

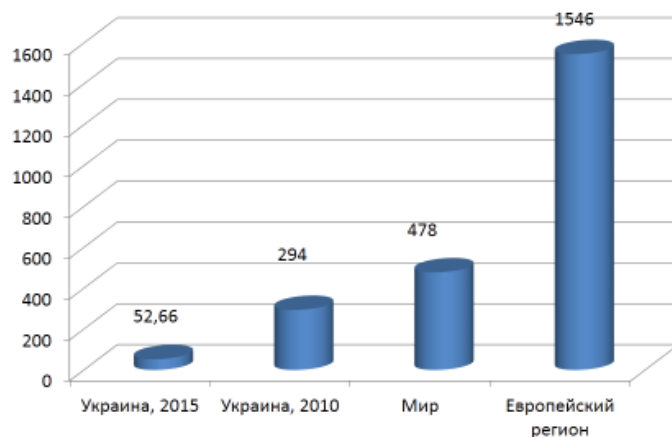
## Дополнительная информация о бюджете охраны здоровья.

\*\*\*

В 2016 г. на финансирование здравоохранения в Луганской области планируется выделить из государственного бюджета медицинскую субвенцию в размере более 800 млн. грн.. Половина этих средств будет использована на обеспечение деятельности областных больниц и диспансеров, реализацию ряда целевых программ (например, обеспечение медицинскими препаратами инсулино зависимых граждан или лечение онкологических заболеваний у ликвидаторов Чернобыльской аварии).

Остальные средства будут распределены среди городов и районов Луганской области. В расчете на одного жителя региона размер субвенции составит около 1000 грн. в год.

### Затраты на охрану здоровья в расчете на одного жителя (долл.)



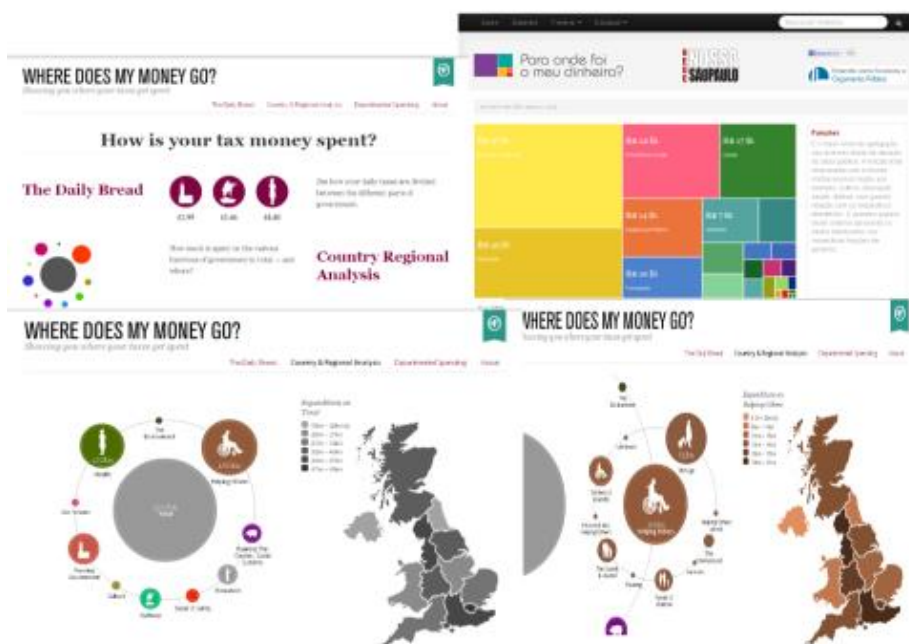
\*\*\*

В Украине «индекс прозрачности бюджета», который рассчитывается международными экспертами один раз в два года, в отношении участия общественности в бюджетных процессах составляет только 23 балла (из 100).



В частности, Украина одна из немногих стран, где не используется «гражданский бюджет», т.е. сайты в интернете, на которых размещалась бы бюджетная информация в удобном и понятном для рядового гражданина виде.

Вот, например, каким образом представлена информация на странице «Куда пошли мои деньги?» в Бразилии:



\*\*\*

В 2016 г. на национальном уровне будет профинансировано 28 бюджетных программ, направленных на охрану здоровья.

Самые крупные бюджетные программы, на финансирование каждой из которых предусмотрено более 800 млн. грн:

- высокоспециализированная медицинская помощь на базе общенациональных медицинских центров (ОХМАДЕТ и пр.)
- лечение заболеваний с использованием новых медицинских технологий на базе научно-исследовательских институтов и высших учебных заведений
- подготовка и повышение квалификации медицинского персонала в высших учебных заведениях (медицинских университетах и пр.)

На организацию санаторно-курортного лечения планируется потратить более 400 млн. грн., на оплату лечения зарубежом граждан Украины – более 200 млн. грн..

\*\*\*

В тоже время, по оценкам Министерства охраны здоровья финансирование большинства программ необходимо увеличить, как минимум в 1,5 раза. Существующие объемы бюджетной поддержки не позволяют выполнить требования принятых в Украине законодательных актов, особенно об оплате и охране труда медицинских работников.

Так, заработная плата медицинских работников самая низкая в Украине (после работников рыбного и сельского хозяйства). По данным Института стратегических исследований пациенты самостоятельно оплачивают стоимость медикаментов:

- при стационарном лечении - 80%
- при амбулаторном лечении – 95%

Затраты на охрану труда на одного медицинского работника составляют 62 грн. в год (для сравнения – в промышленности эти затраты – около 600 грн.)

\*\*\*

Согласно стратегии «Украина 2020», принятой в январе 2015 г. одной из главных целей государственной политики в сфере охраны здоровья является создание **системы, ориентированной на пациента.**

Министерство здравоохранения считает неприемлемой ситуацию, когда бюджетное финансирование осуществляется по принципу «содержания медицинского учреждения», а не в качестве оплаты за медицинские услуги.

В 2015 г. Министерство здравоохранения передало в Верховную раду проекты законодательных актов, которые предусматривали:

- реорганизацию медицинских учреждений в некоммерческие предприятия
- бюджетное финансирование медицинских учреждений не по смете, а на основании договоров о медицинском обслуживании населения

С 2007 г. в нескольких областях Украины при поддержке Евросоюза были реализованы пилотные проекты с целью апробации данных предложений.

В то же время, для реального внедрения системы, ориентированной на пациента, необходимо решить целый ряд вопросов:

- освобождение медицинских учреждений от уплаты налога на прибыль
- возможность использование ранее полученных лицензий
- гарантированные объемы бюджетного финансирования и пр.

Более того, развитые страны перешли на глобальное бюджетирование после глубокого анализа потребности населения в различных видах стационарной помощи и стоимости этой помощи, что стало возможным в результате ранее применяемой оплаты услуг стационара по гонорарному принципу. Например, в США было проанализировано 400 тыс. «историй болезни» и сейчас используется около 600 клиничко – диагностических групп, для которых используются различные тарифы.

В противном случае, существует большая вероятность того, система будет работать формально и под «вывеской» бюджета, ориентированного на пациента будет законсервирована прежняя неэффективная модель бюджетного финансирования.

\*\*\*

Примером формального подхода может служить переход Украины на программно-целевой метода в бюджетном процессе.

Например, при составлении бюджетного запросам Министерства здравоохранения Украины на 2016 г. использовалось 74 результативных количественных показатели, по которым должна проводиться оценка эффективности выполнения бюджета.

Но, насколько нам известно такую оценку никто не проводит, в т.ч. при утверждении отчетов об использовании бюджетных средств.