

Министерство социальных дел Эстонии
Отдел медицинской информации и анализа

**Общие расходы на здравоохранение
в Эстонии, 2004**

Таллинн
2006

Миссия отдела медицинской информации и анализа:
„Здоровье и благополучие общества через лучшую статистику и информацию.”

Автор: Наталья Едомских-Эйго

Просим обратить внимание, что как и во всяком другом статистическом отчете, в данном анализе возможны незначительные исправления в течение года. При использовании данных отчета просим ссылаться на министерство социальных дел Эстонии или указывать электронный адрес www.sm.ee.

РЕЗЮМЕ

В 2004 году общие расходы на здравоохранение составили 5,5% от ВВП (2003 году – 5,3% от ВВП) и расходы на здравоохранение финансируемые из государственных средств 4,2% от ВВП (2003 году – 4,1% от ВВП).

- В 2004 году общие расходы на здравоохранение Эстонии составили **7 783 миллионов крон**, что на 970 миллионов крон или 14,2% больше, чем в предыдущем году (6 812 млн. крон). В сравнении с 1999 годом общие расходы на здравоохранение выросли на 57%.
- Реальный рост общих расходов на здравоохранение составил в 2004 году только 2,0%.
- В 2004 году на территории Эстонии проживало **1,348 миллионов человек** (из которых 94,4% были покрыты обязательным государственным медицинским страхованием). Это означает, что в 2004 году расходы здравоохранения **на одного жителя Эстонии составили в среднем 5 776 крон** (369 EUR), что на 734 крон (47 EUR) больше, чем в предыдущем году.
- Расходы на здравоохранение, финансируемые из государственных средств, выросли в сравнении с предыдущим годом на 12% и составили 5 833 миллионов крон. Большая часть государственных средств, затраченных на здравоохранение, (87%) была взята из средств Эстонской Больничной Кассы¹.
- За последние пять лет доля расходов на здравоохранение, финансируемых из государственных средств, немного уменьшилась (1999 – 76,8%, 2004 – 75,5%). Соответственно выросла доля частного сектора (1999 – 19,6%, 2004 – 24%).
- В 2004 году доля накопления капитала составила 0,6% от общих расходов на здравоохранение (2003 году – 0,8%) или 47,1 миллионов крон. В сравнение с предыдущим годом сумма накопления капитала уменьшилась на 0,1%.

¹ Фонд обязательного государственного медицинского страхования в Эстонии

Содержание

Наименование таблиц	5
Наименование диаграмм.....	7
Предсловие.....	8
Пояснение символов и сокращений	10
1. АНАЛИЗ.....	11
1.1. Доля общих расходов на здравоохранение от валового внутреннего продукта..	11
1.1.1. Общие расходы на здравоохранение и общая экономическая активность	12
1.1.2. Общие расходы на здравоохранение на одного человека.....	14
1.2. Система медицинского страхования	16
1.3. Источники финансирования здравоохранения.....	19
1.3.1. Государственный сектор	21
1.3.2. Частный сектор.....	32
1.3.3. Иностраный сектор	38
1.4. Поставщики медицинских услуг	40
1.4.1. Больницы.....	42
1.4.2. Поставщики амбулаторного лечения	43
1.4.3. Поставщики фармацевтических и медицинских товаров	45
1.4.4. Руководство программами общественного здравоохранения	46
1.4.5. Управление здравоохранением.....	49
1.5. Медицинские услуги.....	51
1.6. Заключение	54
2. МЕЖДУНАРОДНОЕ СРАВНЕНИЕ	55
3. ТЕХНИЧЕСКИЕ ЗАМЕТКИ.....	59
3.1. Введение.....	59
3.2. Определение ОРЗ	60
3.3. Источники данных	62

Наименование таблиц

Таблица 1. ОРЗ в текущих и постоянных ценах, темпы роста, 1998–2004	11
Таблица 2. Число застрахованных, 2001–2004	18
Таблица 3. Основные источники финансирования, 2003–2004	20
Таблица 4. Доля основных источников финансирования ОРЗ от ВВП, 1999–2004	21
Таблица 5. Расходы министерств на здравоохранение, 2003–2004	23
Таблица 6. Расходы министерства социальных дел на здравоохранение, 2003–2004	23
Таблица 7. Медицинские услуги финансируемые из госбюджета, 2003–2004	25
Таблица 8. Текущие расходы центрального правительства по типам поставщиков, 2003–2004	27
Таблица 9. Медицинские услуги финансируемые из бюджета муниципального управления, 2003–2004	28
Таблица 10. Текущие расходы муниципальных самоуправлений по типам поставщиков, 2003–2004	29
Таблица 11. Медицинские услуги финансируемые БКЭ, 2003–2004	30
Таблица 12. Расходы БКЭ по типам поставщиков, 2003–2004	32
Таблица 13. Источники финансирования здравоохранения частного сектора, 2003–2004	33
Таблица 14. Медицинские услуги финансируемые частным сектором, 2003–2004	33
Таблица 15. Расходы частного сектора по типам поставщиков, 2003–2004	34
Таблица 16. Расходы частного сектора по медицинским услугам и источникам финансирования, 2004	35
Таблица 17. Собственные затраты на медицинские услуги, 2003–2004	36
Таблица 18. Расходы домашних хозяйств по типам поставщиков, 2003–2004	37
Таблица 19. Поставщики медицинских услуг, 2003–2004	42
Таблица 20. Расходы больниц на медицинские услуги, 2003–2004	43
Таблица 21. Расходы поставщиков амбулаторного лечения на медицинские услуги, 2003–2004	44
Таблица 22. Продавцы фармацевтических и мед. товаров, 2003–2004	45
Таблица 23. Руководство программами общественного здравоохранения, 2003–2004	49
Таблица 24. Расходы на медицинские услуги на одного жителя, 2003–2004	53
Таблица 25. Международное сравнение отношений ОРЗ и ВВП и ОРЗ на одного	56

жителя, 1998–2002

Таблица 26. Реальный рост ОПЗ, 1999–2003

57

Наименование диаграмм

Диаграмма 1. ОРЗ и ВВП в постоянных ценах, 2003–2004	12
Диаграмма 2. Доля ОРЗ и расходов государственного сектора на здравоохранение от ВВП, 1999—2004	13
Диаграмма 3. Население Эстонии по возрастным группам, 1998-2004	15
Диаграмма 4. Население и количество застрахованных в Эстонии, 2000–2004	17
Диаграмма 5. Поступление социального налога, 1994–2004	18
Диаграмма 6. Доля государственного, частных и иностранных источников финансирования от ОРЗ, 1999–2004	19
Диаграмма 7. Изменение затрат на здравоохранение, 1999=100	20
Диаграмма 8. Источники финансирования здравоохранения государственного сектора, 1999–2004	22
Диаграмма 9. Медицинские услуги финансируемые из госбюджета, 2004	26
Диаграмма 10. Текущие расходы центрального правительства по типам поставщиков, 2003–2004, млн. крон	27
Диаграмма 11. Расходы по видам медицинских услуг, 1999–2004	41
Диаграмма 12. Расходы аптек на различные виды медикаментов, 1999–2004, млн. крон	46
Диаграмма 13. Распределение расходов на управление здравоохранением, 1999-2004	50
Диаграмма 14. Доля медицинских услуг, 1999-2004	51
Диаграмма 15. Расходы на лечение, 2004	52
Диаграмма 16. Доля государственного сектора от ОРЗ, 2002	58

Предисловие

Несмотря на то, что система здравоохранения и структуры ее финансирования в каждой стране разные, их цели и функции можно описать одинаково. Для этого исходят из общих целей системы здравоохранения, которые описаны во «Всемирном рапорте здоровья, 2000» и отражают влияние порядка финансирования на достижение поставленных целей.

Целями финансирования здравоохранения (и с этим связанных реформ) являются: защита страны от финансового риска, исходящего из расходов на здравоохранение и слежение за распределением монетарной нагрузки в обществе. А также увеличение прозрачности системы, исходящей из необходимости правильного предоставления услуг и их потребления, поддержание с помощью стимулов качественного и результативного предоставления медицинских услуг и увеличение эффективности системы финансирования.

Регулярный анализ расходов на здравоохранение нужен для того, чтобы лучше понимать эстонскую систему здравоохранения. Такая статистика показывает ресурсы, которые были направлены на производство и потребление медицинских услуг или товаров, вложенных в здоровье и благополучие общества. «Анализ общих расходов на здравоохранение Эстонии» является ежегодным рапортом министерства социальных дел Эстонии с 1999 года.

Цель данного рапорта – предоставление информации об источниках финансирования здравоохранения, через медицинские услуги и поставщиков этих услуг, используя методику НСЗ.

Сектор здравоохранения содержит сферы деятельности как приносящие, так и не приносящие прибыль; а также функции, которые напрямую связаны со здоровьем: гигиена труда, военная медицина, медицина в тюрьмах и администрирование здравоохранения в государственном и частном секторах. В тоже время у этого определения есть и свои недостатки: оно не содержит расходы на образование и

подготовку мед.персонала, исследования и разработки в области здравоохранения, гигиену питания и санитарное состояние окружающей среды. Поэтому данное определение не позволяет описать полностью все ресурсы здравоохранения. Тот, кто хочет использовать данный анализ для планирования ресурсов системы здравоохранения, должен также обязательно учитывать, что рапорт отражает расходы на здоровье только эстонских резидентов. Это означает, что анализ не отражает расходы на медицину сделанные иностранцами в Эстонии.

Данный рапорт анализирует в основном расходы на здравоохранение сделанные в 2004 году и состоит из трех частей: описание расходов, международное сравнение и технические заметки. Первая часть содержит абсолютные показатели за 2004 год, в сравнение с которыми приведены данные 2003 года. В тексте делаются также ссылки на более ранние года. В приложении представлены большие таблицы и описание классификаторов.

Пояснение символов и сокращений

БКЭ	Больничная Касса Эстонии
ВВП	Валовой Внутренний Продукт
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ДСЭ	Департамент Статистики Эстонии
МЛСЗ	Международной Классификации Счетов Здравоохранения
НСЗ	Национальные Счета Здравоохранения
ОМИА	Отдел Медицинской Информации и Анализа
ОРЗ	Общие Расходы на Здравоохранение
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
<i>Eurostat</i>	Департамент Статистики Европы
-	Явление не наблюдалось
...	Данные не получены или для публикации ненадежны

1. АНАЛИЗ

1.1. Доля общих расходов на здравоохранение от валового внутреннего продукта

Общие расходы на здравоохранение Эстонии (впредь ОРЗ) составили в 2004 году 7,8 миллиардов крон (таблица 1). Номинальный рост, в сравнение с 2003 годом, составил 970 миллионов крон или 14,2%. Рост был на 0,1% меньше, чем в предыдущем году, хотя один из самых быстрых за последние пять лет. Рост произошел в основном за счет двух поставщиков услуг здравоохранения:

- Больницы – 476 миллионов крон;
- Аптеки и другие поставщики фармацевтических и товаров медицинского назначения – 364 миллионов крон.

Таблица 1. ОРЗ в текущих и постоянных ценах, темпы роста, 1998–2004

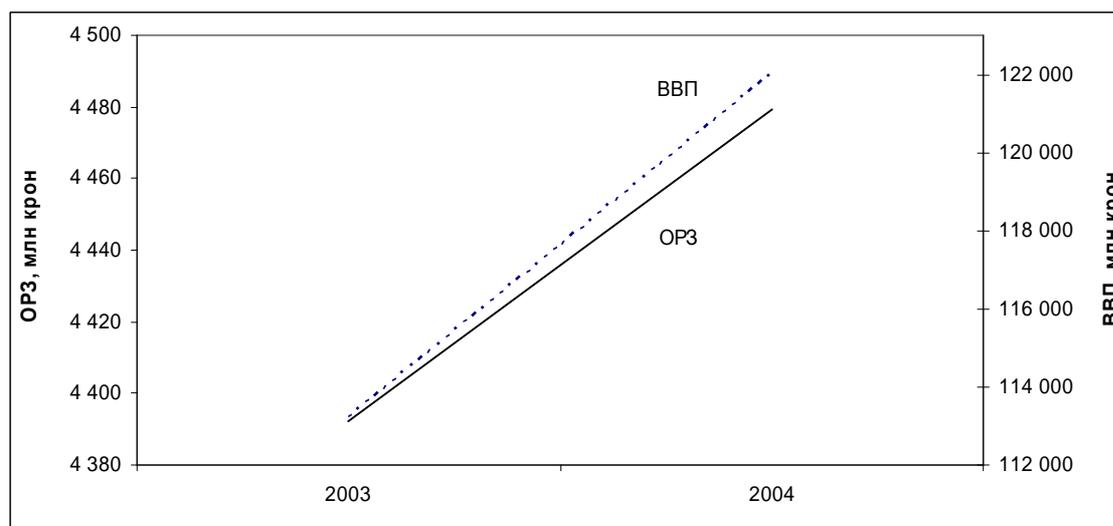
Года	В текущих ценах (тыс крон)	В постоянных ценах (тыс крон)	Номинальный рост (%)	Реальный рост (%)
1998	4 374 174	...	...	...
1999	4 949 800	...	...	...
2000	5 145 500	...	4,0%	...
2001	5 353 800	...	4,0%	...
2002	5 958 800	...	11,3%	...
2003	6 812 166	4 392 008	14,3%	...
2004	7 782 648	4 479 081	14,2%	2,0%

Из-за инфляции реальный рост общих расходов на здравоохранение составил 2,0%, в то время как реальный рост валового внутреннего продукта (впредь ВВП) 7,8%.

1.1.1. Общие расходы на здравоохранение и общая экономическая активность

В 2004 году произошел значительный номинальный рост как ВВП, так и ОРЗ, в тоже время реальный рост ОРЗ значительно отстал от реального роста ВВП (диаграмма 1).

Диаграмма 1. ОРЗ и ВВП в постоянных ценах, 2003–2004

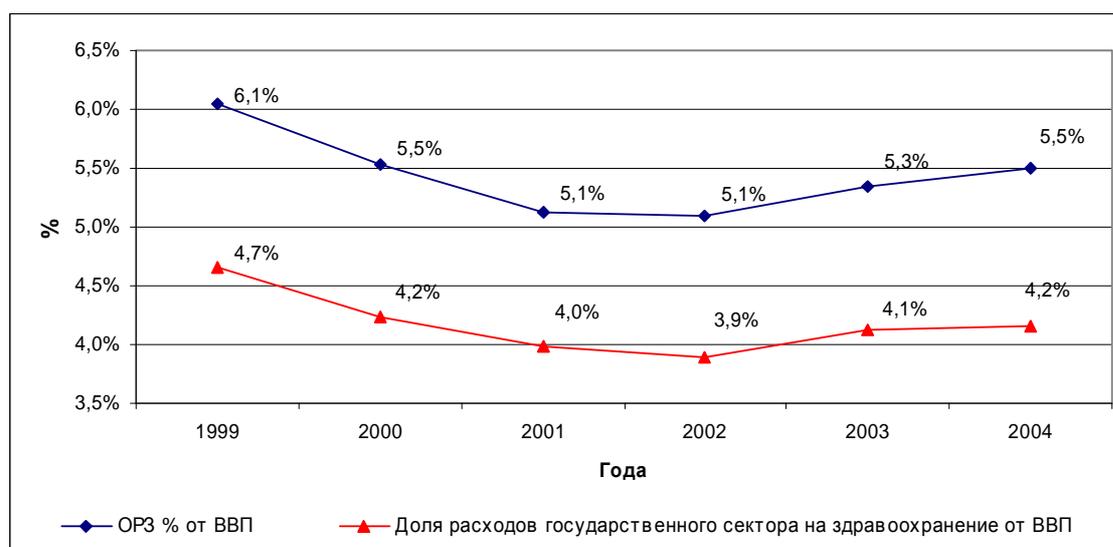


ВВП – один из важнейших индикаторов, измеряющих экономическую активность страны. Его также используют для международного сравнения процентуального соотношения расходов на здравоохранение. В 2005 году департамент статистики Эстонии пересмотрел динамические показатели национальных счетов, что повысило значение валового внутреннего продукта за 2003 год и понизило долю ОРЗ от ВВП. Таким образом, общие расходы на здравоохранение в 2003 году составили **5,3%** от пересчитанного ВВП (раньше опубликованный процент составлял 5,4%) и в 2004 году – **5,5%**. В 1999-2000 года доля ОРЗ от ВВП постоянно уменьшалась (6,1–5,1%), но в 2003 году убывающая тенденция прекратилась, и доля начала расти (диаграмма 2).

