	2009 в реальности	2010 бюджет	2010 в реальности	Бюджет выполнение %	Изменение по сравнению с 2009 годом %
Стационарный медицинский уход	197 916	184 545	178 498	97	-10
Амбулаторный медицинский уход, в том числе	39 097	42 761	44 542	104	14
домашний уход медицинской сестры	32 855	36 279	38 104	105	16
домашний уход за онкологическими больными	5 155	5 370	5 204	97	1
гериатрическая комиссия	1 087	1 112	1 234	111	14
Итого	237 013	227 306	223 040	98	-6

1.5. Зубное лечение

Согласно Закону о медицинском страховании Больничная касса берет на себя обязательства по оплате лечения зубов застрахованных лиц в возрасте до 19 лет. Для взрослых Больничная касса берет на себя обязательства по оплате лечения зубов только в случае неотложной медицинской помощи.

В 2010 году расходы на зубное лечение были ниже запланированного бюджета (см. таблицу 12). Более всего уменьшились расходы на профилактику заболеваний зубов у детей и на неотложное лечение зубов у взрослых. В 2010 году было 306 100 случаев зубного лечения детей.

Таблица 12. Расходы на лечение зубов (в тыс. крон)

	2009 в реальности	2010 бюджет	2010 в реальности	Бюджет выполнение %	Изменение по сравнению с 2009 годом %
Лечение зубов у детей	226 500	222 517	216 958	98	-4
Ортодонтологическое лечение	43 081	42 419	45 941	108	7
Неотложное лечение зубов у взрослых	11 208	11 740	10 178	87	-9
Профилактика заболеваний зубов	6 391	6 398	5 461	85	-15
Итого	287 180	283 074	278 538	98	-3

278,5

миллионов крон на расходы зубного лечения

306 100

случаев зубного лечения у детей

2. Расходы на укрепление здоровья

Больничная касса занимается проектами укрепления здоровья, исходя из приоритетов, согласованных с Министерством Социальных Дел и установленных Советом Больничной кассы. Деятельность Больничной кассы по укреплению здоровья являются частью программы развития здоровья населения.

Таблица 13. Расходы на укрепление здоровья (в тыс. крон)

	2009 в реальности	2010 бюджет	2010 в реальности	Бюджет выполнение %	Изменение по сравнению с 2009 годом %
Профилактика бытовых травм, травм, полученных в свободное время и отравлений	4 423	4 700	4 490	96	2
Деятельность, направленная на укрепление здоровья детей	3 360	3 200	3 630	113	8
Деятельность, направленная на несколько областей приоритетов	3 067	2 800	3 000	107	-2
Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний	463	800	240	30	-48
Профилактика заболеваний, связанных с алкоголизмом	1 000	800	812	102	-19
Раннее обнаружение онкологических заболеваний	837	700	120	17	-86
Итого	13 150	13 000	12 292	95	-7

3. Лекарства, компенсируемые застрахованным

Компенсирование расходов застрахованных на льготные лекарства является открытым обязательством Больничной кассы – она обязана компенсировать эти расходы в установленных законом размерах согласно потребностям застрахованных.

Разработкой и внедрением методов регулирования компенсаций занимаются Министерство Социальных Дел и Правительство Республики.

Всего в 2010 году льготные лекарства были компенсированы застрахованным в размере 1,4 миллиарда крон. Запланированный на 2010 г. бюджет был выполнен на 98% (см. таблицу 14).

Таблица 14. Лекарства, компенсированные застрахованным (в тыс. крон)

	2009 в реальности	2010 бюджет	2010 в реальности	Бюджет выполнение %	Доля разных льготных ставок %	
					2009	2010
Лекарства с 100% льготой	644 276	654 627	675 323	103	47	48
Лекарства с 90% льготой	384 187	401 810	416 520	104	28	29
Лекарства с 75% льготой	85 040	95 308	84 733	89	6	6
Лекарства с 50% льготой	269 710	300 280	243 139	81	19	17
Лекарства, компенсируемые в исключительном порядке	118	125	5	4	0	0
Итого	1 383 331	1 452 150	1 419 720	98	100	100

Несмотря на сложную экономическую обстановку, 2010 год характеризует общий рост потребления льготных лекарств.

Потребление лекарств в декабре 2010 года особенно выделялось среди других месяцев года. Одной из причин этого может быть возникшая как среди пациентов, так и среди врачей и аптек тревога в связи с переходом на евро в январе 2011 года.

