

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет суспільних наук

Кафедра державного управління

Магістерська робота

на тему:

«Впровадження платних медичних послуг у комунальних медичних підприємствах (на прикладі послуги хірургії катаракти)»

Виконала: студентка II курсу
напряму підготовки (спеціальності)

281 «Публічне управління та
адміністрування

Ябчанка Олена

Науковий керівник:

к.е.н., доц. Матвеев Євген

Консультанти:

Фуртак Іван

Ябчанка Олександр

Львів – 2022 рік

ЗМІСТ

Перелік умовних позначень.....	4
Вступ.....	5
Розділ 1. Науково-методичні основи надання платних послуг у комунальних медичних підприємствах.....	9
1.1. Факоемульсифікація як медична послуга.....	9
1.2. Нормативно-правові основи надання послуги хірургії катаракти в Україні.....	16
1.3. Досвід інших країн в наданні хірургічних послуг пацієнтам з діагнозом катаракта.....	22
Висновки за розділом 1.....	37
Розділ 2. Аналіз наявних в Україні практик надання хірургічних послуг з приводу катаракти.....	39
2.1. Послуга «хірургія катаракти» в межах державного та комунального сектору.....	39
2.2. Оплата послуги «хірургія катаракти» НСЗУ.....	42
2.3. Хірургія катаракти в межах приватного сектору.....	59
Висновки за розділом 2.....	64
Розділ 3. Варіанти вирішення проблеми доступу пацієнтів до медичної послуги «хірургія катаракти» в Україні.....	65
3.1. Проект внесення платної послуги «хірургія катаракти» до списку платних послуг в комунальному закладі охорони здоров'я.....	65
3.2. Фінансові аспекти запровадження платної послуги «хірургія катаракти» в комунальному закладі охорони здоров'я.....	71

3.3. Варіанти надання безоплатно базової послуги «хірургія катаракти з імплантацією штучного кришталіка».....	79
Висновки за розділом 3.....	83
Висновки.....	85
Список використаних джерел.....	89

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

НСЗУ – Національна Служба Здоров'я України

ОЗ – Охорона здоров'я

ЗОЗ – Заклад охорони здоров'я

ІОЛ – Інтраокулярна лінза

ВСТУП

Актуальність теми. Після перемоги Революції Гідності, в Україні відкрилось вікно можливостей для впровадження змін, яких гостро потребувала країна та її громадяни. Різні галузі піддалися кардинальному реформуванню, серед них медична. З жовтня 2017 року в країні офіційно розпочалась реформа системи охорони здоров'я. За мету було поставлено змінити принцип фінансування медичної галузі. Таким чином, заклади, де надають більше послуг, повинні отримувати більше грошей, а заклади, які не виконують поставлених завдань із надання якісної медичної допомоги громадянам, фінансувались би меншою мірою. Перший етап реформи ОЗ пройшов успішно. На первинній ланці принцип справедливого фінансування спрацював і надалі успішно працює. Наступним кроком стала реалізація реформи на вторинній і третинній ланках медицини. На цьому етапі галузь зіткнулась із гострими проблемами недофінансування. У зв'язку із браком коштів в системі і багаторічними практиками саморегулювання, станом на зараз ми маємо все ще великий відсоток неформальних платежів в медичній галузі. Цей показник в Україні все ще є найвищим серед країн Європи. Є декілька шляхів, як може бути вирішене це питання. Найпростішим виглядає шлях достатнього фінансування галузі з жорстким контролем розподілу коштів одночасно. Цей шлях наскільки простий, настільки ж і малоімовірний. Залишається варіант залучення коштів, яких бракує, із зовнішніх джерел. Шляхів залучення є декілька, для даної роботи ми обрали один із них, а саме впровадження платних послуг в комунальних закладах ОЗ на прикладі послуги «хірургія катаракти».

Розгляду окремих особливостей надання медичних послуг або окремих їх різновидів присвячені роботи низки вітчизняних вчених, зокрема такими дослідженнями займалися С.В. Антонов, С.Б. Булеца, В.Д. Волков, А.А. Герц, Р.Ю. Гревцова, К.В. Кравченко, Н.В. Козлова, Р.А. Майданик, І.П. Майстр, А.В. Меленко, Т.Я. Оверко, О.В. Смотров, С.Г. Стеценко, А.А. Телестакова, А.В. Тихомиров, М.П. Шешуков, О.Ю. Юрковська, О.В. Чехун та ін. Серед закордонних авторів варто виділити Т. Міхамбетова, А. Донабедіанова, К.Глісона, А. Лінденбратена та ін. , які вивчали тему «медичної допомоги» зі специфічною, не завжди актуальною зараз, прив'язкою до терміну «медична послуга». Зазвичай закордонні автори розглядали питання надання медичної допомоги, або послуги, спираючись на локальне законодавство, зокрема Гіжеський В.К., Головченко В.В., Ковальський В.С розглядають медичну послугу як технологічний процес, що виходить за межі медичної допомоги та надається на платній основі по проханню фізичної особи.