Расходы государственного сектора на здравоохранение прослеживали похожую тенденцию – спад с 4,7% в 1999 году до 3,9% в 2002. В 1999 году эстонский ВВП уменьшился из-за экономического кризиса в Российской Федерации и глобального спада экономической активности. Вследствие чего Больничная Касса Эстонии (в

дальнейшем БКЭ) использовала свой резерв, чтобы компенсировать недостаток ресурсов. После этого последовало уменьшение ОРЗ, которое выразилось накоплением резерва БКЭ-ой в 2003 году. Когда резерв БКЭ был накоплен, ОРЗ и расходы государственного сектора на здравоохранение начали вновь расти.

Диаграмма 2. Доля ОРЗ и расходов государственного сектора на здравоохранение от ВВП, 1999—2004



Несмотря на то, что мы привыкли оценивать систему здравоохранения через долю общих расходов на здравоохранение от ВВП, это не описывает ее действительной эффективности. Для отслеживания изменений лучше сравнивать между собой расходы на здравоохранение в Эстонии, сделанные в разные года, а не сравнивать соответствующие показатели с другими странами. Здесь следует учитывать, что все страны разные, с разной историей здравоохранения и поэтому с различной сложившейся системой здравоохранения. Так же, используя процент ОРЗ от ВВП, нужно помнить, что различные страны могут вычислять как ВВП, так и ОРЗ по различным методикам.

Если мы хотим оценить эффективность здравоохранения, то вместе с расходами нужно рассматривать и медицинские показатели. Например: количество визитов, количество выздоровевших пациентов, количество повторных обращений к врачу, длина очередей

и т.д. Важным показателем является также средняя продолжительность жизни населения.

Доля ОРЗ от ВВП может расти по следующим причинам:

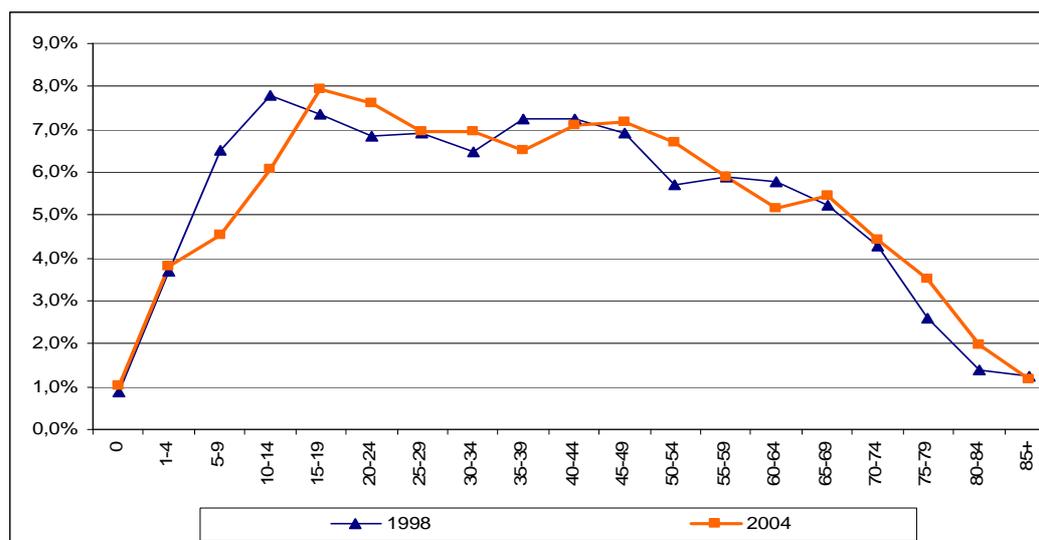
- Рост объема предоставленных медицинских услуг и товаров больше, чем рост объема услуг и товаров по всем экономическим отраслям.
- Рост цен в секторе здравоохранения превышает рост цен во всей экономике или другими словами, в секторе здравоохранения инфляция выше.

Номинальный рост ОРЗ за 2004 год составил 14,2% и реальный рост 2%. Причем номинальный рост ВВП составил 11,1% и реальный рост 7,8%. Это означает, что в секторе здравоохранения произошел «эффект цен» и цены в здравоохранении выросли быстрее, чем в остальной экономике. То есть большая часть роста ОРЗ произошла из-за роста цен в здравоохранении, который в свою очередь произошел из-за повышения зарплат медикам.

1.1.2. Общие расходы на здравоохранение на одного человека

По данным департамента статистики в 2004 году на территории Эстонии проживало **1 348 000 человек**, что на 0,3% меньше, чем в предыдущем году (1 351 000). Так как эстонское население стареет (диаграмма 3), то естественно, что расходы на здравоохранение растут.

Диаграмма 3. Население Эстонии по возрастным группам, 1998-2004



Средние расходы на здравоохранение на одного человека в Эстонии выросли за 2004 год на 14,5 % и составили 5 776 крон или 369 €. В 2003 году расходы на одного человека составляли в среднем 5 042 крон или 322 €.

1.2. Система медицинского страхования

В Эстонии действует с 1 января 1992 года обязательное медицинское страхование. Работодатель обязан платить за работника социальный налог, а лица, занимающиеся предпринимательством (ПФЛ), должны платить социальный налог сами из своих доходов. Таким образом, 13% от брутто заработной платы идет через налоговую службу на медицинское страхование.

Застрахованным лицом является постоянный житель Эстонии или живущий на основе временного вида на жительство в Эстонии, за которого платит работодатель или кто сам платит социальный налог, а также приравненные к ним на основе закона о медицинском страховании лица, за которых социальный налог не платят: лица до достижения 19 лет, ученики, лица получающие государственную пенсию, назначенную в Эстонии, супруг(а), находящийся на иждивении застрахованного лица, если до выхода на пенсию ему/ей осталось менее 5 лет, и беременные, начиная с 12-недели беременности,

К тому же в Эстонии есть застрахованные лица, за которых социальный налог платит государство:

- Лицо, получающее возмещение по уходу за ребенком до 3-х лет,
- Неработающие родители-одиночки с ребенком до 3-х лет,
- Неработающий супруг(а) дипломата или служащего, работающего за границей
- Лицо, находящееся на срочной службе,
- Лицо, получающее возмещение по страхованию от безработицы.

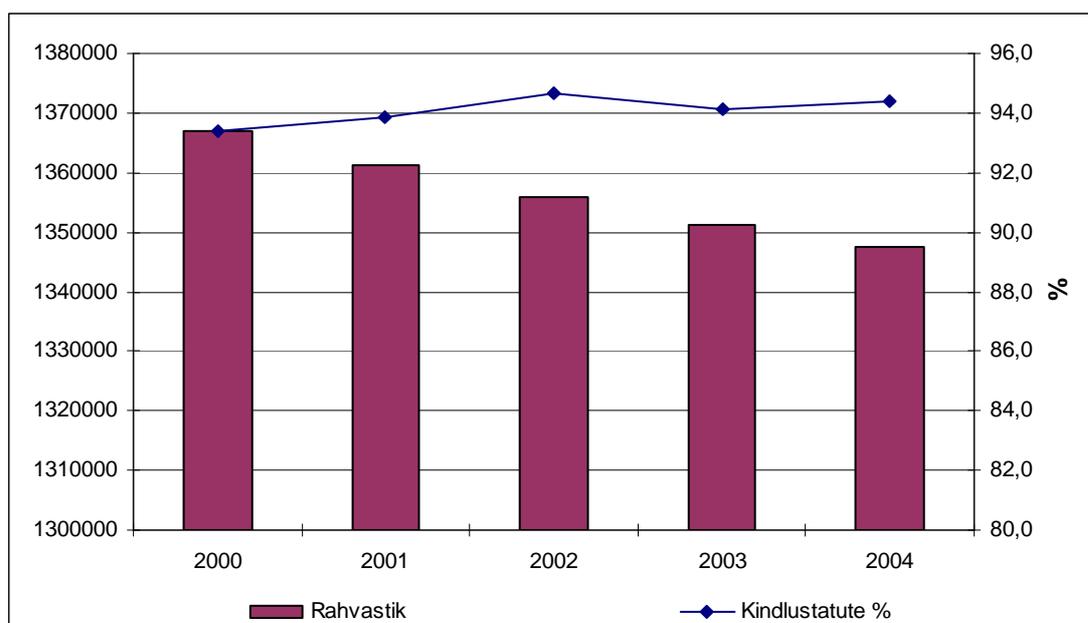
Медицинское страхование Эстонии следует принципу солидарности: при заболевании оказание и объем услуг не зависит от величины социального налога, которое вносилось за конкретного человека.

Право на страхование зависит не от гражданства, а от места проживания. Закон позволяет проживающим на территории Эстонии лицам страховать свое здоровье также через частные страховые компании, но это добровольно.

Незастрахованные лица имеют право на неотложную медицинскую помощь. Неотложная помощь – это медицинская услуга, которую оказывает медицинский работник в том случае, когда отсрочка оказания помощи или неоказание помощи может послужить причиной смерти или устойчивого нарушения здоровья нуждающегося в помощи.

Как уже было сказано ранее, в конце 2004 года на территории Эстонии проживало 1 348 000 человек, из них 94,4% были охвачены обязательной медицинской страховкой (диаграмма 4, таблица 2).

Диаграмма 4. Население и количество застрахованных в Эстонии, 2000–2004



В конце 2004 года в Больничной Кассе было 1 271 558 застрахованных. По сравнению с 2003 годом число застрахованных уменьшилось на 493 человек и по сравнению с 2002 годом на 12 518 человек². За 2000–2004 года число незастрахованных существенно не изменилось.

² Экономический отчет ЭБК, 2004

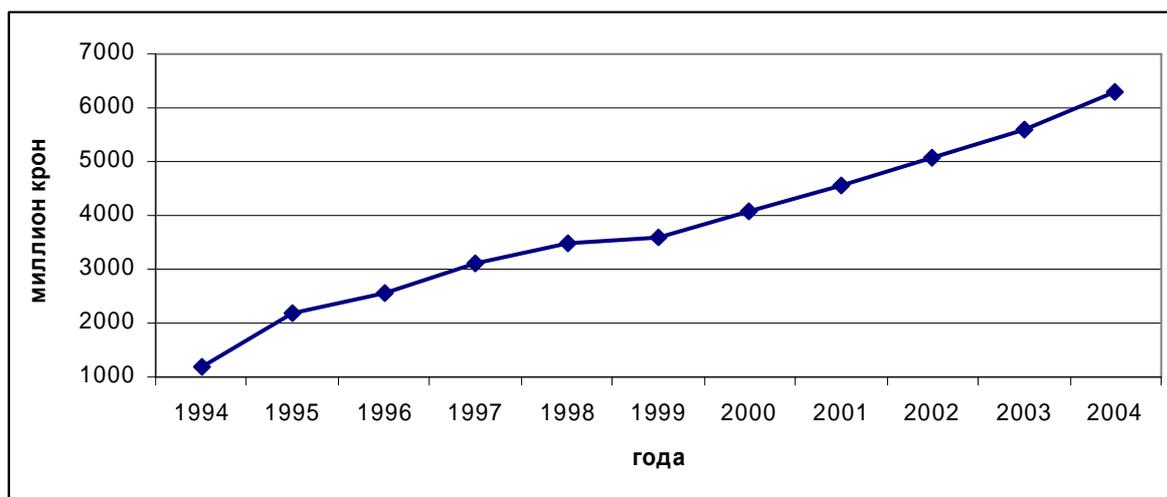
http://veeb.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded_2004/majandusaasta2004.pdf

Таблица 2. Число застрахованных³, 2001–2004

	31.12.2001	31.12.2002	31.12.2003	31.12.2004	Изменение % 2004/2003
Застрахованные	574 284	578 673	584 885	595 734	1,85%
Застрахованные государством	40 140	48 469	49 119	43 869	-10,69%
Приравненные лица	663 204	656 926	631 830	626 438	-0,85%
Застрахованные отдельным договором	458	8	6 217	5 517	-11,26%
Всего застрахованных	1 278 086	1 284 076	1 272 051	1 271 558	-0,04%

В 2004 году поступило **6 276 миллионов крон** социального налога, что на 3,2% больше, чем было запланировано и на 11,5% больше, чем в предыдущем году. Социальный налог составляет около 99% дохода Больничной Кассы.

Диаграмма 5. Поступление социального налога, 1994–2004⁴



За последние пять лет поступления социального налога выросли больше чем на 10% (диаграмма 5). Рост дохода БКЭ обусловлен ростом заработных плат и индекса потребительских цен, а также улучшением экономической ситуации и эффективным сбором налогов.

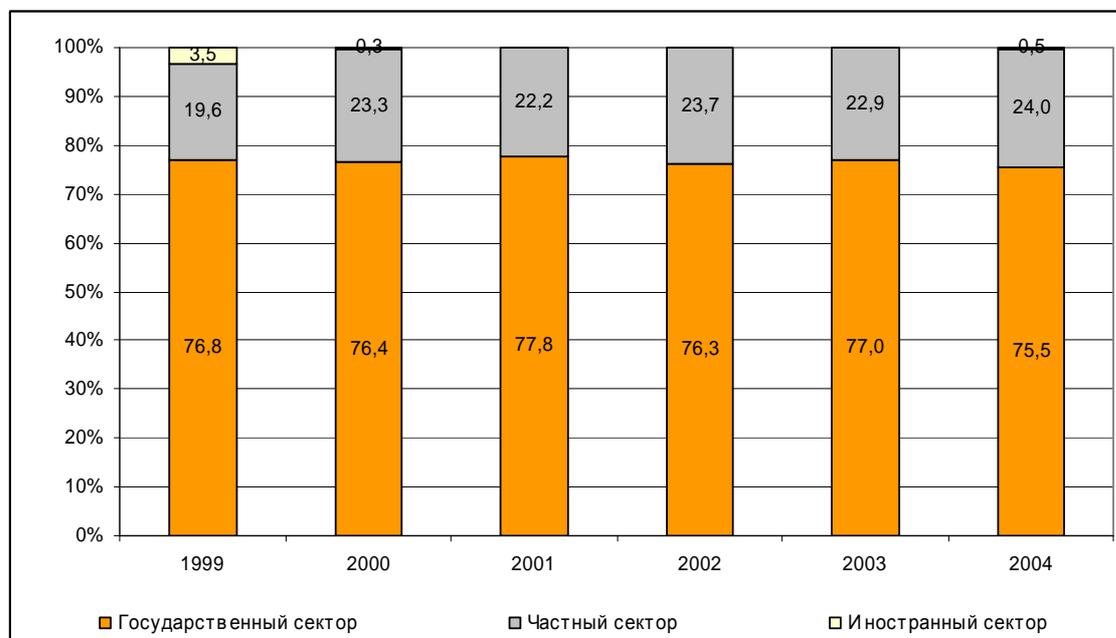
³ Источник: Эстонская Больничная Касса.

