

Реорганизация эстонской системы здравоохранения проходила в несколько этапов и привела к существенному улучшению медицинского обслуживания населения. Несмотря на то, что в стране остаётся ещё немало проблем, данный опыт организации здравоохранения считается очень успешным и может быть полезен другим странам. Эстонская Республика с населением 1,3 млн человек является одной из самых маленьких европейских стран. После выхода Эстонии из состава СССР в 1991 году в стране был проведён ряд реформ, в том числе и в сфере здравоохранения. Начальную правовую базу реформ заложили закон о медицинском страховании 1991 года и закон об организации оказания медицинских услуг 1994 года. После их принятия в стране появились многочисленные фонды медицинского страхования, которые служили посредниками между поставщиками и потребителями медицинских услуг. Такая децентрализация себя не оправдала, и в 2000-е годы в здравоохранении начался второй этап реформ, на котором некоторые организационные функции снова были централизованы. В 2000 году Эстонский фонд медицинского страхования (ЭФМС) получил статус самоуправляемой публично-правовой организации, в 2001 году был принят новый закон об организации оказания медицинских услуг, а в 2002 году – о медицинском страховании. Кроме этого, в 2001 году был принят Обязательственно-правовой закон, который установил новые правовые отношения между поставщиками медицинских услуг и пациентами: впервые эти отношения стали определяться как юридически законное соглашение, по которому ответственность несут обе стороны.

В 2000-е годы был принят закон о лекарственных средствах и приняты национальные программы по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа, рака, туберкулёза и сердечно-сосудистых заболеваний. В 2008 году в стране начала действовать общенациональная система электронного здравоохранения, а в 2012 году была проведена централизация учреждений первичной медицинской помощи. В настоящее время всеми вопросами здравоохранения на государственном уровне занимается Министерство социального обеспечения. В Эстонии функционирует эффективная система социального медицинского страхования, которая охватывает 95% жителей страны.

Деятельность всех поставщиков медицинских услуг регулируется частным правом: несмотря на то, что многие учреждения здравоохранения остаются в муниципальной или государственной собственности, государственные органы выполняют только контролирующие функции. По закону вся медицинская помощь подразделяется на 4 вида: первичная (оказывается семейными врачами), специализированная, неотложная помощь и уход за больными. В большинстве случаев владельцами эстонских больниц являются центральные или местные органы государственной власти, а большинство амбулаторных учреждений находится в частной собственности. Все семейные врачи являются индивидуальными предпринимателями или работают по найму в частных медицинских учреждениях.

Для получения специализированной медицинской помощи или консультации узкого специалиста нужно направление семейного врача. Если пациент обращается за вторичной медицинской помощью без направления, ему придётся оплачивать эти услуги из собственных средств (исключение составляет обращение к дерматологу, гинекологу, психиатру, стоматологу и пульмонологу (при туберкулёзе), а в случае травмы – к любому врачу). Неотложная стоматологическая помощь оказывается бесплатно только

застрахованным пациентам.

В настоящее время пациенты могут получать медицинские услуги в рамках социального медицинского страхования в любом учреждении здравоохранения и у любого специалиста, у которого есть контракт в ЭФМС.

На нужды здравоохранения Эстония тратит 5,9% ВВП – это меньше, чем в среднем по Евросоюзу. Подушевые расходы на здравоохранение составляют около \$1190, что тоже меньше, чем в других европейских странах. Основным источником финансирования является ЭФМС – его доля в общих расходах на оплату медицинских услуг составляет 68,6%. Из государственного бюджета на здравоохранение выделяется 9,3% и еще 1,4% – из муниципальных бюджетов, а 19,3% средств поступает непосредственно от пациентов в виде соплатежей или оплаты частных медицинских услуг. Добровольное медицинское страхование большим спросом не пользуется – на его долю приходится всего 0,3% всего бюджета здравоохранения.

Система социального медицинского страхования функционирует в Эстонии с 1991 года. В 2001 году на смену одному центральному и 17 региональным фондам медицинского страхования пришёл единый Эстонский фонд медицинского страхования, который является независимым государственным юридическим лицом и активным покупателем медицинских услуг. В обязанности ЭФМС входят заключение договоров с поставщиками медицинских услуг, оплата медицинских услуг и льготных лекарств и выплата пособий по больничным листам, по беременности и родам.