Натомість недостатньо розкритими залишилися питання запровадження платних медичних послуг саме в комунальних медичних підприємствах з урахуванням особливостей та обмежень, які накладає їх форма власності, що й обумовило постановку мети за завдань дослідження.

Мета і завдання дослідження. Метою роботи є розробка варіантів впровадження платних медичних послуг у комунальних медичних підприємствах (на прикладі послуги хірургії катаракти).

Досягнення зазначеної мети обумовило необхідність постановки і вирішення таких завдань:

- вивчити та проаналізувати клінічне підґрунтя надання послуги «хірургія катаракти» у вигляді медичної процедури «факоемульсифікація»;

- вивчити та проаналізувати нормативно-правове підґрунтя для впровадження платних медичних послуг в межах комунального сектору ОЗ;
- опрацювати практики надання послуги «хірургія катаракти» у трьох країнах: Грузії, Великобританії та Польщі;
- здійснити аналіз наявних в Україні практик надання послуги «хірургія катаракти»;
- провести аналіз стейкхолдерів з метою пошуку найкращого рішення для усіх зацікавлених сторін;
- запропонувати проєкт внесення послуги «хірургія катаракти» в типовому комунальному ЗОЗ;
- визначити та прописати механізм надання послуги «хірургія катаракти» безоплатно в межах комунального ЗОЗ тим пацієнтам, які не мають можливості здійснити оплату.

Об’єкт дослідження – надання платних медичних послуг у комунальних медичних підприємствах.

Предмет дослідження – передумови впровадження платних медичних послуг у комунальних медичних підприємствах (на прикладі послуги хірургії катаракти).

Методи дослідження. В ході написання роботи використані наступні загальнонаукові методи досліджень: порівняння, абстрагування, аналіз, синтез, аналогія, узагальнення. Окрім цього проведено аналізу стейкхолдерів, як специфічного методу аналізу, актуального в даному випадку.

Структура магістерської роботи.

Робота містить три розділи з трьома підрозділами у кожному.

Розділ 1 розкриває науково-правові аспекти надання платних медичних послуг в Україні. В даному розділі також наведено підстави для виконання послуги «хірургія катаракти» саме шляхом факоемульсифікації. Також описано досвід трьох країн, Польщі, Грузії та Великобританії у данні послуги «хірургія катаракти».

Розділ 2 присвячено особливостям надання послуги «хірургія катаракти» в Україні. Проаналізовано практики надання даної послуги в межах комунальних та приватних установ, а також підходи до оплати даної послуги з боку НСЗУ.

У розділі 3 представлено варіанти внесення послуги «хірургія катаракти» до переліку платних в межах комунального ЗОЗ. В даному розділі ми наводимо фінансові аспекти впровадження згаданої послуги та розглядаємо можливість надання послуги на безоплатній основі потребуючим пацієнтам.

Загальна кількість основного тексту магістерської роботи складає 85 ст.

В ході роботи наведено 2 рисунки.

Кількість використаних джерел 41.

РОЗДІЛ 1

НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ НАДАННЯ ПЛАТНИХ ПОСЛУГ У КОМУНАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ

1.1. Факоемультсифікація як медична послуга

Старіння – неминучий процес кожного живого організму, що супроводжується зміною внутрішніх органів і погіршенням їх функцій. З боку зорового аналізатора найбільш поширене захворювання, яке розвивається після 40 років, – катаракта ока. Саме ця патологія становить третю частину всіх порушень зору. За даними ВООЗ кількість людей, які втратили зір внаслідок катаракти, у світі в 2025 році може збільшитись до 40 млн. Американська Асоціація офтальмологів прогнозує, що до 2050 року кількість пацієнтів з катарактою зросте до 50ти млн осіб тільки в США.¹ За статистичними даними, в середньому у світовій популяції, на катаракту страждає більше 70 % населення у віці старше 72 років та біля 20 % у віці 40 - 60 років. Катаракта посідає перше місце в Україні за поширеністю серед захворювань очей та придаткового апарату. Це обумовлює те, що сьогодні катаракта розглядається не лише як одна з актуальних офтальмологічних проблем, але і як важлива медико-соціальна проблема. В Україні питома вага катаракти серед причин інвалідності по зору зростає з 6 до 16%.²

Катаракта може розвиватися в результаті старіння або вторинних та спадкових факторів, травм, запалень, метаболічних порушень або порушень живлення та опромінення. До факторів ризику, на які неможливо вплинути, відноситься вік, жіноча стать та спадковість. Вікова катаракта виявляється

¹ CATARACT AND ANTERIOR SEGMENT PREFERRED PRACTICE PATTERN® DEVELOPMENT
PROCESS AND PARTICIPANTS

² <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ25523>

найчастіше. На ряд ризиків можна вплинути повністю або обмежено. До таких відноситься підвищений артеріальний тиск, надмірна вага, куріння та цукровий діабет другого типу. Характерним для патології також є те, що можливості відновлення функції природнього кришталика не існує. Тобто катаракта, як хвороба, не має навіть теоретичної можливості регресу. Вона постійно прогресує з віком та посиленням дії факторів ризику.