⁴ Диаграмма – Эстонская Больничная Касса.

1.3. Источники финансирования здравоохранения

Источники финансирования здравоохранения можно разделить на три – государственный, частный и иностранный сектора. Самым большим финансовым источником здравоохранения в Эстонии является государственный сектор. В течение времени доля этого финансового источника уменьшилась, снизившись с 76,8 процентов в 1999 году до 75,5 процентов в 2004 (диаграмма б) от общих расходов на здравоохранение (ОРЗ). В тоже время доля самофинансирования увеличилась.

Диаграмма 6. Доля государственного, частного и иностранного источников финансирования от ОРЗ, 1999–2004



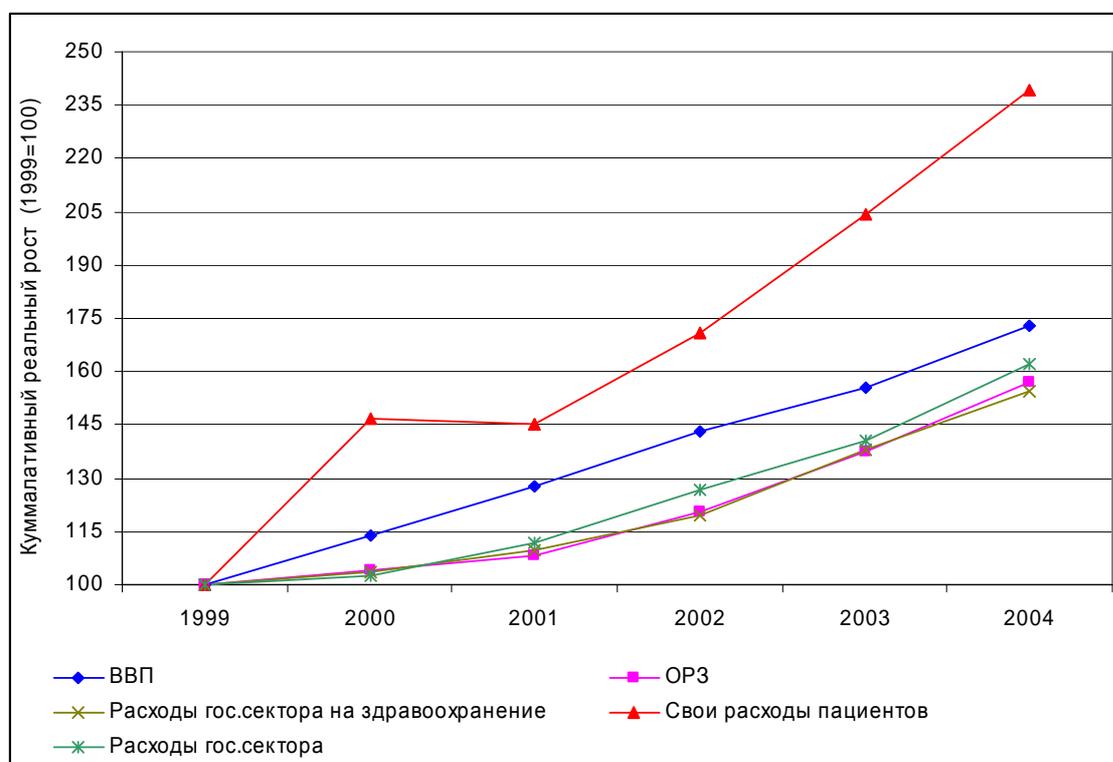
В 2004 году частный сектор финансировал 24% (1 868 млн. крон) и иностранный сектор 0,5% (35 млн. крон) от общих затрат. Государственный сектор в данном году составил 75,5% от общих затрат или 5 880 миллионов крон (таблица 3).

Таблица 3. Основные источники финансирования, 2003–2004

	2003		2004		Изменение 2004/2003
	млн крон	%	млн крон	%	
Государственный сектор	5 245	77%	5 880	75,5%	12%
Частный сектор	1 563	23%	1 868	24,0%	20%
Иностранный сектор	...	...	35	0,5%	...
ВСЕГО	6 808	100%	7 783	100,0%	14%

По оценке экспертов уменьшение доли финансирования здравоохранения государственным сектором не является последствием финансового кризиса, как это произошло во многих странах. Наоборот, на диаграмме 7 видно, что с 1999 по 2004 расходы государственного сектора выросли на 62% в постоянных ценах. Хотя за этот период расходы государственного сектора на здравоохранение выросли всего на 55%. Это еще раз доказывает, что доля расходов на здравоохранение в государственном бюджете уменьшилась. Наибольшее влияние на рост ОРЗ (57%) проявил частный сектор, в основном домашние хозяйства, куммалитивный рост затрат которых составил около 140% за период с 1999 до 2004 годов.

Диаграмма 7. Изменения затрат на здравоохранение, 1999=100



Как уже было замечено ранее, размер затрат можно выражать в процентах от ВВП. За предыдущие годы наблюдался снижающийся тренд доли государственного сектора от ВВП, но в 2004 году его доля повысилась до уровня 2000 года, образуя 4,2% от ВВП (таблица 4).

Таблица 4. Доля основных источников финансирования ОРЗ от ВВП, 1999–2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Государственный сектор	4,7%	4,2%	4,0%	3,9%	4,1%	4,2%
Частный сектор	1,2%	1,3%	1,1%	1,2%	1,2%	1,3%
Иностранный сектор	0,21%	0,02%	...	...	0,003%	0,02%

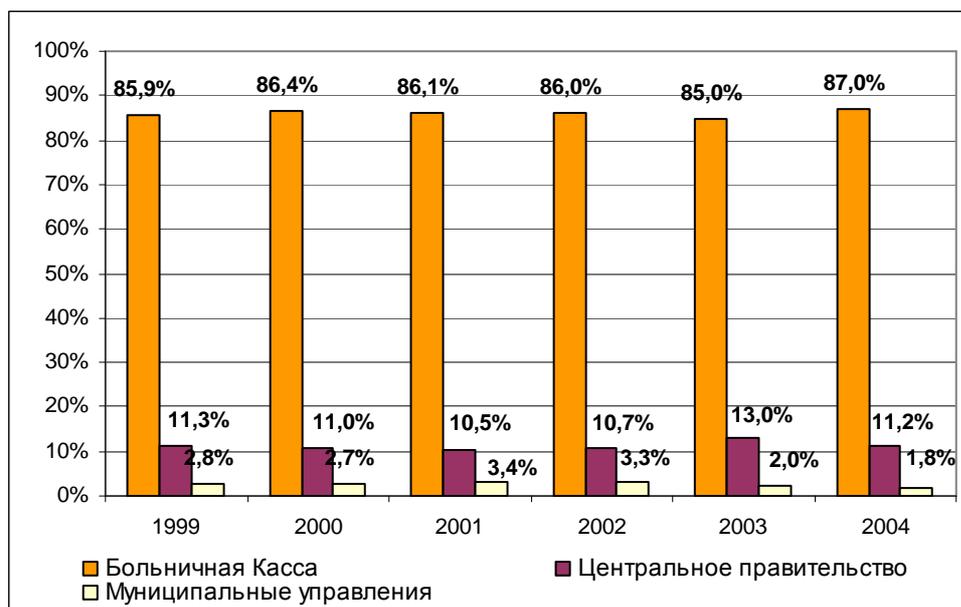
Доля расходов частного сектора на здравоохранение от ВВП вырос по сравнению с предыдущим годом на 0,1%, поднявшись с 1,2 % до 1,3 %.

1.3.1. Государственный сектор

Государственный сектор – главный источник финансирования здравоохранения. В сравнении с предыдущим годом в 2004 году затраты государственного сектора на здравоохранение увеличились на 635 миллионов крон или на 12%.

Государственный сектор в свою очередь делится на три вида источников финансирования: центральное правительство, муниципальные управления и фонды страхования здоровья (в Эстонии – Больничная Касса). Самым крупным источником является Больничная Касса, которая финансирует до 87% расходов государственного сектора на здравоохранение.

Диаграмма 8. Источники финансирования здравоохранения государственного сектора, 1999–2004



Теперь рассмотрим каждый источник финансирования здравоохранения государственного сектора отдельно.

1) Расходы **центрального правительства** или расходы из госбюджета на здравоохранение уменьшились в 2004 году по сравнению с предыдущим годом на 22,4 миллиона крон или на 3,3%. Доля расходов центрального правительства на здравоохранение в 2004 году составила 11,2 % от государственного сектора и 8,5% от общих расходов на здравоохранение (диаграмма 8). Начиная с 2004 в учет ОРЗ включены также расходы на здравоохранение министерства сельского хозяйства. Затраты этого министерства незначительны – всего 0,1% от расходов на здравоохранение центрального правительства. Уменьшение расходов центрального правительства на здравоохранение произошло из-за снижения затрат министерства юстиций. Расходы центрального правительства на здравоохранение распределились по министерствам следующим образом:

Таблица 5. Расходы министерств на здравоохранение, 2003–2004

	2003		2004		Изменение
	тыс крон	%	тыс крон	%	2004/2003
Министерство Образования	2 568	0,4%	3 266	0,5%	27,2%
Министерство Юстиции	61 595	9,0%	389	0,1%	-99,4%
Министерство Обороны	19 735	2,9%	19 518	3,0%	-1,1%
Министерство Защиты Среды	180	0,0%	136	0,0%	-24,7%
Министерство Культуры	10	0,0%	244	0,0%	2341,4%
Министерства экономики и коммуникаций	410	0,1%	759	0,1%	85,0%
Министерство Сельского Хозяйства	...	0,0%	522	0,1%	...
Министерство Финансов	659	0,1%	462	0,1%	-29,8%
Министерство Внутренних Дел	13 617	2,0%	10 397	1,6%	-23,6%
Министерство Иностранных Дел	718	0,1%	447	0,1%	-37,8%
Министерство Социальных Дел	582 966	85,4%	623 882	94,5%	7,0%
Центральное правительство всего	682 458	100,0%	660 021	100,0%	-3,3%

У министерства социальных дел, одно из обязанностей которого регулировать и управлять системой здравоохранения в стране, естественно самые большие расходы в этой сфере. С 2004 года в расходы министерства также включены все затраты подведомственных учреждений, сделанных из собственных доходов. В данном году министерство социальных дел финансировало следующие медицинские услуги:

Таблица 6. Расходы министерства социальных дел на здравоохранение, 2003–2004

	2003		2004		Изменение
	тыс крон	%	тыс крон	%	2004/2003
ЛЕЧЕНИЕ	69 682	12%	92 186	15%	32%
в т.ч. Пособие незастрахованным	69 322	12%	91 826	15%	32%
Амбулаторное лечение	360	0%	360	0%	0%
РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ МЕД.ОБСЛУЖИВАНИЕ	4 000	1%	0	0%	-100%
ДОЛГОСРОЧНЫЙ МЕД.УХОД	51 818	9%	57 060	9%	10%
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ	168 759	29%	172 732	28%	2%
в т.ч.Скорая помощь	167 732	29%	172 732	28%	3%
МЕД.ТОВАРЫ, ВЫДАВАЕМЫЕ АМБУЛАТОРНЫМ БОЛЬНЫМ	84 637	15%	77 069	12%	-9%
в т.ч. Медикаменты	18 425	3%	14 505	2%	-21%
ПРЕВЕНТИВНЫЕ И САНИТАРНЫЕ УСЛУГИ	55 298	9%	39 121	6%	-29%
в т.ч. Профилактика инфекционных заболеваний	40 714	7%	31 349	5%	-23%
Профилактика неинфекционных заболеваний	8 013	1%	7 617	1%	-5%
АДМИНИСТРИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	65 371	11%	85 768	14%	31%

АДМИНИСТРИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ из своих доходов	57 800	10%	66 792	11%	16%
НАКОПЛЕНИЕ КАПИТАЛА	25 602	4%	33 154	5%	29%
ВСЕГО	525 166	90%	557 089	89%	6%
ВСЕГО вместе с администрированием здравоохранения из своих доходов	582 966	100%	623 881	100%	7%

Большая доля расходов министерства социальных дел пошла на вспомогательные услуги и скорую помощь (28%). Расходы на превентивные и санитарные услуги уменьшились на 29%. Причем финансирование программ профилактики инфекционных заболеваний уменьшилось в 2004 году на 23% и неинфекционных заболеваний на 5%. Финансирование лечения, которое в случае министерства социальных дел включает исключительно пособие незастрахованным, увеличилось по сравнению с предыдущим годом на 32%. Существенно возросли расходы на инвестирование или накопление капитала – 765 миллионов крон или 29%. В общем, по сравнению с предыдущем годом общие расходы министерства социальных дел на здравоохранение выросли.

По сравнению с 2003 годом финансирование здравоохранения из госбюджета уменьшилось в 2004 году на 3% (таблица 7). Уменьшение произошло за счет уменьшения расходов на реабилитационное мед.обслуживание, превентивные услуги и мед. товары, выдаваемые амбулаторным больным. Как и в предыдущем, в этом году существенная часть расходов центрального правительства пошла на вспомогательные услуги или скорую помощь (26%) и администрирование здравоохранения (24%).

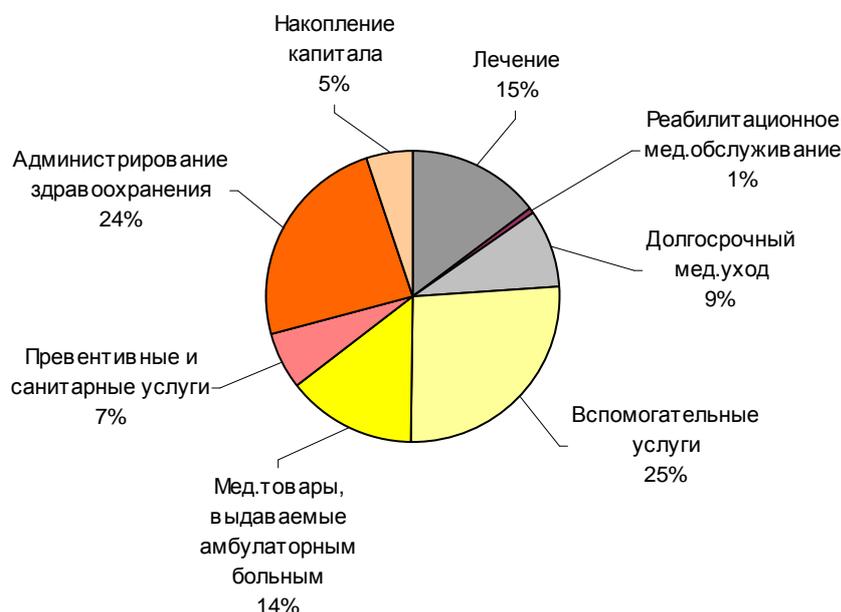
По сравнению с предыдущим годом увеличилась сумма пособия незастрахованным, которая составила в 2004 году 91 899 тысяч крон (в 2003 – 71 056 тыс. крон). Так же возросло финансирование лечения (28%) и накопления капитала (30%). В 2004 году большую часть накопления капитала составил ремонт здания министерства социальных дел (29%).