В 2010 году для обеспечения застрахованным лучшей доступности льготных лекарств был расширен список диагнозов, лекарства для лечения которых компенсируются. Так, более доступными стали лекарства для лечения грибковой инфекции, сопровождающей врожденную или приобретенную иммунную недостаточность; для лечения нарушения внимания и активности; при нарушении цикла мочевины и болезни Вильсона.

Средняя стоимость рецепта для Больничной кассы уменьшилась во всех группах льготных ставок, но более всего в группе 50%. Причиной, скорее всего, было то обстоятельство, что Министерство Социальных дел установило в расчетном году для большинства лекарств с 50% льготной ставкой предельные цены или заключило с торговыми представителями договорные цены, что заметно

изменило среднюю стоимость рецепта.

По сравнению с 2009 годом на 2,7 крон уменьшилась средняя стоимость рецепта и впервые за много лет уменьшилась и доля самофинансирования пациентов в оплате льготных рецептов на 5 крон. Уменьшение средней стоимости рецепта для пациента лучше всего заметно в IV квартале 2010 года. Требование предлагать в аптеке пациентам более дешёвое лекарство и кампания Больничной кассы по информированию о рациональном использовании лекарств показали первые положительные результаты.

По сравнению с 2009 годом продолжилась тенденция добавления новых препаратов-генериков, которые путем удешевления цены позволяют Больничной кассе лечить большее количество людей за те же средства и уменьшают долю оплаты со стороны пациентов (например, при лечении гипертонии). Годовая доля самофинансирования пациентов находится в пределах от 104 крон в случае рака до 644 крон в случае гипертонии или 9–54 крон в течение одного месяца. Обратным примером является диагноз гиперхолестеролемии, где, несмотря на добавление дешевых препаратов, пациенты чаще всего предпочитают использовать лекарства с ценами выше предельных цен, в случае чего расходы Больничной кассы не увеличиваются, но растут затраты пациентов.

В 2010 году пациенты расходовали на льготные лекарства в среднем 980 крон, что составляет 1,9% от среднего годового нетто-дохода пенсионера или 2,1% от минимальной годовой нетто-зарплаты.

В связи с прогнозируемым уменьшением доходов от социальных налогов и предполагая, что доступность медицинских услуг не ухудшится, становится все труднее найти дополнительные средства для использования новых лекарств. Больничная касса считает важным пересмотр списка льготных лекарств, в ходе которого из него можно исключить те лекарства, преимущества которых становятся

не актуальными, и у которых уже есть более рентабельные альтернативы.

Подводя итоги 2010 года по анализу расходов на компенсации льготных лекарств, важно выделить рост потребления лекарств: особенно потребление выросло в группе 100% и 90% льготных ставок. Несмотря на то, что количество людей, покупавших льготные лекарства, по сравнению с 2009 годом уменьшилось на 1%, но доля этих лиц по-прежнему, как и в течение последних 3 лет составляет 65% от общего количества застрахованных.

6 689 886

рецептов, выкупленных в аптеках

5

за льготный рецепт пациент платил в среднем на 5 крон дешевле в 2010 году по сравнению с 2009 годом

822 440

застрахованных, пользовавшихся
льготными лекарствами

4. Расходы на компенсацию по временной нетрудоспособности

Расходы на компенсацию по временной нетрудоспособности составили в 2010 году 1,3 миллиарда крон, что приблизительно на миллиард крон меньше, чем в прошлом году.