Є три найбільш поширені типи катаракти - це ядерна, кортикальна і задньокапсулярна.

Патологія часто починається з периферії (країв) кришталика, поступово прогресуючи до центру і на перших етапах вона протікає майже безсимптомно. Пацієнти дуже індивідуально реагують на захворювання на цьому етапі. Частина не помічає змін, але більшість спостерігає у себе такі симптоми: знижується гострота зору, прогресивно погіршується зір – особливо в сутінках і нічний час, виникає світлочутливість та спотворюється сприйняття кольорів, можливі труднощі з підбором оптики та інше. Не часто пацієнти відчують біль чи іншого роду фізичний дискомфорт при катаракті. Такі симптоми можливі коли виникає ряд супутніх патологій ока. Весь процес розвитку може зайняти від 5 до 15 років.

Варто згадати про соціальний вплив цієї патології. Пацієнти з катарактою втрачають зір поступово і тому не завжди вчасно змінюють звичний спосіб життя. До прикладу водіння автомобіля стає більше небезпечним для водія з катарактою. Ряд країн, наприклад Великобританія, зобов'язують пацієнтів повідомляти про наявність цього діагнозу. У випадку, якщо особа не зробила вчасно таке повідомлення і потрапила в ДТП, її можуть притягнути до відповідальності за таку недбалість³. Пацієнти, навіть

³ <https://www.gov.uk/eye-conditions-and-driving>

з ранніми проявами катаракти, отримують вищий ризик травм внаслідок падінь. Проблемою є те, що оцінити втрату зору на цих етапах хвороби дуже складно. Часто вона пов'язана з важко-обчислюваними показниками на кшталт контрастної чутливості, сприйняттям кольорів та яскравістю зображення. Простіше кажучи, зір пацієнта зберігається, часто на подібному до звичного рівні, але якість зору значно знижується. Як наслідок, людина не розуміє очевидної потреби корегувати зір і стикається з проблемами, наведеними вище. Коли ж ми говоримо про такі ризики, як потрапляння в ДТП, ми розуміємо, що постраждати поряд із пацієнтом можуть сторонні люди. Ще одним соціальним чинником є втрата працездатності (тимчасова або постійна). В той самий час, пацієнт, якому проведено операцію з приводу катаракти, втрачає працездатність в середньому на три тижні після втручання. Часто період відновлення триває навіть менше часу і залежить від обраного типу процедури. Наступним, не надто очевидним наслідком катаракти, є те, що особа з цим діагнозом частіше потребує сторонньої допомоги. З розвитком та погіршенням стану пацієнт стає все більш залежним від оточуючих, а вони, в свою чергу, повинні докладати більших зусиль для забезпечення нормальної життєдіяльності свого підопічного. Переважно складнощі виникають у близьких родичів людини з катарактою. Це впливає на професійну діяльність цих людей, навіть на розвиток в кар'єрі, якщо підопічному родичу тривалий час не надають необхідної медичної допомоги. Ситуація виглядає ще більш критичною, коли в пацієнта з катарактою немає близьких людей, які можуть підтримати в забезпеченні щоденних функцій. В такому випадку навантаження лягає на соціальну службу. На цьому рівні труднощі посилюються тим, що обмеженість функцій в пацієнта з катарактою є не настільки вираженою, як, до прикладу, в людини з інвалідністю першої

групи. Тому знайти опіку для такого пацієнта є ще складніше, враховуючи обмежені ресурси соціальної служби допомоги в Україні.

Прогноз пацієнта з катарактою є тим позитивнішим, чим швидше встановлено діагноз та проведено належне лікування.