Таблица 7. Медицинские услуги финансируемые из госбюджета, 2003–2004

	2003		2004		Изменение 2004/2003
	тыс крон	%	тыс крон	%	
ЛЕЧЕНИЕ	76 414	11%	97 631	15%	28%
в т.ч. Пособие незастрахованным	71 056	10%	91 899	14%	29%
Амбулаторное лечение	5 358	1%	5 732	1%	7%
РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ МЕД.ОБСЛУЖИВАНИЕ	9 069	1%	3 495	1%	-61%
ДОЛГОСРОЧНЫЙ МЕД.УХОД	51 818	8%	57 060	9%	10%
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ	170 706	25%	172 942	26%	1%
в т.ч. Скорая помощь	169 006	25%	172 797	26%	2%
МЕД.ТОВАРЫ, ВЫДАВАЕМЫЕ АМБУЛАТОРНЫМ БОЛЬНЫМ	107 778	16%	94 300	14%	-13%
в т.ч. Медикаменты	35 673	5%	26 626	4%	-25%
ПРЕВЕНТИВНЫЕ И САНИТАРНЫЕ УСЛУГИ	86 399	13%	42 910	7%	-50%
в т.ч. Профилактика инфекционных заболеваний	40 782	6%	31 432	5%	-23%
Профилактика неинфекционных заболеваний	8 112	1%	7 645	1%	-6%
АДМИНИСТРИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	154 485	23%	158 070	24%	2%
НАКОПЛЕНИЕ КАПИТАЛА	25 790	4%	33 614	5%	30%
ВСЕГО	682 458	100%	660 021	100%	-3%

Начиная с 2003 года, большая часть расходов на накопление капитала учитывается вместе с расходами на лечение и не может быть вычислена отдельно. Больницу в Пярну начали строить в 2003 году, и в 2004 году на ее строительство было затрачено 225 миллионов крон. Строительством больницы занималось АО «*Riigi Kinnisvara*», которое является также владельцем здания. Полная сумма расходов на строительство больницы не включается в ОРЗ. В ОРЗ учитывается только ежегодная сумма аренды, которую платит целевое учреждение «Пярну Больница» за использование здания. В данном случае арендная плата уже учтена в расходах на лечение.

Диаграмма 9. Медицинские услуги финансируемые из госбюджета, 2004



Теперь разберем расходы центрального правительства по типам поставщиков медицинских услуг. Исходя из методики, теперь будем рассматривать **текущие расходы** (общие расходы минус накопление капитала).

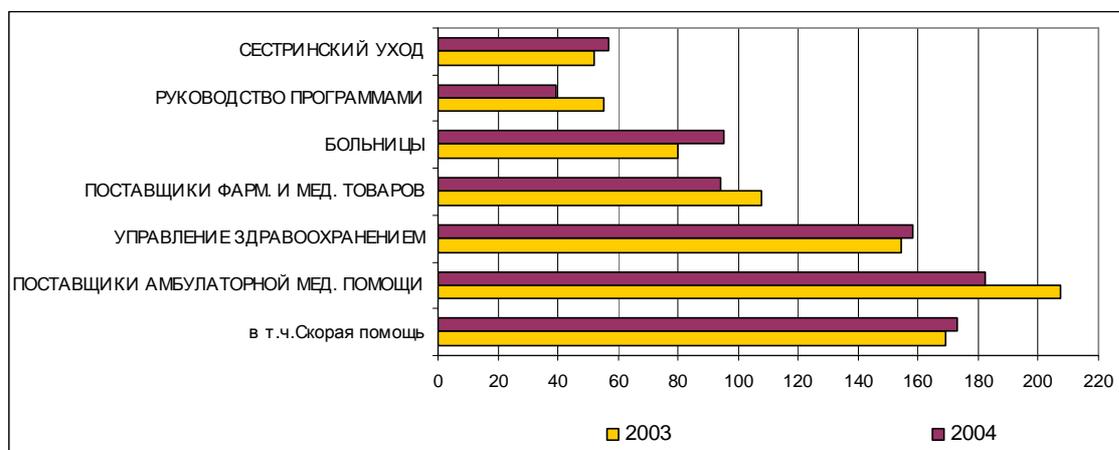
В 2004 году финансирование накопления капитала из госбюджета составило 5% от всех затрат центрального правительства на здравоохранение. Таким образом текущие расходы составили 95% от всех затрат центрального правительства на здравоохранение или 626 407 тысяч крон. Текущие расходы центрального правительства по типам поставщиков медицинских услуг распределились следующим образом:

Таблица 8. Текущие расходы центрального правительства по типам поставщиков, 2003–2004

	2003		2004		Изменение 2004/2003
	тыс крон	%	тыс крон	%	
БОЛЬНИЦЫ	79 805	12%	95 394	15%	20%
СЕСТРИНСКИЙ УХОД	51 818	8%	57 060	9%	10%
ПОСТАВЩИКИ АМБУЛАТОРНОЙ МЕД. ПОМОЩИ	207 313	32%	182 240	29%	-12%
в т.ч. Скорая помощь	169 006	26%	172 797	28%	2%
ПОСТАВЩИКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ И МЕД. ТОВАРОВ	107 778	16%	94 300	15%	-13%
в т.ч. Аптеки	24 801	4%	12 733	2%	-49%
Поставщики очков	2 332	0%	2 819	0%	21%
Поставщики прочих мед. товаров	80 645	12%	78 748	13%	-2%
РУКОВОДСТВО ПРОГРАММАМИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	55 273	8%	39 139	6%	-29%
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ	154 485	24%	158 070	25%	2%
ПРОЧИЕ ПОСТАВЩИКИ (в т.ч. Школы)	195	0%	204	0%	5%
ВСЕГО	656 667	100%	626 407	100%	-5%

Большая часть расходов центрального правительства пошла на финансирование поставщиков амбулаторной мед. помощи (таблица 8). Несмотря на это, расходы на поставщиков амбулаторной мед. помощи уменьшились по сравнению с 2003 годом на 25 миллионов крон (12%).

Диаграмма 10. Текущие расходы центрального правительства по типам поставщиков, 2003–2004, млн. крон



В 2004 году увеличилось финансирование больниц из госбюджета на 20% и это в основном за счет пособий незастрахованным (диаграмма 10).

2) В 2004 году расходы из бюджета **муниципальных самоуправлений** на здравоохранение составили 1,8% (в 2003 – 2,0%) от всех расходов государственного сектора на здравоохранение или 1,3% (в 2003 – 1,6%) от ОРЗ (диаграмма 8). Расходы из бюджета муниципальных управлений на здравоохранение уменьшились в 2004 году по сравнению с предыдущим годом на 2,0 миллиона крон или 1,9 раз.

Расходы города Таллинна на здравоохранение составили 64% от всех расходов муниципальных самоуправлений на здравоохранение. В 2004 году расходы Таллинна на здравоохранение выросли на 16%, несмотря на то, что все мед.расходы из бюджета муниципальных самоуправлений на здравоохранение уменьшились.

Уменьшение расходов муниципального управления на здравоохранение произошло из-за уменьшения финансирования накопление капитала (14 млн. крон или 52%) (таблица 9). Также уменьшились расходы на нерцеписурные медикаменты (0,6 млн. крон или 10%).

Таблица 9. Медицинские услуги финансируемые из бюджета муниципального управления, 2003–2004

	2003		2004		Изменение
	тыс крон	%	тыс крон	%	2004/2003
ЛЕЧЕНИЕ	41 955	39%	43 738	42%	4%
ДОЛГОСРОЧНЫЙ МЕД.УХОД	7 368	7%	8 131	8%	10%
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ	472	0%	1 097	1%	132%
МЕД.ТОВАРЫ, ВЫДАВАЕМЫЕ АМБУЛАТОРНЫМ БОЛЬНЫМ	6 055	6%	5 472	5%	-10%
ПРЕВЕНТИВНЫЕ И САНИТАРНЫЕ УСЛУГИ	-	-	145	0%	...
АДМИНИСТРИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СТРАХОВАНИЕ	23 799	22%	33 145	32%	39%
НАКОПЛЕНИЕ КАПИТАЛА	26 888	25%	12 774	12%	-52%
ВСЕГО	106 538	100%	104 502	100%	-2%

В 2004 году существенно увеличилось финансирование скорой помощи со стороны муниципального управления (0,6 млн. крон или 132%) и администрирование здравоохранения (9,4 млн. крон или 39%).

Теперь рассмотрим **текущие** расходы муниципальных самоуправлений на здравоохранение. В 2004 году 15% текущих расходов муниципального управления на здравоохранение было реализовано через больницы (2003 год – 12%) и 9% через поставщиков сестринского ухода (2003 год – 8%) (таблица 10).

Таблица 10. Текущие расходы муниципальных самоуправлений по типам поставщиков, 2003–2004

	2003		2004		Изменение 2004/2003
	тыс крон	%	тыс крон	%	
БОЛЬНИЦЫ	79 805	12%	95 394	15%	20%
СЕСТРИНСКИЙ УХОД	51 818	8%	57 060	9%	10%
ПОСТАВЩИКИ АМБУЛАТОРНОЙ МЕД. ПОМОЩИ	207 313	32%	182 240	29%	-12%
ПОСТАВЩИКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ И МЕД. ТОВАРОВ	107 778	16%	94 300	15%	-13%
РУКОВОДСТВО ПРОГРАММАМИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	55273	8%	39 139	6%	-29%
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ	154485	24%	158 070	25%	2%
ПРОЧИЕ ПОСТАВЩИКИ (в т.ч. Школы)	195	0,00%	204	0,00%	5%
ВСЕГО	656 667	100%	626 407	100%	-5%

Финансирование поставщиков амбулаторной мед.помощи, поставщиков фармацевтических и мед.товаров и программ общественного здравоохранения из бюджета муниципального управления уменьшилось. В 2004 году муниципальное управление расходовало на здравоохранение в школах немного больше чем в 2003 году, но потраченная сумма все равно осталась маргинальной в сравнении с другими поставщиками.

3) Больничная Касса Эстонии (в дальнейшем БКЭ) – продолжительно самый крупный источник финансирования здравоохранения в государственном секторе. Расходы БКЭ составили в 2004 году 87% от всех расходов государственного сектора на здравоохранение (диаграмма 8). Также расходы БКЭ составили наибольшую долю от

ОРЗ – 65,7% (2003 год – 65,4%). В сравнении с 2003 годом в 2004 году расходы БКЭ увеличились на 659 миллионов крон или на 15% (таблица 11). Таким образом здравоохранение больше всего финансируется с социального налога с заработной платы и специальных льгот (в Эстонии социальный налог составляет 33%, из которых 13% идет на здравоохранение).

Таблица 11. Медицинские услуги финансируемые БКЭ, 2003–2004

	2003		2004		Изменение
	тыс крон	%	тыс крон	%	2004/2003
ЛЕЧЕНИЕ	3 045 916	68%	3 411 243	67%	12%
в т.ч. Стационарное лечение	1 717 606	39%	2 056 786	40%	20%
Дневные случаи лечения	68 986	2%	117 605	2%	70%
Амбулаторное лечение	1 237 694	28%	1 213 940	24%	-2%
<i>в т.ч. Стоматологическое лечение</i>	233 189	5%	240 708	5%	3%
Услуги лечения на дому	21 631	0%	22 912	0%	6%
РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ МЕД.ОБСЛУЖИВАНИЕ	46 452	1%	57 415	1%	24%
ДОЛГОСРОЧНЫЙ МЕД.УХОД	75 019	2%	95 177	2%	27%
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ	438 868	10%	507 399	10%	16%
МЕД.ТОВАРЫ, ВЫДАВАЕМЫЕ АМБУЛАТОРНЫМ БОЛЬНЫМ	704 083	16%	889 815	17%	26%
в т.ч. Рецептурные медикаменты	685 237	15%	866 680	17%	26%
Прочие мед.товары	18 847	0%	23 135	0%	23%
ПРЕВЕНТИВНЫЕ И САНИТАРНЫЕ УСЛУГИ	59 347	1%	73 960	1%	25%
АДМИНИСТРИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	86 625	2%	80 112	2%	-8%
ВСЕГО	4 456 310	100%	5 115 121	100%	15%

БКЭ не финансирует расходы на накопление капитала напрямую. Накопление капитала финансируется совместно с мед.услугой или другими словами, цена на мед.услугу содержит расходы на накопление капитала. Таким образом общие расходы БКЭ совпадают с ее текущими расходами. Нужно учитывать, что расходы бюджета БКЭ не совпадают с общими расходами, так как по методике ОРЗ не учитывает резерва БКЭ и не содержит денежные возмещения, связанные со здравоохранением (больничные).

Исходя из закона БКЭ обязана платить за стоматологическое лечение детей до 19 лет и стоматологическое неотложное лечение взрослых. Всего в 2004 году БКЭ покрыло стоматологическое лечение на сумму 173,8 миллионов крон, что составило 99% от запланированного бюджета и было на 4% больше, чем в 2003 году.

В 2004 году БКЭ заплатила за стоматологическое лечение лиц младше 19 лет 167,9 миллионов крон (стоматология, ортодонтия и предупреждение болезни зубов). За стоматологическое неотложное лечение взрослых БКЭ заплатила в 2004 году 5,9 миллионов крон (удаление зубов, вскрытие абсцесса). Эта сумма на 19% больше, чем расходы 2003 года. К тому же БКЭ выплатила денежные возмещения за стоматологическое лечение в размере 41,4 миллионов крон и возмещения за протезы – 26,3 миллионов крон.

Общая сумма компенсации за медикаменты застрахованным составила в 2004 году 863,7 миллионов крон, что в сравнении с 2003 годом на 26% или на 181 миллионов крон больше.

Рост расходов на медикаменты обусловлены следующими обстоятельствами:

- В марте и апреле 2004 года произошел значительный рост возмещения расходов на медикаменты, так как произошло повышение потребления определенных лекарств из-за боязни их пропажи из продажи при вступлении в Европейский Союз;
- С 1 августа вступили в силу изменения закона о медикаментах, которые значительно увеличили количество лиц получаемых льготы на 100% и 90% стоимости лекарства;
- Не были заключены договоры о ценах на компенсацию лекарств;
- Вступление в силу с 2005 года новой методики подсчета цен вызвала панику у населения и увеличило расходы на покупку медикаментов со льготами до 70%.

Средняя цена одного рецепта в 2004 году составила около 180 крон, тот же статистический показатель в 2003 году был равен 171 кроне. Рост средней стоимости рецепта обусловлен в основном увеличением доли 100%-компенсированных лекарств.⁵

⁵ Годовой отчет БКЭ за 2004 год
http://veeb.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded_2004/majandusaasta2004.pdf.

Таблица 12. Расходы БКЭ по типам поставщиков, 2003–2004

	2003		2004		Изменение
	тыс крон	%	тыс крон	%	2004/2003
БОЛЬНИЦЫ	2 783 059	62%	3 175 181	62%	14%
СЕСТРИНСКИЙ УХОД	5 952	0,10%	7 200	0,10%	21%
ПОСТАВЩИКИ АМБУЛАТОРНОЙ МЕД. ПОМОЩИ	815 946	18%	887 299	17%	9%
ПОСТАВЩИКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ И МЕД. ТОВАРОВ	704 083	16%	889 815	17%	26%
в т.ч. Аптеки	685 237	15%	866 680	17%	26%
РУКОВОДСТВО ПРОГРАММАМИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	59 347	1%	73 960	1%	25%
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ	86 625	2%	80 112	2%	-8%
ОСТАЛЬНОЙ МИР	1 298	0,03%	1 554	0,03%	20%
ВСЕГО	4 456 310	100%	5 115 121	100%	15%

Большую часть денег медицинского страхования израсходовали через больницы (таблица 12). Расходы на больницы выросли в сравнении с 2003 годом на 392 миллионов крон или на 14%. Также увеличились затраты на поставщиков амбулаторной мед.помощи, поставщиков сестринского ухода и поставщиков фармацевтических и мед. товаров.