Таблица 15. Сравнение расходов на временную нетрудоспособность

	2008 в реальности	2009 в реальности	2010 в реальности	Изменение по сравнению с 2009 годом %
Компенсация по болезни				
Количество больничных листов, компенсированных Больничной кассой	470 950	305 476	169 391	-45
Полное количество выписанных больничных листов застрахованным *	-	339 740	246 737	-27
Количество дней, компенсированных Больничной кассой	6 354 414	4 708 595	3 185 903	-32
Полное количество дней нетрудоспособности *	-	4 884 728	3 603 095	-26
Средняя продолжительность одного листа, компенсированного Больничной кассой	13,5	15,4	18,8	22
Средняя продолжительность всех выписанных больничных листов*	-	14,4	14,6	1
Сумма выплаченных Больничной кассой компенсаций (тыс. крон)	1 474 551	1 192 085	519 075	-56
Средний доход за день (в кронах)	232	253	163	-36
Компенсация по родам				
Количество листов	13 229	12 456	11 007	-12
Количество дней	1 742 868	1 676 535	1 533 010	-9
Средняя продолжительность одного листа	131,7	134,6	139,3	3
Сумма компенсаций (тыс. крон)	586 209	661 232	565 120	-15
Средний доход за день (в кронах)	336	394	369	-6
Компенсация по уходу				
Количество листов	111 299	103 883	76 141	-27
Количество дней	949 676	902 775	643 276	-29
Средняя продолжительность одного листа	8,5	8,7	8,4	-3
Сумма компенсаций (тыс. крон)	287 795	318 444	160 380	-50
Средний доход за день (в кронах)	303	353	249	-29
Компенсации по несчастным случаям				
Количество листов	6 173	4 191	4 154	-1
Количество дней	135 119	91 474	90 877	-1
Средняя продолжительность одного листа	21,9	21,8	21,9	0
Сумма компенсаций (тыс. крон)	38 898	32 343	29 627	-8
Средний доход за день (в кронах)	288	354	326	-8
Итого компенсаций				
Количество листов, компенсированных Больничной кассой	601 651	426 006	260 693	-39
Количество дней, компенсированных Больничной кассой	9 182 077	7 379 379	5 453 066	-26
Средняя продолжительность одного листа, компенсированного Больничной кассой	15,3	17,3	20,9	21
Компенсации, выплаченные Больничной кассой (тыс. крон)	2 387 453	2 204 104	1 274 202	-42
Средний доход за день (в кронах)	260	299	234	-22

*Здесь учтены все листы, выписанные на период освобождения от работы, и все дни освобождения от работы (в том числе дни для собственной оплаты застрахованным, работодателем и дни финансирования Больничной кассой)

Изменения в законных актах, регулирующих выплаты компенсаций

До 1 июня 2009 года компенсация по временной потере трудоспособности, исходя из принципа солидарного медицинского страхования, должна была оплачиваться из бюджета Больничной кассы. После принятия негативного бюджета в 2009 году одним из самых больших изменений в данной области, предпринятых Министерством Социальных Дел, было сокращение расходов на компенсации по нетрудоспособности. Для снижения расходов была увеличена доля самофинансирования застрахованных, была добавлена обязанность работодателя по частичному участию в расходах и ставки компенсирования были изменены следующим образом:

- если ранее при заболевании компенсацию выплачивали начиная со 2 дня, то теперь ее выплачивают начиная только с 4 дня;
- работодатель выплачивает компенсацию по нетрудоспособности с 4 по 8 день;
- Больничная касса выплачивает компенсацию с 9 дня заболевания;
- Максимальные ставки компенсаций были уменьшены с 80% до 70% от выплаченных в прошлом календарном году доходов, облагаемым социальным налогом;
- При уходе за ребенком до 12 лет максимальная ставка компенсации уменьшилась с 100% до 80% от выплаченных в прошлом календарном году доходов, облагаемым социальным налогом;
- Максимальная длительность отпуска по родам уменьшился с 154 дней до 150 дней.

Уменьшение числа работающих застрахованных

Из-за увеличения числа безработных³ количество работающих застрахованных в 2010 году уменьшилось на 7% по сравнению с 2009 годом. Уменьшение числа застрахованных и компенсации по нетрудоспособности совместно повлияли на то, что в 2010 году число больничных листов уменьшилось на 25% и число больничных листов, приходящееся на одного застрахованного – на 20%.

Изменение дохода от выплаченных социальных налогов

Больничная касса рассчитывает компенсацию застрахованному, исходя из облагаемого социальным налогом рассчитанного или выплаченного дохода календарного года, предшествующего году первого дня, указанного на освобождении от работы. В случае, если в предыдущем году доход отсутствовал (большинство таких лиц составляют возвращающиеся из декрета, или лица, начинающие работу после долгого периода безработицы), то Больничная касса рассчитывает компенсацию, исходя из установленной Правительством Республики нижней ставки зарплаты. По сравнению с 2008 годом в 2009 году средняя брутто-зарплата уменьшилась на 5% и средняя стоимость одного дня уменьшилась в 2010 году по сравнению с 2009 годом на 22%.