Лица, застрахованные в ЭФМС, делятся на 4 категории: те, которые сами платят налоги на медицинское страхование (они составляют 46% от всех застрахованных лиц), за которых эти налоги платит государство (5% застрахованных), имеющие право на бесплатное медицинское страхование (49% застрахованных) и застрахованные на основании международных соглашений (таких незначительное количество).

94% финансирования ЭФМС составляют взносы, уплаченные населением в виде целевого налога с заработной платы. Остальные 6% бюджета ЭФМС составляют взносы, которые государство уплачивает за некоторых лиц: зарегистрированных безработных (не более 9 месяцев), родителей, которые находятся в отпуске по уходу за ребёнком в возрасте до 3 лет, и за людей, которые ухаживают за инвалидами.

Социальное медицинское страхование охватывает также и другие группы граждан: детей, студентов, пенсионеров по возрасту и по инвалидности, но взносы за них никто не платит – ни государство, ни они сами. Неработающие граждане должны заплатить за своё медицинское страхование самостоятельно в размере 13% от средней годовой зарплаты по стране за предыдущий год (стоимость полиса в этом случае составляет около €103 в месяц).

Кого бесплатно лечат за границей?

Перечень медицинских услуг, которые оказываются в рамках социального медицинского страхования, очень широкий: в него не входят только косметическая хирургия, услуги окулиста по подбору очков, нетрадиционные методы лечения и стоматология. Но взрослым пациентам стоимость услуг стоматолога частично возмещается.

Оплаты по больничному листу составляют 70% от заработной платы, если болен сам работник, и 80%, если больничный лист выписывается родителю по уходу за ребёнком в возрасте до 12 лет. Оплачиваемый отпуск по рождению ребёнка составляет 140 дней.

Соплатежи застрахованного населения

Медицинские услуги, которые выходят за рамки медицинского страхования, пациенты

оплачивают из собственных средств. Кроме этого, существуют соплатежи за некоторые услуги, оказываемые в рамках медицинского страхования. За визит на дом семейного врача и консультацию профильного специалиста придётся заплатить (по закону не более €5), за лечение в стационаре нужно доплатить из расчета €2,50 в день (но не более чем за 10 дней). Но дети до 2 лет и беременные женщины от таких доплат освобождаются.

При стационарном лечении существуют следующие соплатежи: за аборт без медицинских показаний – 30%, за реабилитацию – 20%, за использование медицинских приспособлений – 10%, за ЭКО – от 0 до 30%. Оформление справок (для водительских удостоверений и т. п.) производится только на платной основе.

Соплатежи за рецептурные лекарственные препараты составляют €3,19 за каждый рецепт, а реимбурсация составляет 50% стоимости ЛС. Соплатежи пациентов с хроническими заболеваниями составляют €1,27 за рецепт, а реимбурсация – 75% или 100% (в зависимости от заболевания). При лечении хронических заболеваний у некоторых групп пациентов (детей от 4 до 16 лет, людей старше 63 лет и пенсионеров по возрасту или по инвалидности) реимбурсация составляет 90% или 100%. Детям до 4 лет стоимость рецептурных лекарств реимбурсируется на 100%. Если пациент за год тратит на лекарства не более €384, то ему полагается реимбурсация в размере 50%, если его расходы составили от €384 до €640 – то в размере 75% и 0% при расходах свыше €1300.

Слуги и медуслуги. Почему наши чиновники лечатся за рубежом?

Население Эстонии высоко оценивает качество медицинской помощи: согласно социологическим опросам, более половины жителей страны считают его хорошим, а пятая часть населения – очень хорошим. Это говорит о том, что в целом доступность и качество медицинской помощи в Эстонии находится на высоком уровне.

Цифры и факты

В 2013 году ожидаемая продолжительность жизни в Эстонии составила 77 лет 71 год — для мужчин и 81 год для женщин

В Эстонии на каждые 100 тыс. жителей приходится в среднем 323 врача и 640 медсестёр

Жители Эстонии обращаются к врачам за медицинской помощью в среднем 7,1 раза в год

aif.ru