1.3.2. Частный сектор

Медицинские учреждения могут предоставлять пациентам так же и платные услуги или взимать дополнительную плату к компенсациям Больничной Кассы. Доля частного сектора в 2004 году составила 24% от ОРЗ (2003 год – 23%) (диаграмма б). В сравнении с предыдущим годом расходы частного сектора на здравоохранение увеличились на 301 миллион крон или на 20%. В Эстонии частный сектор в свою очередь делится на четыре источника финансирования здравоохранения: частное страхование, некоммерческие организации, частные фирмы и частные лица (домашние хозяйства) (таблица 13).

Таблица 13. Источники финансирования здравоохранения частного сектора, 2003–2004

	2003		2004		Изменение 2004/2003
	тыс крон	%	тыс крон	%	
ЧАСТНОЕ СТРАХОВАНИЕ	-	-	5 238	0,3%	...
ЧАСТНЫЕ ЛИЦА	1 379 685	88%	1 658 949	89%	20%
НЕКОММЕРЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ	119	0,01%	3 428	0,2%	...
ЧАСТНЫЕ ФИРМЫ	182 974	12%	200 086	11%	9%
Частный сектор всего	1 562 779	100%	1 867 702	100%	20%

Рост расходов частного сектора на здравоохранение произошел из-за увеличения затрат частных лиц или домашних хозяйств. Так же выросли расходы частных фирм, хотя доля их расходов на здравоохранение и уменьшилась. Некоммерческие организации, самым значительным представителем которых в Эстонии является Красный Крест, потратили в 2004 году больше, чем в предыдущем. В 2003 году деньги некоммерческих организаций в основном пошли на профилактику инфекционных и неинфекционных заболеваний, причем большая часть пошла на неинфекционные. В 2004 году некоммерческие организации затратили на профилактику инфекционных заболеваний 335 и неинфекционных 2 395 тысяч крон. В дополнении к этому некоммерческие организации инвестировали 339 тысяч крон в школьное здравоохранение (таблица 15).

Таблица 14. Медицинские услуги финансируемые частным сектором, 2003-2004

	2003		2004		Изменение 2004/2003
	тыс крон	%	тыс крон	%	
ЛЕЧЕНИЕ	446 958	29%	480 437	26%	7%
РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ МЕД.ОБСЛУЖИВАНИЕ	76 021	5%	133 802	7%	76%
ДОЛГОСРОЧНЫЙ МЕД.УХОД	12 989	1%	22 288	1%	72%
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ	13 330	1%	16 826	1%	26%
МЕД.ТОВАРЫ, ВЫДАВАЕМЫЕ АМБУЛАТОРНЫМ БОЛЬНЫМ	994 793	64%	1 187 541	64%	19%
ПРЕВЕНТИВНЫЕ И САНИТАРНЫЕ УСЛУГИ	18 687	1%	26 808	1%	43%
ВСЕГО	1 562 779	100%	1 867 702	100%	20%

Из таблицы 14 видно, что частный сектор больше всего затратил на медицинские товары (лекарства) как в 2003, так и 2004 годах. В данном году расходы частного сектора на здравоохранение были больше чем в предыдущем. Самый большой рост произошел в части расходов на реабилитационное мед.обслуживание и долгосрочный мед.уход (соответственно 76% и 72%).

Таблица 15. Расходы частного сектора по типам поставщиков, 2003–2004

	2003		2004		Изменение 2004/2003
	тыс крон	%	тыс крон	%	
БОЛЬНИЦЫ	86 077	6%	169 035	9%	96%
СЕСТРИНСКИЙ УХОД	12 989	1%	22 288	1%	72%
ПОСТАВЩИКИ АМБУЛАТОРНОЙ МЕД. ПОМОЩИ	468 059	30%	485 711	26%	4%
ПОСТАВЩИКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ И МЕД. ТОВАРОВ	994 793	64%	1 187 540	64%	19%
в т.ч. Аптеки	919 219	59%	1 082 431	58%	18%
Поставщики очков	65 576	4%	78 434	4%	20%
Поставщики прочих мед.товаров	9 999	1%	26 675	1%	167%
РУКОВОДСТВО ПРОГРАММАМИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	859	0%	2 789	0%	225%
ПРОЧИЕ ПОСТАВЩИКИ (в т.ч.Школы)	-	-	339	0%	...
ВСЕГО	1 562 778	100%	1 867 702	100%	20%

Как и в предыдущем году, в 2004 году большая часть расходов частного сектора на здравоохранение пошла на услуги поставщиков амбулаторной мед. помощи и поставщиков фармацевтических и мед. товаров (в основном аптеки). В абсолютной сумме больше всего увеличились расходы на поставщиков фармацевтических и мед. товаров (193 млн. крон) и больницы (83 млн. крон).

Дальше рассмотрим все источники финансирования здравоохранения частного сектора отдельно.

Таблица 16. Расходы частного сектора по медицинским услугам и источникам финансирования, 2004

	Частное страхование		Частные лица		Некоммерческие организации		Частные фирмы		Частный сектор всего	
	тыс крон	%	тыс крон	%	тыс крон	%	тыс крон	%	тыс крон	%
Лечение	5 108	98%	475 328	29%	-	0%	1	0%	480 437	100%
Реабилитационное мед.обслуживание	15	0,30%	133 761	8%	-	0%	26	0%	133 802	100%
Долгосрочный мед.уход	2	0,04%	22 286	1%	-	0%	-	0%	22 288	...
Вспомогательные услуги	111	2%	16 715	1%	-	0%	0	0%	16 826	100%
Мед.товары, выдаваемые амбулаторным больным	2	0,04%	1 010 805	61%	-	0%	176 734	88%	1 187 541	100%
Превентивные и санитарные услуги	-	-	55	0%	3 428	100%	23 325	12%	26 808	100%
Всего	5 238	100%	1 658 949	100%	3 428	100%	200 086	100%	1 867 702	100%

1) Под **частным страхованием** подразумеваются все частные фирмы, занимающиеся страхованием кроме социального страхования или другими словами – альтернативное страхование БКЭ. Расходы частных страховых фирм содержат как отдельное медицинское страхование, так и медицинскую часть от страховки на путешествие и дорожной страховки. Расходы частного страхования не содержат премии, которые платит клиент за страховку.

В 2004 году доля расходов частного страхования составила 0,3% от всего частного сектора (таблица 13). Большого всего частные страховые компании потратили на лечение (98%) и на вспомогательные услуги, в том числе лабораторные исследования (2%).

2) В 2004 году доля расходов **домашних хозяйств** была самой большой среди всех источников частного сектора и составила 89% от всего частного сектора (2003 год – 88%) и 21% от ОРЗ (2003 год – 20%). Платежи населения увеличились в 2004 году на 279 миллионов крон или на 20% по сравнению с предыдущим годом.

Из таблицы 17 видно, что рост собственного финансирования произошел из-за увеличения расходов на медицинские товары, в том числе на рецептурные медикаменты (130 млн. крон или 25%) и на реабилитационное мед.обслуживание (58

млн. крон или 76%). В абсолютных показателях большой рост произошел в расходах на стоматологическую помощь (31 млн. крон или 9%).

Таблица 17. Собственные затраты на медицинские услуги, 2003–2004

	2003		2004		Изменение
	тыс крон	%	тыс крон	%	2004/2003
ЛЕЧЕНИЕ	446 958	32%	475 328	29%	6%
в т.ч. Стационарное лечение	10 056	1%	30 496	2%	203%
Амбулаторное лечение	436 901	32%	444 831	27%	2%
<i>в т.ч. Стоматологическое лечение</i>	354 123	26%	385 136	23%	9%
РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ МЕД.ОБСЛУЖИВАНИЕ	76 021	6%	133 761	8%	76%
ДОЛГОСРОЧНЫЙ МЕД.УХОД	12 989	1%	22 286	1%	72%
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ	11 407	1%	16 715	1%	47%
МЕД.ТОВАРЫ, ВЫДАВАЕМЫЕ АМБУЛАТОРНЫМ БОЛЬНЫМ	832 310	60%	1 010 805	61%	21%
в т.ч. Рецептурные медикаменты	528 288	38%	658 611	40%	25%
Нерецептурные медикаменты	197 060	14%	222 401	13%	13%
Очки и прочие предметы для зрения	65 556	5%	78 418	5%	20%
ПРЕВЕНТИВНЫЕ И САНИТАРНЫЕ УСЛУГИ	-	-	55	0,00%	...
ВСЕГО	1 379 685	100%	1 658 949	100%	20%

В 2004 году больше всего домашние хозяйства потратили на медицинские товары (1 011 млн. крон) и на лечение (475 млн. крон). В среднем один житель расходовал на здравоохранение в 2004 году 1 230 крон. В 2003 этот же показатель был 1 049 крон. В сравнение с другими европейскими странами вклад эстонского жителя в свое здоровье меньше, хотя здесь нужно учитывать, что по причине разных систем страхования сравнение данного индикатора осложнено. Домашние хозяйства финансировали следующие типы поставщиков:

Таблица 18. Расходы домашние хозяйств по типам поставщиков, 2003–2004

	2003		2004		Изменение
	тыс крон	%	тыс крон	%	2004/2003
БОЛЬНИЦЫ	86 077	6%	164 257	10%	91%
СЕСТРИНСКИЙ УХОД	12 989	1%	22 286	1%	72%
ПОСТАВЩИКИ АМБУЛАТОРНОЙ МЕД. ПОМОЩИ	448 308	32%	461 548	28%	3%
в т.ч. Стоматологические кабинеты	354 123	26%	385 136	23%	9%
ПОСТАВЩИКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ И МЕД. ТОВАРОВ	832 310	60%	1 010 804	61%	21%
в т.ч. Аптеки	756 754	55%	905 711	55%	20%
Поставщики очков	65 556	5%	78 418	5%	20%
Поставщики прочих мед.товаров	9 999	1%	26 675	2%	167%
РУКОВОДСТВО ПРОГРАММАМИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	-	-	55	0,00%	...
ВСЕГО	1 379 685	100%	1 658 950	100%	20%

Как уже было сказано, в 2004 году частные лица больше всего расходовали на медицинские товары. Таким образом они профинансировали больше всего поставщиков фармацевтических и мед. товаров (1011 млн. крон или 61%) и как и в предыдущем году больше всего денег прошло через аптеки.

Так же выросли расходы на лечение. Главными поставщиками лечения являются больницы, финансирование которых выросло больше всего как в абсолютном так и процентуальном отношении (78 млн. крон или 91%), а так же поставщики амбулаторной мед. помощи, чье финансирование со стороны частных лиц выросло на 13 миллионов крон или 2%. Из таблицы 18 видно, что рост финансирования поставщиков амбулаторной мед. помощи произошел из-за роста расходов на услуги предоставляемые стоматологическими кабинетами.

3) Расходы частных фирм на здравоохранение составили в 2004 году 11% от всех расходов частного сектора (таблица 13) и 26% от ОРЗ (2003 год – соответственно 12% и 2,7%). Несмотря на то, что доля расходов частных фирм от всех расходов частного сектора уменьшилась, общая сумма их расходов все же увеличилась на 17 миллионов крон или 9% в сравнении с 2003 годом.

Под расходами частных фирм подразумеваются расходы на здравоохранение, сделанные из своих доходов, в том числе обязательные медицинские исследования работникам, сделанные при посредничестве АО «*Medicover Eesti*». Частные фирмы в основном потратили деньги на нерецептурные медикаменты и превентивные и санитарные услуги, т.е. производственное здравоохранение. Расходы на нерецептурные медикаменты составили в 2004 году 177 миллионов крон, что составило 88% от всех расходов частных фирм и на производственное здравоохранение 21 миллионов крон (10,5%) (таблица 16).

1.3.3. Иностраный сектор

Доля финансирования эстонского здравоохранения из иностранных источников невелика. В 1999 году эта доля составила 3,5% от ОРЗ и к 2001 достигла почти нуля. В 2004 году финансирование иностранного сектора увеличилось и составило 35 миллионов крон или 0,5 процента от ОРЗ. В 2004 году были запланированы деньги из структурных фондов Европейского Союза на переделку инфраструктуры больниц, таким образом в скором можно ожидать рост расходов иностранного сектора на здравоохранение.

Обычно поступления от иностранных источников направлены на финансирование рабочей силы и технологий, а так же на покрытие расходов медицинских услуг. В 2004 году, так же как и в предыдущем году, из иностранных источников были покрыты расходы на превентивные и санитарные услуги, в том числе на профилактику инфекционных заболеваний (29 млн. крон или 83%) и на накопление капитала (329 тыс. крон 8,1%). В данном году прибавились так же расходы на администрацию здравоохранения (5 млн. крон или 15%). Финансирование из иностранных источников не содержит займы и кредиты.

Эстонское правительство ходатайствовало из фонда регионального развития Европы вспоможение на инвестиции, связанные с больницами и в период 2004-2006 годов Эстония должна получить около 388 миллионов крон на развитие пяти больниц.

В связи со вспышкой эпидемии ВИЧ/СПИД-а среди колющихся наркоманов, Эстония ходатайствовала финансовую поддержку у международного фонда по борьбе со ВИЧ/СПИД-ом, туберкулезом и малярией. Пособие на 10 миллионов американских долларов было передано на усиление упреждающей и образовательной работы с группами риска и молодежью, а так же на лечение ВИЧ-позитивных больных⁶.

⁶ *M.Jesse, J.Habicht, A.Aviksoo, A.Koppel, A.Irs, S.Thomson; Tervisesüsteemi muutused, Eesti; 2005, стр.54.*

1.4. Поставщики медицинских услуг

Прежде мы рассматривали источники финансирования медицинских услуг. Чтобы получить лучшую картину о медицинских услугах и их поставщиках в Эстонии в разрезе лет, рассмотрим эти категории отдельно.

Эстонская система здравоохранения до сих пор сосредоточена на больницах и услугах лечения. Больницы используют наибольшую долю ресурсов здравоохранения.

В 2004 году в Эстонии действовало 1 294 медицинских учреждений. Поставщиков медицинских услуг можно подразделить на несколько категорий. В данном анализе они разделены по видам медицинских услуг. Для определения вида услуг наиболее значимым считается оказание стационарного лечения: если учреждение оказывает стационарное лечение, то его определяют как больница, несмотря на другие медицинские услуги. Амбулаторное и лечение дневных случаев (дневная хирургия) определены соответственно по главной медицинской услуге или услуге, оказание которой составляет наибольшую долю работы поставщика. По этой дефиниции поставщики распределены на общие, специальные, стоматологические и прочие учреждения.