Компенсации по болезни

Причины освобождения от работы разделяются следующим образом: заболевания 84%, бытовая травма 12%, перевод на более легкую работу 3%, другие причины (карантин, профессиональные заболевания и др.) – 1%. По сравнению с 2009 годом доля заболеваний уменьшилась на 3%. В то же время доля бытовых травм увеличилась на 2% и доля больничных листов, выданных в связи с переходом на более легкую работу – на 1%.

Компенсации по уходу

Количество больничных листов в 2010 году уменьшилось на 27% и количество компенсированных дней на 29%. Средняя продолжительность особенно не уменьшилась. Листы по уходу за детьми до 12 лет составляют из всех листов по уходу 98%, листы по уходу за детьми до 3 лет и за детьми-инвалидами до 16 лет – 1%, и листы по уходу за больными членами семьи – 1%. По сравнению с предыдущим периодом причины выдачи листов по уходу значительно не изменились.

Компенсации по родам

Количество компенсированных дней нетрудоспособности в связи с родами уменьшилось в 2010 году на 9% и количество больничных листов по родам – на 12%. Такое уменьшение дней было связано с уменьшением максимальной продолжительности отпуска по родам с 154 дней до 140 дней начиная с 1 июля 2009 года. Средняя продолжительность

³ По данным Департамента Статистики число безработных при сравнении первых трех кварталов 2009 и 2010 года выросло на 26%.

уменьшилась на 7%. Эти изменения уменьшили на 15% затраты Больничной кассы на компенсации по родам.

Компенсации по несчастным случаям на работе

Количество листов и количество дней компенсации по несчастным случаям на работе в 2010 году осталось на таком же уровне, как и в 2009 году, уменьшившись на 1%.

Причины освобождения от работы разделились следующим образом: несчастный случай – 94%, осложнения после несчастного случая 3% и травма вследствие дорожно-транспортного происшествия 3%. В причинах по сравнению с 2009 годом значительных изменений не произошло.

1 274 202

тысяч крон на компенсацию по
временной нетрудоспособности

5 453 066

компенсированных со стороны Больничной
кассы дней временной нетрудоспособности

5. Другие денежные компенсации

5.1. Денежные компенсации за зубное лечение

Расходы на компенсации за зубное лечение взрослых в 2010 году достигли 133,6 миллиона крон, что составило 70,3% от годового бюджета (см. таблицу 16).

Больничная касса компенсирует расходы на зубное лечение застрахованного лица в размере 450 крон; для лиц с повышенной потребностью в лечении зубов – 450 крон; для матерей с детьми до 1 года – 450 крон; для лиц старше 63 лет, для лиц, находящихся на пенсии по старости или нетрудоспособности, назначенной на основании закона о пенсионном страховании – 300 крон.

Протезирование зубов компенсируется застрахованным лицам старше 63 лет или лицам, которым назначена

пенсия по старости или нетрудоспособности, назначенной на основании закона о пенсионном страховании – до 4000 крон в течение 3 лет.

По сравнению с прошлым годом расходы на зубное лечение уменьшились, при этом значительно уменьшились расходы на компенсацию протезирования. Уменьшение расходов на компенсацию протезирования было неожиданным и причиной, скорее всего, является общая тенденция, что пациенты считают лечение зубов слишком дорогой статьёй расходов.

Таблица 16. Выплаты компенсаций за зубное лечение (в тыс. крон)

	2009 в реальности	2010 бюджет	2010 в реальности	Бюджет выполнение %	Изменение по сравнению с 2009 годом %
Компенсация за протезы	121 918	156 695	105 344	67	-14
Компенсация за лечение зубов	31 950	33 305	28 283	85	-11
Итого	153 868	190 000	133 627	70	-13

Количество случаев компенсаций за зубное лечение также уменьшилось больше ожидаемого (см. таблицу 17). Причины уменьшения заявлений на получение компенсаций помогает выяснить проведенное в 2010 году Министерством Социальных Дел и Больничной кассой исследование по оценке пациентами своего здоровья и медицинской помощи, из которого следует,

что зубного врача стали посещать реже. По сравнению с 2009 годом на 15% увеличилось количество людей, которые объясняют отказы от посещения зубного врача финансовыми причинами, и 13% из всех ответивших были обеспокоены высокой ценой услуг на лечение.

5.2. Дополнительная компенсация за льготные лекарства

Дополнительная компенсации расходов на лекарства – это денежная компенсация, право на получение которой возникает, если расходы на лекарства, занесенные в список льготных лекарств, превышают 6000 крон в календарном году.