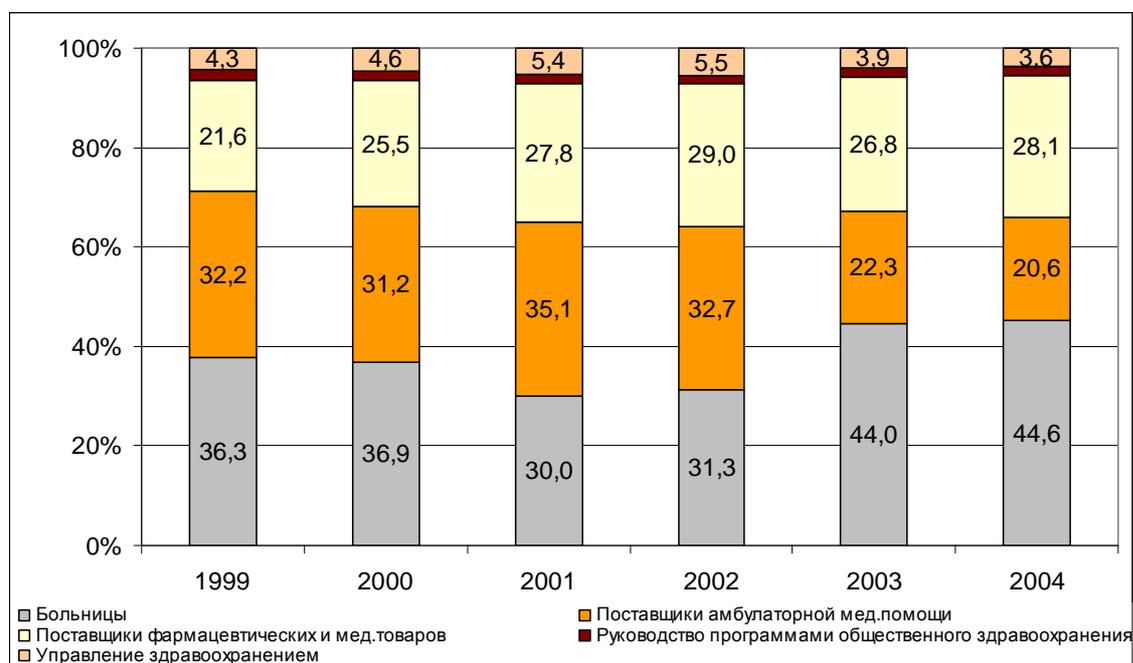
По определению, описанному выше, в конце 2004 года в Эстонии действовало 711 амбулаторных, 433 стоматологических и 61 прочих учреждений. В свою очередь из амбулаторных учреждений 479 было общими и 241 специальными, причем общие учреждения в основном были семейные врачи – 471. Прочие учреждения распределились следующим образом: 7 станций скорой помощи, 39 поставщиков реабилитационного лечения, 6 диагностических учреждений, 1 банк крови и 8 независимых поставщиков медсестринской помощи.

Количество больниц стабилизировалось уже к 2002 году и в конце 2004 года в Эстонии работало 51 больниц. В Эстонии вид больницы определен по закону «Организация медицинских услуг», по которому больница может быть региональной, центральной, общей, местной, специальной, реабилитационной или больницей по уходу. В конце

2004 года на территории Эстонии действовало 3 региональных, 4 центральных, 12 общих, 5 местных, 6 специальных, 3 реабилитационных и 18 больниц по уходу.

Количество амбулаторных учреждений росло и в 2004 году. Число поставщиков стоматологических услуг увеличилось в 2004 году, по сравнению с предыдущим годом, на 6%. Рост количества зубных учреждений вызван ликвидацией подчиненных кабинетов и созданием отдельных независимых поставщиков стоматологических услуг.

Диаграмма 11. Расходы по видам медицинских услуг, 1999–2004



Как и в предыдущие годы, крупнейшими поставщиками медицинских услуг остаются больницы, амбулаторные учреждения и поставщики фармацевтических и мед. товаров (в т.ч. аптеки) (диаграмма 11). Доля расходов на больницы за последние два года существенно возросла и доля амбулаторных учреждений уменьшилась. Также уменьшились расходы на управление здравоохранением, что вызвано уменьшением административных расходов БКЭ. Расходы на руководство программами общественного здравоохранения все шесть лет оставались почти без изменений.

Таблица 19. Поставщики медицинских услуг, 2003-2004

	2003		2004		Изменение 2004/2003
	тыс крон	%	тыс крон	%	
БОЛЬНИЦЫ	2 973 033	44%	3 449 271	45%	16%
СЕСТРИНСКИЙ УХОД	78 127	1%	94 679	1%	21%
ПОСТАВЩИКИ АМБУЛАТОРНОЙ МЕД. ПОМОЩИ	1 509 655	22%	1 590 426	21%	5%
ПОСТАВЩИКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ И МЕД. ТОВАРОВ	1 812 709	27%	2 177 126	28%	20%
РУКОВОДСТВО ПРОГРАММАМИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	119 231	2%	145 402	2%	22%
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ	264 909	4%	276 585	4%	4%
ПРОЧИЕ ПОСТАВЩИКИ	195	0%	543	0%	178%
ОСТАЛЬНОЙ МИР	1 298	0%	1 554	0%	20%
ВСЕГО	6 759 157	100%	7 735 586	100%	14%

Расходы на здравоохранение, сделанные за границей были минимальными (таблица 19). Обычно такие затраты покрывает БКЭ по предварительной договоренности, в случае нераспространенной болезни, лечение которой недоступно на территории Эстонии (примерно 20 случаев в год). Система двухсторонней договоренности изменилась при вступлении Эстонии в Европейский Союз.

1.4.1. Больницы

В 2004 году больницы составили наибольшую группу поставщиков медицинских услуг. Говоря о больницах, они остаются так же крупнейшими поставщиками услуг лечения и реабилитационных услуг (67% и 97% от текущих расходов). В 2004 году больницы оказали услуг на 3,45 миллиарда крон или 16% больше, чем в 2003 году. Расходы больниц по видам услуг показаны в таблице 20.

В основном больницы оказали услуги в виде лечения. В 2004 году больницы оказали услуги лечения на 2,8 миллиарда крон, большая часть которых пошла на лечение стационарных пациентов. В сравнении с предыдущим годом расходы больниц на амбулаторные услуги уменьшились на 12%. Зато был замечен рост лечения дневных случаев. Увеличение составило 70% или 37 миллионов крон.

Таблица 20. Расходы больниц на медицинские услуги, 2003–2004

	2003		2004		Изменение 2004/2003
	тыс крон	%	тыс крон	%	
ЛЕЧЕНИЕ	2 421 849	81%	2 767 907	80%	14%
в т.ч. Стационарное лечение	1 821 511	61%	2 192 025	64%	20%
Дневные случаи лечения	53 234	2%	90 752	3%	70%
Амбулаторное лечение	525 567	18%	462 318	13%	-12%
Услуги лечения на дому	21 536	1%	22 812	1%	6%
РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ МЕД.ОБСЛУЖИВАНИЕ	128 623	4%	189 066	5%	47%
ДОЛГОСРОЧНЫЙ МЕД.УХОД	67 998	2,50%	81 043	2,20%	19%
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ	354 563	12%	411 255	12%	16%
в т.ч. Клинические лаборатории	159 128	5%	200 302	6%	26%
Диагностическая визуализация	195 434	7%	210 953	6%	8%
ВСЕГО	2 973 033	100%	3 449 271	100%	16%

Цель каждого государства уменьшить долю стационарных пациентов за счет увеличения амбулаторного лечения. Рассматривая тренд предыдущих шести лет, можно заключить, что доля лечения стационарных пациентов заметно уменьшилась. Если в 1999 году доля расходов больниц на стационарное лечение составила 97%, то в 2004 только 64%. Несмотря на эту положительную тенденцию, в будущем стоит еще больше развивать эффективные по расходам услуги, какими являются случаи дневного лечения. Расходы на этот вид услуг в 2004 году составил всего 3% от всех затрат больниц. Долгосрочный медицинский уход был предоставлен в основном в маленьких больницах и расходы на этот вид услуги вырос за год на 13 миллионов крон или 19%, хотя доля услуги осталась прежней – 2%.

1.4.2. Поставщики амбулаторного лечения

В 2004 году амбулаторные учреждения составили третий по величине расходов вид поставщиков медицинских услуг, после больниц и поставщиков фармацевтических и мед. товаров. Всего было израсходовано через поставщиков амбулаторного лечения 1,6 миллиарда крон или на 5% больше, чем в 2003 году. Но несмотря на это доля расходов

амбулаторных учреждений за шесть лет чувствительно уменьшилась, в 1999 году – 32%, в 2001 – 35% и 2004 – только 21%.

Также претерпела изменения структура поставщиков амбулаторного лечения. Эстония является единственной страной Европейского Союза, которая полностью перешла на всеохватывающую систему семейных врачей. Эта система сегодня хорошо организована и отрегулирована. Практика и опыт показывают, что врачебная помощь первичного уровня намного эффективнее по расходам, чем больницы. Надеемся, что в будущем эстонская система здравоохранения будет способна перенаправить большую часть стационарного лечения на амбулаторное.

Сегодня поставщики амбулаторного лечения предоставляют в основном амбулаторные услуги, которые состоят в большей степени из диагностической визуализации и стоматологических услуг (таблица 21). В 2004 году расходы на услуги лечения выросли на 75 миллионов крон или 6%.

Таблица 21. Расходы поставщиков амбулаторного лечения на медицинские услуги, 2003–2004

	2003		2004		Изменение 2004/2003
	тыс крон	%	тыс крон	%	
ЛЕЧЕНИЕ	1 188 096	79%	1 263 588	79%	6%
в т.ч. Стационарное лечение	15 752	1%	26 853	2%	70%
Дневные случаи лечения	1 172 250	78%	1 236 635	78%	5%
Амбулаторное лечение	2 468	33%	589 710	37%	17%
в т.ч. Стоматологическое лечение	560 880	37%	598 526	38%	7%
Услуги лечения на дому	94	0,01%	100	0,01%	6%
РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ МЕД.ОБСЛУЖИВАНИЕ	2 919	0,20%	5 646	0,40%	93%
ДОЛГОСРОЧНЫЙ МЕД.УХОД	1 068	0,10%	6 934	0,40%	...
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ	268 814	18%	287 010	18%	7%
в т.ч. Скорая помощь	170 779	11%	178 000	11%	4%
ПРЕВЕНТИВНЫЕ И САНИТАРНЫЕ УСЛУГИ	48 758	3%	27 248	2%	-44%
ВСЕГО	1 509 655	100%	1 590 426	100%	5%

Рост расходов на амбулаторное лечение обусловлен ростом базовых и «головных» денег для семейных врачей, причем число застрахованных почти не изменилось.

Расходы на клинические лаборатории и диагностическую визуализацию выросли за счет увеличения финансирования амбулаторных услуг со стороны Больничной Кассы (87 млн. крон или 17%). Стоматологические кабинеты получили больше денег, так как домашние хозяйства больше потратили на услуги зубных врачей. (38 млн. крон или 7%).

1.4.3. Поставщики фармацевтических и медицинских товаров

В 2004 году поставщики фармацевтических и мед.товаров, такие как аптеки, продавцы очков и прочих предметов для зрения, а также продавцы аппаратов улучшения слуха продали товаров на сумму 364,4 миллионов крон или на 20% больше, чем в прошлом году. Несмотря на это доля поставщиков фармацевтических и мед.товаров осталась неизменной за последние два года.

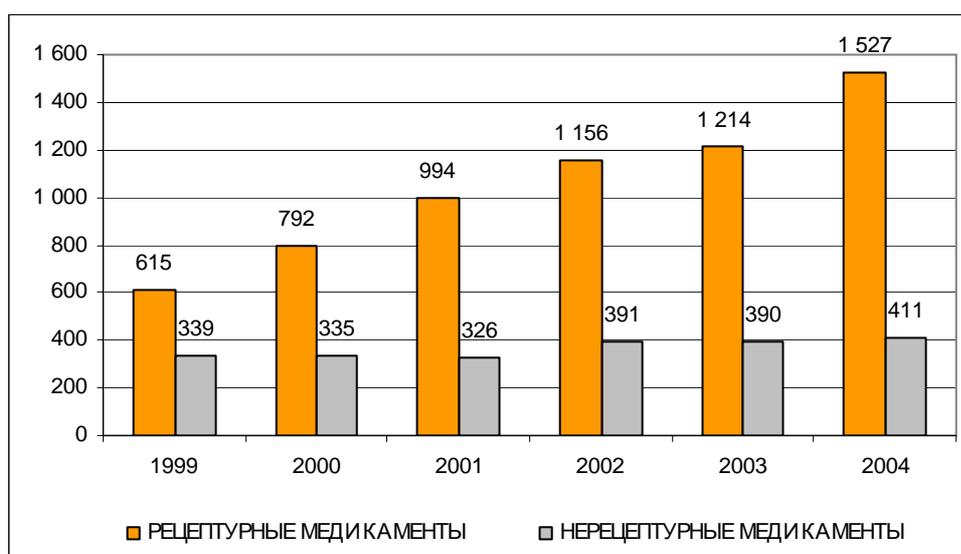
Таблица 22. Продавцы фармацевтических и мед.товаров, 2003–2004

	2003		2004		Изменение 2004/2003
	тыс крон	%	тыс крон	%	
АПТЕКИ	1 635 311	90%	1 962 758	90%	20%
ПРОДАВЦЫ ОЧКОВ И ПРОЧИХ ПРЕДМЕТОВ ДЛЯ ЗРЕНИЯ	67 908	4%	81 495	4%	20%
ПРОДАВЦЫ АППАРАТОВ УЛУЧШЕНИЯ СЛУХА	8 388	0,50%	9 211	0,40%	10%
ПРОЧИЕ ПРОДАВЦЫ	101 103	6%	123 662	6%	22%
ВСЕГО	1 812 709	100%	2 177 126	100%	20%

Доля расходов на продавцов фармацевтических и мед.товаров от всех текущих расходов на здравоохранение составила в 2004 году – 28% и в 2003 – 27%. По сравнению с предыдущем годом в 2004 году затраты выросли на все виды поставщиков фармацевтических и мед.товаров. Продажа поставщиков очков и прочих предметов для зрения увеличилась на 13,6 миллионов крон или 20% и продажа ортопедических товаров и прочих аппаратов увеличилась на 0,8 миллионов крон или 10%. Выше указанное увеличение произошло в основном за счет повышения расходов домашних хозяйств.

Обороты аптек из года в год растут. В 2004 году продажа лекарств составила 1 962,8 миллионов крон, что на 327,5 миллионов крон или на 20% больше, чем в 2003 году. Расходы на медикаменты на одного жителя в 2004 году составили примерно около 1 456 крон, что показывает постоянный и усиленный рост (2002 год – 1 154 крон и 2001 – 985 крон).

Диаграмма 12. Расходы аптек на различные виды медикаментов, 1999–2004, млн. крон



За последние шесть лет расходы увеличились как на рецептурные так и нерецептурные медикаменты. Затраты на рецептурные медикаменты выросли больше чем в два раза (1999 год – 615 млн. крон и 2004 – 1 527 млн. крон). Рост расходов на нерецептурные медикаменты был более скромным (диаграмма 12).

1.4.4. Руководство программами общественного здравоохранения

Программы общественного здравоохранения направлены на предупреждение болезней и заботу о здоровье. Предупреждение болезней- это деятельность, направленная на обнаружение предболезненного состояния и принятия мер во избежание заболевания. Причина и последствие профилактической деятельности – уменьшение расходов на

лечение конкретной проблемы. Цель заботы о здоровье – выработать у людей поведение и стиль жизни, ценящие и заботящиеся о здоровье, а также развитие общества, поддерживающего здоровый образ жизни.

Эти две группы программ состоят из следующих услуг: здоровье матери и ребенка, планирование семьи и консультирование, здравоохранение в школах, профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний и т.д., и финансируются как Больничной Кассой так и из гос.бюджета. Здесь нужно подчеркнуть, что услуги направленные на здоровье матери и ребенка, такие как слежение за беременностью и последующий контроль здоровья ребенка, являются в Эстонии общепринятыми услугами здравоохранения и обычно не нуждаются в отдельном планировании в виде программ или проектов.

В 2004 году на руководство и организацию программ общественного здравоохранения пошло 173 миллионов, что на 5 миллионов или 3% больше чем в предыдущем году. Доля поставщиков вышеуказанных услуг составила в 2004 году 2,2% и в 2003 – 2,5%.