Количество застрахованных и сумма компенсаций были меньше, чем запланированный бюджет на 2010 год и 2009 год. Причиной может быть то обстоятельство, что застрахованные становятся более осведомленными о выборе лекарств в аптеке – скорее всего пациенты теперь чаще спрашивают лекарства с более выгодной ценой.

6. Другие расходы на медицинское страхование

6.1. Компенсации, выплачиваемые в соответствии с законными актами, регулирующими системы социального страхования стран Европейского Союза и в связи с направлением на плановое лечение в другие страны

6.1.1. Направление на лечение в другие страны

Обоснованием для направления на плановое лечение в другие страны являются условия Закона о медицинском страховании, свободное передвижение в границах Европейского союза и договор, который Больничная касса заключила с Красным крестом Финляндии о поиске не родственников-доноров костного мозга.

Таблица 17. Плановое лечение за границей (в тыс. крон)

	2007 в реальности	2008 в реальности	2009 в реальности	2010 бюджет	2010 в реальности	Бюджет выполнение %	Изменение по сравнению с 2009 годом %
Плановое лечение за границей	8 740	23 122	20 686	21 000	15 198	72	-27

Больше всего медицинскую помощь за рубежом начиная с 2006 года получили пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, за ними следуют черепно-лицевые хирургические и онкологические операции. На сегодняшний день плановое лечение застрахованные лица получили в 20 разных странах, более всего пациентов было направлено на лечение или обследования в Финляндию, далее следуют Голландия, Германия, Бельгия и Швеция.

6.1.2. Затраты на медицинские расходы на основании принятых в Европейском союзе законных актов.

У Больничной кассы есть обязательства по оплате медицинских расходов, которые описаны в законных актах, регулирующих системы социального страхования в странах Европейского Союза.

В других странах-участниках Европейского Союза у застрахованных в Больничной кассе Эстонии есть право получить

- необходимую медицинскую помощь, если в стране находятся временно;
- любую медицинскую помощь, если они там проживают.

Расходы на вышеперечисленную медицинскую помощь берёт на себя Больничная касса.

В Эстонии у лиц, застрахованных в других странах Европейского Союза есть право получить

- необходимую медицинскую помощь, если здесь находятся временно;
- любую медицинскую помощь, если они проживают в Эстонии.

Больничная касса сначала оплачивает лечебному учреждению медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в странах Европейского Союза, а затем предоставляет счета для ее оплаты в соответствующие страховые организации другой страны Европейского Союза. Таким образом, конечным плательщиком медицинских расходов лица, застрахованного в Европейском Союзе, является страна страховой регистрации пациента.

По сравнению с 2009 годом в 2010 году на 13% уменьшились компенсации за расходы за рубежом на лечение и лекарства застрахованных в Эстонии лиц, выплаченные Больничной кассой другим странам-участникам ЕС. В то же время на 18% выросли расходы на компенсации расходов застрахованных лиц из других стран на лечение, проведенное в Эстонии (эти расходы Больничная касса прежде всего оплачивает медицинскому учреждению и аптекам, а затем предоставляется соответствующий счет по компенсации стране-участнику ЕС).

129

человек было направлено на
плановое лечение за рубежом

Таблица 18. Компенсации, описанные в законных актах Европейского Союза (в тыс. крон)

	2007 в реальности	2008 в реальности	2009 в реальности	2010 бюджет	2010 в реальности	Бюджет выполнение %	Изменение п о сравнению с 2009 годом %
Компенсации за медицинские услуги, оказанные в других странах-членах Европейского Союза застрахованным в Больничной кассе лицам	25 259	22 119	37 093	36 038	32 228	89	-13
Расходы на компенсации медицинских расходов в Эстонии лиц, застрахованных в Европейском Союзе	8 941	10 351	10 312	11 343	12 196	108	18
Итого	34 200	32 470	47 405	47 381	44 424	94	-6

6.2. Расходы на вспомогательные медицинские средства

Относительно медицинских вспомогательных средств у Больничной кассы существует такое же открытое обязательство перед застрахованными, как и в отношении льготных лекарств. Расходы на медицинские вспомогательные средства компенсируются всем нуждающимся в них пациентам, кому их назначил врач в соответствии с перечнем медицинских вспомогательных средств. .

Таблица 19. Расходы на вспомогательные медицинские расходы (в тыс. крон)

	2009 в реальности	2010 бюджет	2010 в реальности	Бюджет выполнение %	Изменение по сравнению с 2009 годом %
Первичные начальные протезы и ортозы	33 053	42 000	37 088	88	12
Тест-полоски для диабетиков	14 861	17 600	17 507	99	18
Средства для стоматологии	11 908	13 000	13 192	101	11
Инсулиновые помпы	1 720	2 000	2 166	108	26
Другие медицинские вспомогательные средства	600	800	561	70	-7
Итого	62 142	75 400	70 514	94	13

6.3. Расходы, покрываемые целевыми отчислениями из государственного бюджета

Целевыми отчислениями из государственного бюджета компенсируется лечение бесплодия. Всего за отчетный период компенсации за лечение бесплодия составили 17,8 миллионов.

6.4. Расходы, сделанные из рискового резерва.

15.01.2010 года Совет Больничной кассы принял решение №, которое позволило взять из рискового резерва до 27,9 миллионов крон для погашения расходов на вакцинирование от пандемического гриппа A/H1N1.

За вакцины от гриппа было заплачено Министерству Социальных Дел 14,5 миллионов крон и за вакцинирование врачам – 1,9 миллионов крон.

Административные расходы Больничной кассы

Таблица 20. Административные расходы Больничной кассы (в тыс. крон)

	2009 в реальности	2010 бюджет	2010 в реальности	Бюджет выполнение %	Изменение по сравнению с 2009 годом %
Итого расходы на персонал и руководство	69 970	70 961	67 955	96	-3
Зарплата	52 215	52 821	50 614	96	-3
в том числе зарплата членам Правления	2 193	2 156	2 082	97	-5
зарплата членам Совета	3	3	3	100	0
Налог на страхование от безработицы	533	709	677	95	27
Социальный налог	17 222	17 431	16 664	96	-3
Хозяйственные расходы	20 314	16 816	16 465	98	-19
Расходы на инфотехнологии	9 995	12 502	10 229	82	2
Расходы на развитие	2 525	2 682	1 992	74	-21
в том числе дополнительные образовательные курсы	1 151	1 301	997	77	-13
консультации	1 374	1 381	995	72	-28
Финансовые расходы	322	1 100	1 427	130	343
Другие административные расходы	3 927	9 725	9 726	100	148
в том числе аудит системы здравоохранения	1 436	1 457	1 444	99	1
связь с общественностью/оповещения	1 167	1 077	753	70	-35
другие расходы	1 324	7 191	7 529	105	469
Итого административные расходы Больничной кассы	107 053	113 786	107 794	95	1

Бюджет административных расходов (см. таблицу 20) был использован по предусмотренному плану. Превышен был только бюджет финансовых расходов, так как соглашение о повышении резервов по административным расходам было заключено после утверждения бюджета на 2010 год.

По сравнению с прошлым финансовым годом увеличились расходы на инфотехнологии, финансовые расходы и другие административные расходы.

- Расходы на инфотехнологии увеличились, так как надежность инфосистем и их высокая степень доступности требуют больших инвестиций и затрат на обслуживание.
- Вследствие увеличения резервов по административным оплатам выросли финансовые расходы (подробнее можно об инвестициях в резервный капитал и резервный риск прочитать в главе 28 Финансовые доходы).
- Для улучшения сравнения расходов Больничной кассы и других предприятий/учреждений были изменены основные понятия бухгалтерии Больничной кассы и налог на оборот теперь отражается в разделе других расходов. В результате этих изменений увеличились другие расходы и уменьшились хозяйственные расходы и расходы на развитие.

Резервный капитал

Резервным капиталом согласно Закону Больничной кассы является резерв, создаваемый из бюджета Больничной кассы и направленный на уменьшение рисков для системы медицинского страхования, возможных вследствие макроэкономических изменений. Размер резервного капитала составляет 6% от бюджета.

По состоянию на 31 декабря 2010 года резервный капитал составлял 800,3 миллионов крон. В 2011 году размер резервного капитала составил уже 698 миллионов крон.

Рисковый резерв

Рисковым резервом Больничной кассы является резерв, образуемый из средств бюджета Больничной кассы, для уменьшения рисков, исходящих из взятых обязательств в системе медицинского страхования. Размер рискового резерва составляет 2% от размера бюджета медицинского страхования Больничной кассы, и его можно использовать после соответствующего решения Совета Больничной кассы.