Самыми крупными программами, финансируемые из гос.бюджета являются:

- Предупредительная программа ВИЧ/СПИД на 2002-2006 года;
- Программа здоровья детей и молодёжи до 2005 года;
- Государственная стратегия предупреждения наркомании до 2012 года;
- Государственная стратегия профилактики сердечно-сосудистых заболеваний 2005-2020;
- Государственная научно- и развивающая программа общественного здравоохранения 1999– 2009.

Больничная Касса поддерживает программы заботы о здоровье на основе проектов гражданского начинания в виде открытого конкурса.

В 2005 году, исходя из изменения закона о гос.заказах произойдет переход финансирования программ заботы о здоровье на систему гос.поставок. Ранее основанная на заявлениях о проектах гражданского начинания, система

финансирования изменится на систему центрально планируемых заказов и контроля. Руководство центрально планированной системы всегда сложнее, но она позволяет финансировать программы, которые более необходимы и эффективны и помогают привести в жизнь запланированные в стране изменения. Благодаря гос.программам, уменьшились расходы БКЭ на некоторые услуги.

В 2004 году БКЭ профинансировала программы профилактики и заботы о здоровье на сумму 73,9 миллионов крон, из которых наибольшую долю получили школьное здравоохранение (46%) и предупреждение рака груди на ранней стадии (10%)⁷.

В 2004 году самыми важными проектами, финансируемые БКЭ были:

- Школьное здравоохранение
- Проект редуکتивного здоровья молодёжи
- Предупреждение рака груди на ранней стадии
- Предродовая диагностика болезней, передаваемых по наследству
- Обнаружение остеопороза на ранней стадии
- Профилактика сердечных заболеваний
- Вакцинация против гепатита Б
- Обнаружение рака матки на ранней стадии
- Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний
- Предупреждение получения травм и отравлений в школьное и свободное время
- Предупреждение злокачественных опухолей
- Профилактика проблем ментального здоровья
- Профилактика инфекционных, в том числе передаваемых половым путем, заболеваний.

Наибольшие расходы программ общественного здравоохранения пришлись на профилактику инфекционных и неинфекционных заболеваний (таблица 23).

⁷ Годовой отчет БКЭ за 2004 год

http://veeb.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded_2004/majandusaasta2004.pdf.

Таблица 23. Руководство программами общественного здравоохранения, 2003-2004

	2003		2004		Изменение
	тыс крон	%	тыс крон	%	2004/2003
Здоровье матери и ребенка, планирование семьи и консультирование	17 173	14%	1 522	1%	-91%
Здравоохранение в школах	17 278	14%	34 657	24%	101%
Профилактика инфекционных заболеваний	52 147	44%	61 767	42%	18%
Профилактика неинфекционных заболеваний	32 828	27%	47 999	33%	46%
ВСЕГО	119 426	100%	145 945	100%	22%

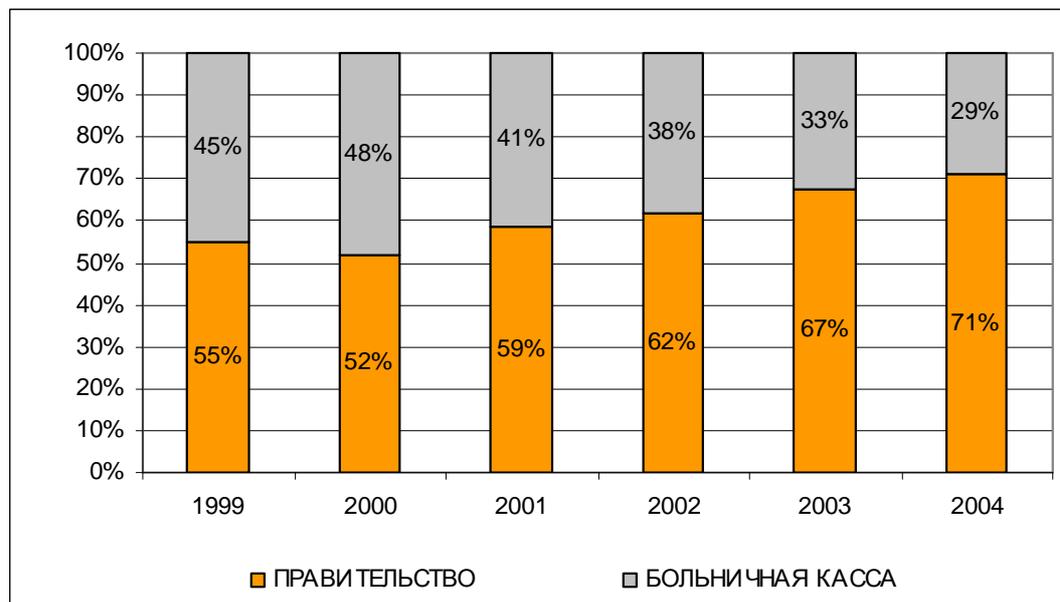
С 2001 года министерство финансов финансирует из налогов на азартные игры проекты предупреждения наркомании, алкоголизма и помощи ВИЧ-инфицированным, а также другие профилактические программы.

1.4.5. Управление здравоохранением

Расходы на управление здравоохранением в 2004 составили 276,6 миллионов крон, что на 11,7 миллионов крон или на 4% больше чем в предыдущем году. Данные расходы в основном состоят из административных расходов министерства социальных дел и его подведомственных учреждений, а также расходов на деятельность БКЭ. В данном случае рост расходов министерства социальных дел условен, т.к. в управление здравоохранением учтена только 1/3 часть всех расходов министерства⁸. Расходы на управление здравоохранением содержат также затраты на деятельность частных страховых компаний, но их расходы маргинальны и поэтому не отражены в следующей диаграмме.

⁸ Сектор здравоохранения составляет 1/3 от всех затрат министерства социальных дел, которое состоит еще из сектора труда и социального сектора.

Диаграмма 13. Распределение расходов на управление здравоохранением, 1999-2004

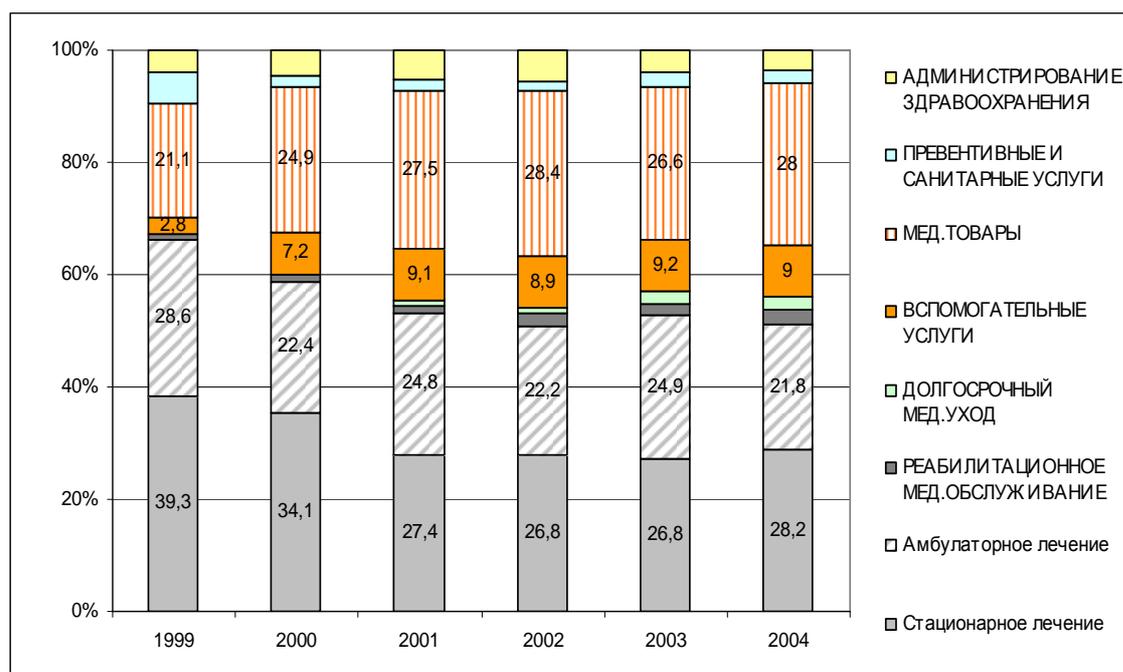


За шесть лет доля расходов правительства на управление здравоохранением увеличилась, также выросли затраты и в абсолютном значении. В 2003 году произошедший рост вызван по причине изменения методики. Начиная с 2003 года в расходы правительства также включены административные затраты подведомственных учреждений, сделанные с собственных доходов, что увеличило расходы правительства.

1.5. Медицинские услуги

Как уже было сказано ранее, эстонская система здравоохранения сосредоточена на услугах лечения, что иллюстрирует диаграмма 14. Услуги лечения, которые состоят из стационарного и амбулаторного лечения, составляют наибольшую часть расходов на здравоохранение. В сравнении с предыдущими годами доля затрат на эти услуги в общем уменьшилась (1999 год – 62,9% и 2004 – 51,8%). Ко всему прочему доля расходов на стационарное лечение в сравнении с предыдущим годом выросла, а доля расходов на амбулаторное лечение продолжает уменьшаться, достигнув в 2004 году наименьшего уровня за последние шесть лет – 21,8%.

Диаграмма 14. Доля медицинских услуг, 1999-2004



Существенное увеличение финансирования долгосрочного медицинского ухода способствует развитию этой услуги, так как поставкой этой услуги занялись больницы не входящие в программу развития больничной сети. С 2003 года в Эстонии начали работу также учреждения сестринского ухода. Рост расходов на услуги долгосрочного медицинского ухода в первую очередь вызван повышением цены за один день мед.ухода и добавлением гериатрических услуг в список мед.услуг БКЭ. За период с

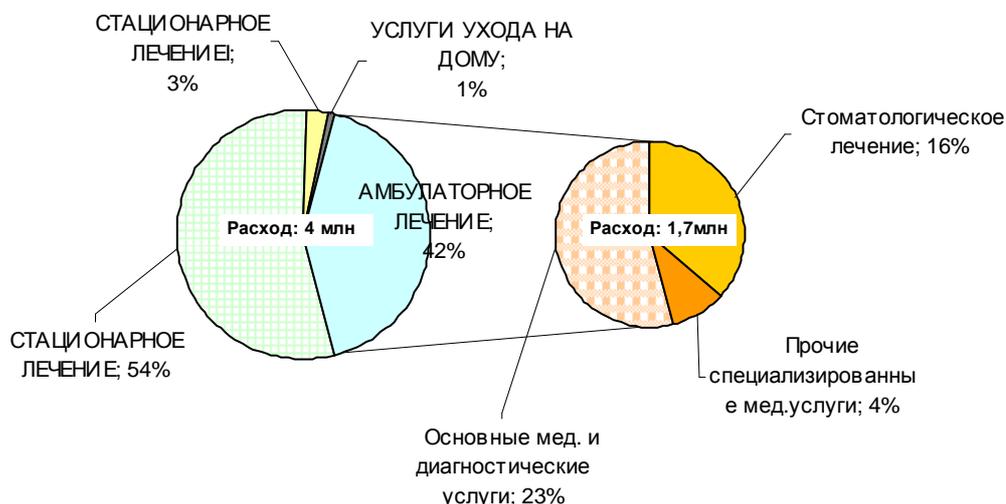
2001 до 2004 год общие расходы на услуги долгосрочного медицинского ухода выросли более чем на 47 миллионов крон, и в большей степени развились амбулаторные услуги долгосрочного мед.ухода.

Расходы на вспомогательные услуги (клинические лаборатории, скорая помощь) остались за последние четыре года практически неизменными – в среднем 9% от ОРЗ. В сравнение с предыдущим годом доля расходов на мед.товары (лекарства, вакцины, протезы, очки, мед.аппаратура) увеличилась и доля превентивных и санитарных услуг осталась такой же.

В 2004 году доля расходов на накопление капитала составила всего 0,6%. Расходы уменьшились, так как большая часть затрат на накопление капитала теперь входит в цену мед.услуги и ее невозможно посчитать отдельно.

Так как расходы на лечение составляют наибольшую часть затрат на все мед.услуги в Эстонии, то рассмотрим эти расходы еще раз.

Диаграмма 15. Расходы на лечение, 2004



Лечение состоит из услуг стационарного, дневного стационарного, амбулаторного лечения и услуг ухода на дому. В 2004 году расходы на стационарное лечение составили наибольшую долю от всех расходов на лечение (54%) (диаграмма 15).

Амбулаторное лечение, которое в свою очередь распределяется на основные медицинские и диагностические услуги (23% от расходов на лечение) и стоматологическое лечение (16%), составляет вторую по величине группу и 42% от всех затрат на лечение.

Если учитывать, что в конце 2004 года в Эстонии проживало 1,348 миллионов людей, то расходы на лечение на одного жителя составили в среднем 2 993 крон, что на 320 крон больше, чем в 2003 году (таблица 24).

Таблица 24. Расходы на медицинские услуги на одного жителя, 2003-2004

	2003		2004		Изменение
	тыс крон	%	тыс крон	%	2004/2003
ЛЕЧЕНИЕ	2 673	53%	2 993	52%	12%
Стационарное лечение	1 349	27%	1 628	28%	21%
Дневное стационарное лечение	51	1%	87	2%	71%
Амбулаторное лечение	1 257	25%	1 261	22%	0%
<i>Основные мед. и диагностические услуги</i>	582	12%	678	12%	16%
<i>Стоматологическое лечение</i>	435	9%	465	8%	7%
<i>Прочие специализированные мед.услуги</i>	204	4%	118	2%	-42%
<i>Прочее амбулаторное лечение</i>	35	1%	0,04	0%	-100%
Услуги ухода на дому	16	0%	17	0%	6%
РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ	97	2%	144	3%	48%
ДОЛГОСРОЧНЫЙ МЕДСЕСТРИНСКИЙ УХОД	109	2%	136	2%	24%
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ	461	9%	518	9%	12%
МЕДИЦИНСКИЕ ТОВАРЫ	1 342	27%	1 616	28%	20%
ПРЕВЕНТИВНЫЕ И САНИТАРНЫЕ УСЛУГИ	124	2%	129	2%	3%
АДМИНИСТРИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СТРАХОВАНИЕ	196	4%	205	4%	5%
НАКОПЛЕНИЕ КАПИТАЛА	39	1%	35	1%	-11%
ВСЕГО	5 042	100%	5 776	100%	15%

Таким образом, в 2004 году в здоровье одного жителя Эстонии инвестировали 5 776 крон. Как и в предыдущем году больше всего пошло на стационарное лечение (1 628 крон) и на медицинские товары (1 616 крон).

1.6. Заключение

В 2004 году номинальный рост ОРЗ составил 14,2% и реальный – 2%. За этот период номинальный рост ВВП составил 11,1% и реальный – 7,8%. Это означает, что в области здравоохранения произошел эффект цен и цены на медицинские услуги и товары выросли быстрее, чем в прочих экономических сферах в среднем.

Причиной роста цен в здравоохранение в основном является рост заработных плат медицинских работников.

Разрыв, появившейся в связи с повышением цен на медицинские услуги и товары, покрыли за счет частного сектора, расходы которого на здравоохранение выросли в 2004 году больше всего (19,5%).

В заключение можно сказать:

1. В 2004 году ОРЗ выросли в основном по причине роста цен в здравоохранении;
2. ОРЗ рост произошел за счет роста расходов частного сектора;
3. В будущем нужно будет объединить ОРЗ и данные по заболеваемости, чтобы можно было оценить эффективность системы здравоохранения, а так же чтобы было основание принимать важные стратегические решения.