В 2010 году решением, принятым Советом, из рискового резерва было взято 27 922 000 крон для покрытия расходов на вакцинирование от гриппа A/H1N1.

В 2011 году объем требуемого рискового резерва составляет 230,4 миллионов крон. Для того, чтобы обеспечить требуемый уровень, в 2010 году рисковый резерв был пополнен на 50,3 миллионов крон.

В конце финансового года объем рискового резерва составил 230,4 миллионов крон.

Неиспользованный доход

По состоянию на 31 декабря 2010 года неиспользованные средства Больничной кассы составили 2,4 миллиардов крон.



БУХГАЛТЕРСКИЙ ГОДОВОЙ ОТЧЕТ 2010

Баланс

Актив		
В тыс. крон	31.12.2010	31.12.2009
Оборотное имущество		
Финансы и банковские счета	1 071 205	1 337 960
Долговые бумаги и другие ценные бумаги	1 586 073	1 424 337
Требования и предоплаты	1 150 907	1 137 392
Резервы	80	88
Итого оборотное имущество	3 808 265	3 899 777
Основное имущество		
Долгосрочные финансовые инвестиции	332 011	371 859
Материальное основное имущество	14 637	9 153
Нематериальное основное имущество	581	1 422
Итого Основное имущество	347 229	382 434
Итого актив	4 155 494	4 282 211
Пассив		
Обязательства		
Краткосрочные обязательства		
Задолженность и предоплаты	718 501	754 049
Итого краткосрочные обязательства	718 501	754 049
Итого обязательства	718 501	754 049
Собственный капитал		
Резервы	1 030 686	1 008 282
Выручка за прошлый период	2 497 475	3 156 326
Выручка за отчетный год	-91 168	-636 446
Итого собственный капитал	3 436 993	3 528 162
Итого пассив	4 155 494	4 282 211

Отчет о поступлениях

В тыс. крон	2010	2009
Поступления от доли социального налога, предназначенной для медицинского страхования и полученные требования от других лиц	10 742 774	11 248 417
Доходы на целевое финансирование	18 466	18 350
Расходы на целевое финансирование	-32 272	-18 330
Расходы на медицинское страхование	-10 816 704	-11 940 927
Брутто – поступления	-87 736	-692 490
Общие административные расходы	-96 641	-102 804
Поступления по другим видам деятельности	66 094	57 966
Расходы на другие виды деятельности	-9 726	-3 927
Текущие поступления	-128 009	-741 255
Финансовые доходы и расходы		
интерес доходы и финансовые доходы	38 268	105 131
финансовые расходы	-1 427	-322
Итого финансовые доходы и расходы	36 841	104 809
Поступление за расчетный год	-91 168	-636 446

Денежные потоки

В тыс. крон	2010	2009
Денежные потоки от основной деятельности		
Поступивший социальный налог	10 722 824	11 643 871
Оплаченные счета поставщикам	-10 905 763	-12 108 926
Платы, выплаченные сотрудникам	-56 082	-53 452
Налоги, удержанные из выплат за работу	-20 392	-18 145
Другие поступившие доходы	105 189	156 217
Итого денежные потоки от основной деятельности	-154 224	-380 435
Денежные потоки от инвестиций		
Выплачено за основное имущество	-9 887	-1 629
Поступило за счет финансовых инвестиций	2 185 267	3 705 496
Выплачено за счет финансовых инвестиций	-2 287 911	-2 975 553
Итого денежные потоки от инвестиций	-112 531	728 314
Нетто-изменения финансов и счетов в банке	-266 755	347 879
Банковские счета в начале периода	1 337 960	990 081
Изменение денег	-266 755	347 879
Банковские счета и денежные эквиваленты в начале периода	1 071 205	1 337 960
В том числе краткосрочные депозитные вклады	959 096	1 235 233

Отчет об изменении собственного капитала

В тыс. крон	2010	2009
Резервы		
Резервы в начале года	1 008 282	1 067 055
Увеличение резервов	50 326	0
Уменьшение резервов	-27 922	-58 773
Резервы в конце года	1 030 686	1 008 282
Поступление за прошлые периоды		
В начале года	2 519 879	3 097 553
Уменьшение резервов	27 922	58 773
Увеличение резервов	-50 326	0
Поступление за расчетный год	-91 168	-636 446
В конце года	2 406 307	2 519 880
Собственный капитал в начале года	3 528 162	4 164 608
Собственный капитал в конце года	3 436 993	3 528 162