2. МЕЖДУНАРОДНОЕ СРАВНЕНИЕ

В сравнение взяты страны – члены Европейского Совета, которые по рекомендации *Eurostat* для вычисления НСЗ используют международную методику ОЭСР. За сравнительный период взяты годы с 1998 до 2002. Более свежие данные, к сожалению, еще не опубликованы. Факт, что страны понимают данную методику каждый по своему, и термин ОРЗ может иметь разное значение, отягощает сравнение. Поэтому при сравнении надо быть осторожным с выводами! Так же важно отметить, что до сих пор не была исследована связь между общими расходами здравоохранения страны и состоянием здоровья населения.

ОРЗ разных стран может быть сравнено как процент от ВВП. Это позволяет измерить долю медицинских услуг, товаров и накопления капитала от добавленной стоимости, произведенной в народном хозяйстве. Как уже было сказано ранее, нестабильность в отношении ОРЗ и ВВП может истолковываться ошибочно, так как она может быть вызвана отдельными изменениями в ВВП или в ОРЗ.

ОРЗ на одного жителя позволяет делать сравнения во времени как в собственной стране, так и международное сравнение в независимости от изменений ВВП или численности населения.

Средний ОРЗ процент от ВВП Европейского Союза составил в 1998 году 8,2%, в 2000 – 8,3% и в 2002 – 8,7%. Отношение ОРЗ и ВВП в Эстонии за данный период было намного меньше, соответственно 5,6%, 5,5% и 5,1% (таблица 25). Самый высокий ОРЗ процент от ВВП у Германии, например в 2002 году отношение составило 10,9%. Так же все эти годы ОРЗ на одного жителя в Германии было пять раз выше, чем в Эстонии. В 2002 году Германия затратила на одного своего жителя 2 817 и Эстония – 604 международных \$ (таблица 25). При данном анализе важно не делать сразу выводы и решать, мало или много тратит Эстония на здравоохранение. Для этого вместе с расходами важно рассмотреть и другие индикаторы здравоохранения.

Таблица 25. Международное сравнение отношений ОРЗ и ВВП и ОРЗ на одного жителя, 1998–2002⁹

Страны	1998		2000		2002	
	ОРЗ % от ВВП	ОРЗ на одного жителя	ОРЗ % от ВВП	ОРЗ на одного жителя	ОРЗ % от ВВП	ОРЗ на одного жителя
	%	Международных \$	%	Международных \$	%	Международных \$
Австрия	7,7	1 953	7,7	2 147	7,7	2 220
Бельгия	8,6	2 041	8,8	2 288	9,1	2 515
Великобритания	6,9	1 607	7,3	1 839	7,7	2 160
Венгрия	7,3	775	7,1	847	7,8	1 078
Германия	10,6	2 470	10,6	2 640	10,9	2 817
Голландия	7,9	1 955	7,9	2 112	8,8	2 564
Греция	9,4	1 428	9,7	1 617	9,5	1 814
Дания	8,4	2 141	8,4	2 353	8,8	2 583
Ирландия	6,2	1 487	6,4	1 775	7,3	2 367
Исландия	8,6	2 252	9,2	2 561	9,9	2 802
Испания	7,5	1 371	7,5	1 493	7,6	1 640
Италия	7,7	1 800	8,1	2 001	8,5	2 166
Кипр	6,1	715	6,3	712	7	883
Латвия	5,8	381	5,6	423	5,1	477
Литва	6,2	451	6,5	507	5,9	549
Люксембург	5,9	2 326	5,5	2 680	6,2	3 066
Мальта	8,4	760	8,8	804	9,6	962
Польша	6	563	5,7	584	6,1	657
Финляндия	6,9	1 607	6,7	1 698	7,3	1 943
Франция	9,3	2 231	9,3	2 416	9,7	2 736
Хорватия	7,9	575	9	689	7,3	630
Чехия	6,6	916	6,6	977	7	1 118
Швеция	8,3	1 960	8,4	2 241	9,2	2 512
Эстония	5,6	494	5,5	548	5,1	604
Среднее ЕС	8,2	1 741	8,3	1 910	8,7	2 129
Среднее ЕС до мая 2004	8,6	1 937	8,7	2 127	8	2 361
Среднее ЕС после мая 2004	6,2	645	6	688	6,4	800

Факторы, которые способствуют росту отношения ОРЗ и ВВП, это во-первых – инфляция (как общая, так и инфляция в области здравоохранения), во-вторых – изменение уровня полученных услуг и товаров, что вызвано или ростом населения или более интенсивным потреблением услуг и товаров.

К сожалению ДСЭ начал вычислять инфляцию в области здравоохранения только с 2003 года. Поэтому пока невозможно привести сравнение реального роста ОРЗ в

⁹ Источник данных: *European health for all database (HFA-DB); World Health Organization Regional Office for Europe*; июнь 2005

Эстонии, но можно рассмотреть другие страны (таблица 26). В 2004 году реальный рост ОРЗ в Эстонии составил 2%.

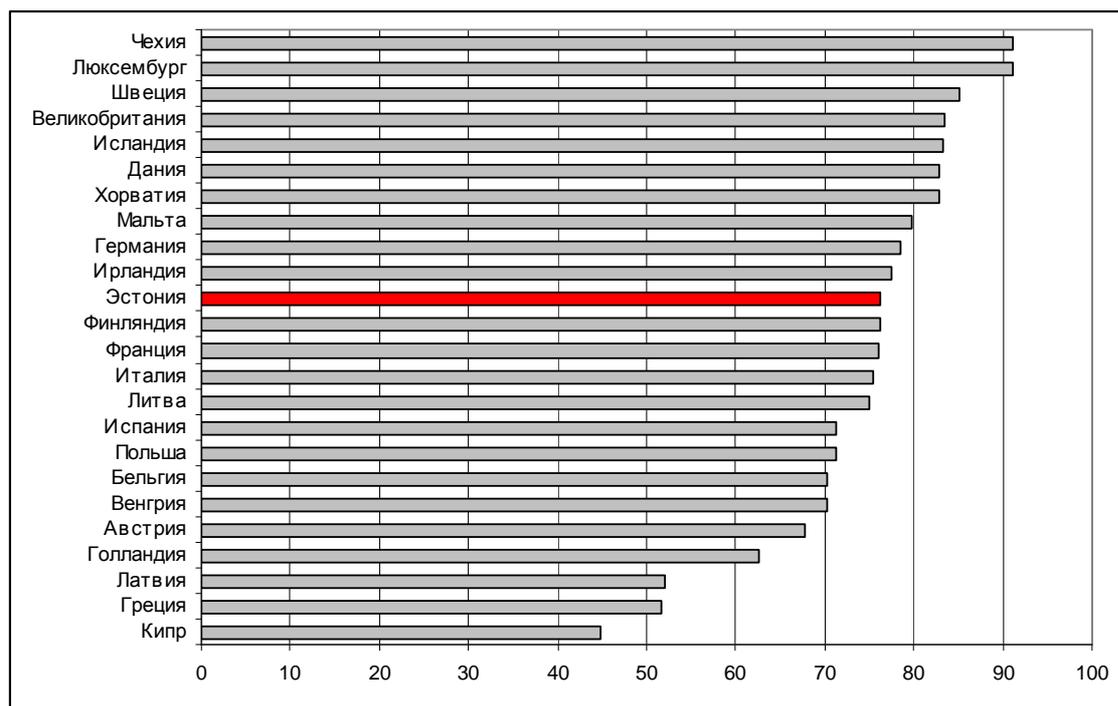
Таблица 26. Реальный рост ОРЗ, 1999–2003¹⁰

Страны	1999/2000	2000/01	2001/02	2002/03
Австрия	1,8	-1	1,1	1,4
Бельгия	4,6	1,9	3,8	6
Великобритания	5,1	6,9	4,1	...
Венгрия	2,3	7,5	9,4	11,4
Германия	2,4	2,3	1,4	0,9
Голландия	1,7	5,4	7,1	4,5
Греция	7,2	6,4	-0,9	6
Дания	0,7	4,4	3,1	1,9
Ирландия	9,8	13,3	11,2	2,6
Исландия	2,9	1,5	6	8,3
Испания	2,7	2,9	1,2	2,3
Италия	7,6	3,8	2,1	-0,3
Люксембург	5,2	8,3	11,1	-1,8
Польша	1,4	7,4	10,8	2,3
Финляндия	1,4	4,7	5,9	5,3
Франция	3,7	3	3,2	4,6
Чехия	3,8	7,1	6,3	9,1
Швеция	4,2	5,1	6,4	2,7

Так же при международном сравнении интересно рассмотреть, сколько государственный сектор расходует в сравнении с частным. В 2004 году государственный сектор в Эстонии затратил 75,5% от ОРЗ, что превышает средние показатели в ЕС (73,9%) (диаграмма 16). За последние пять лет доля расходов эстонского государственного сектора уменьшилась на 1,3 процента, несмотря на то, что среднее в ЕС осталось практически на том же уровне.

¹⁰ Источник данных: *OECD Health Data 2004*

Диаграмма 16. Доля государственного сектора от ОРЗ, 2002¹¹



¹¹ Источник данных: *European health for all database (HFA-DB); World Health Organization Regional Office for Europe*; июнь 2005

3. ТЕХНИЧЕСКИЕ ЗАМЕТКИ

3.1. Введение

В Эстонии НСЗ вычисляют, используя международную методику ОЭСР. Анализ и таблицы публикуются ежегодно на интернетовской страничке министерства социальных дел. Обязанность развивать НСЗ в Эстонии лежит на отделе Медицинской Информации и Анализа (ОМИА). Начиная с 2002 года, ОМИА собирает и публикует НСЗ данные так, чтобы их можно было предоставлять и международным организациям: *Eurostat*, ОЭСР и ВОЗ.

Впервые НСЗ были сделаны на базе 1998 года, использовав методику Гарвардского Университета. Но так как эта методика отличалась от той, что используют в Европе, то в 1999 году Эстония перешла на методику ОЭСР. По этой методике НСЗ рассчитывают с помощью двухдвумерных матриц, где расходы на здравоохранение показываются в следующих сечениях:

- Текущие расходы на здравоохранение по услугам и поставщикам услуг;
- Текущие расходы на здравоохранение по поставщикам услуг и источникам финансирования;
- Текущие и общие расходы на здравоохранение по услугам и источникам финансирования.

Вычисления ОРЗ основываются на Международной Классификации Счетов Здравоохранения (МЛСЗ ¹²), частями которой являются:

- Классификация для функций здравоохранения (ICHA-FC);
- Классификация для поставщиков мед.услуг (ICHA-PS);
- Классификация для источников финансирования (ICHA-FI).

¹² ICHA – *International Classification for Health Accounts*

3.2. Определение ОРЗ

Выражение «расходы на здравоохранение» показывает, что речь идет о медицинских услугах и товарах, а так же об услугах связанных с здравоохранением и о накоплении капитала.

По методике ОЭСР расходами на здравоохранение измеряется конечное потребление резидентами страны медицинских услуг и товаров, к которым прибавляется накопление капитала со стороны поставщиков мед.услуг. Другими словами, расходами на здравоохранение измеряются экономические ресурсы, которые расходуются на медицинские услуги и товары. Данная сумма содержит в дополнение к расходам на лечение затраты на превентивные услуги и администрирование здравоохранения, а так же расходы на накопление капитала, но не содержит возмещений по болезни или образование мед.персонала.

При классификации ОРЗ используется следующее распределение (в данном распределении важно отличать *текущие расходы*, которые не содержат затраты на накопление капитала и *общие расходы* на здравоохранение, которые затраты на накопление капитала содержат).

Код МЛСЗ:

НС.1 – НС.5 **Персональные расходы на здравоохранение**

НС.6 Превентивные и санитарные услуги

НС.7 Администрирование здравоохранения

НС.1 – НС.7 **Текущие расходы на здравоохранение**

НС.R.1 Накопление капитала

ТНЕ **Общие расходы на здравоохранение**

НС.R Услуги связанные со здравоохранением

По данной схеме производится подсчет ОРЗ в соответствии с медицинскими услугами НС.1 – НС.4 (мед.услуги направленные непосредственно на пациента), к которым добавляется функция НС.5 (мед.товары, выдаваемые амбулаторным больным).

Функции НС.1 – НС.5 характеризуют персональные расходы на здравоохранение. Если к ним добавить НС.6 (превентивные и санитарные услуги) и НС.7 (администрирование здравоохранения) получим *текущие расходы на здравоохранение*. При добавлении к последнему расходов на накопление капитала или инвестиции (НС.R.1), получим *общие расходы на здравоохранение*.

Отдельным блоком приводятся *функции связанные со здравоохранением* (НС.R), расходы на которые по методике ОЭСР не входят в ОРЗ (например, возмещения по болезни). ОРЗ так же не содержит:

- Расходы, цель которых связана со здоровьем, но которые произведены вне сектора здравоохранения (например: образование мед.персонала, производство экологически чистого топлива);
- Действия направленные на сохранение и улучшение здоровья (спорт);
- Расходы, которые являются результатом основного действия, не связанного со здравоохранением (посадка деревьев).

В дополнение к этому нужно учитывать, что некоторые категории общих расходов здравоохранения известны лучше, чем другие. Например, расходы на программы общественного здравоохранения в данном анализе занижены (недооценены). Вид показателя понятен только тогда, когда он различается статистически. Например, большая часть поставщиков, которые занимаются консультациями, классифицированы как поставщики медицинских услуг, а не как поставщики превентивных услуг.

Заработные платы учтены в цену мед.услуги.

3.3. Источники данных

Источниками общих расходов на здравоохранение в Эстонии за 2004 были:

1. Больничная Касса Эстонии – данные о возмещении расходов государственного страхования здоровья.
2. Министерство Финансов – годовой отчет о выполнении бюджета муниципальными управлениями.
3. Данные о расходах на здравоохранение от следующих министерств: Министерство Образования, Министерство Юстиций, Министерство Обороны, Министерство Защиты Среды, Министерство Культуры, Министерства экономики и коммуникаций, Министерство Сельского Хозяйства, Министерство Финансов, Министерство Внутренних Дел, Министерство Иностранных Дел.
4. Департамент статистики Эстонии:
 - a. Расходы домашних домохозяйств получены из исследования бюджета домохозяйств,
 - b. Отчет «Реабилитационное мед.обслуживание» - основа для расходов на реабилитационное мед.обслуживание.
5. Данные от частных страховых компаний.
6. Данные об обороте оптовых аптек и аптек в больницах получены от Департамента Лекарств.
7. Инспекция по защите здоровья предоставила данные, связанные с мониторингом качества продуктов питания, питьевой воды и гигиены окружающей среды.
8. Частные фирмы «*Medicover Eesti AS*», «*Töö ja Tervis OÜ*» и «*OÜ Pärnu Töötervishoiuteenistus*» предоставили данные о расходах на обязательные медицинские обследования работников.
9. Казино – пожертвования и расходы на здравоохранение.
10. База данных государственной кассы:
 - a. Отчет о выполнении бюджета по министерствам;
 - b. Расходы на здравоохранение сделанные из резервного фонда правительства республики.
11. «*Riigi Kinnisvara AS*» – данные о расходах на строительство Больницы Пярну.
12. Отделы министерства социальных дел:

- a. Отдел финансов и управления имуществом – уточненные данные о покрытии расходов на лечение незастрахованных лиц, проекты с иностранным финансированием, данные о займах, расходах скорой помощи и данные о финансировании проектов из налогов с азартных игр, собираемых министерством финансов;
- b. Отдел здоровья населения – проекты и программы профилактики и превентивных услуг;
- c. Отдел информации и анализа социальной политики – отчеты социальных институций.