Сьогодні не існує жодних медикаментозних засобів, які б мали клінічно доведений стійкий ефект профілактики чи лікування катаракти. На ранніх етапах пацієнти допомагають собі виключно механічними методами, на кшталт окулярної корекції зору чи покращення освітлення в момент читання та виконання інших функцій, які потребують високої чіткості зору.⁴

Єдиним шляхом лікування є оперативне втручання, яке полягає у видаленні природного помутнілого кришталика і заміни його на прозорий "штучний кришталик" - інтраокулярну лінзу (ІОЛ). Варто зазначити, що боротьба з патологією сягає ще сивої давнини. Одним з перших описаних методів є процедура реклінації. Вона полягає в тому, що за допомогою гострого предмету (переважно голки) зрілий природній кришталик цілеспрямовано вилучають із зорової осі. Простіше кажучи, його механічно втискають в задній сегмент ока. Цей спосіб лікування все ще використовують в ряді країн, що розвиваються. Метод дуже травматичний та веде за собою ряд ускладнень.

З плином часом людство прогресувало та розвивалось. Краще освоївши анатомію тіла та набувши більш гуманних рис, лікарі в середині 18 століття освоїли новий метод хірургії катаракти, а саме екстракапсулярне видалення. Цей метод передбачав видалення усього кришталика з ока пацієнта. На початку хірург виконував процедуру великим пальцем руки. З часом палець було замінено на специфічні щипці. Ще через декілька століть, у 1957 році

⁴ <https://www.nhs.uk/conditions/cataracts/>

було вперше використано хімічну сполуку для розчинення анатомічних волокон ока, які утримують кришталік на місці. Тобто процедура стала дещо менш травматичною. Та все ж проблема із порушенням анатомічної структури ока не зникла. Тому наступним кроком було винайдення процедури з можливістю збереження капсули кришталіка. На це пішло ще декілька років. Після освоєння цього етапу, хірурги перейшли до наступного, надважливого, заміни природнього кришталіка на штучний. Вагомим недоліком було те, що процедуру можна виконати тільки у випадку, коли кришталік пацієнта набув практично твердого стану. Тобто підготовка могла тривати роками. За цей час людина майже повністю втрачала функціональний зір і стикалась із з проблемами описаними вище. Обмеженням також є те, що процедуру можна здійснити лише шляхом широкого розрізу, близько 10мм, що неодмінно впливало на післяопераційні показники зору. До слова, метод екстракапсулярної екстракції катаракти все ще досить активно використовується в країнах, що розвиваються. В Україні також є ряд клінік, де можна отримати допомогу з проведу катаракти, надану методом екстракапсулярної екстракції. З кожним роком таких установ стає дедалі менше.⁵

Сьогодні найбільш прогнозованим і безпечним методом видалення катаракти є факоемульсифікація з імплантацією гнучких ІОЛ. Вперше використаний у 1967 році Чарльзом Кельманом, метод факоемульсифікації залишається все ще найбезпечнішим та найефективнішим. Принцип факоемульсифікації полягає у подрібненні непрозорого кришталіка за допомогою ультразвуку. Етапи, в які здійснюється процедура, не суттєво змінювались протягом останніх десятиліть. Прогрес у технічних рішеннях

⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6139750/>

допоміг зменшити тривалість процедури до декількох хвилин. Поява місцевих анестетиків, у вигляді очних крапель, дозволила зробити операцію майже безболісною. Але найважливіший і найбільший стрибок галузь офтальмології здійснила в частині розробки та виробництва штучних кришталіків.

Перший штучний кришталік було імплантовано ще у 1949 році британським офтальмологом Гарольдом Рідлі. До цього пацієнт, після операції з приводу катаракти, залишався без кришталіка. Для того аби зір пацієнта забезпечував йому хоча би якусь якість життя, доводилось користуватись високодіоптрійними окулярами. Перші інтраокулярні лінзи виготовляли з поліметил метакрилату, більш відомого як акрил. Ці лінзи часто змінювали свою позицію в оці, що призводило до різного роду ускладнень. Важливим фактором ускладнень було й те, що на початку штучні кришталіки імплантували не у капсульний мішок, що призводило власне до цих зміщень та пошкоджень певних структур ока. Перші ІОЛ для імплантації у капсульний мішок з'явилися вже в сімдесятих роках 20ст. Також з цього періоду до процесу досягнення пацієнтом максимального зору долучається математика. Адже не тільки матеріал та розміщення імпланту в оці має значення, а і те, яку силу має кришталік, та які ще дефекти зору може компенсувати. Останні десятиліття розробники ІОЛ присвятили вдосконаленню технологій за допомогою гри світла та фізики.⁶

Метод факоемулсифікації з імплантацією штучного кришталіка демонструє швидкий результат для пацієнта. Більше 90% пацієнтів, яким здійснили заміну природнього кришталіка на штучний, відзначають значне покращення зорових функцій та якості життя. Це стосується пацієнтів, яким

⁶ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6139750/>

прооперовано одне око. Задоволеність результатом зростає після білатеральної процедури. Важливо, що покращення показників зору веде за собою підвищення якості життя. Мова йде не лише про комфорт при виконанні звичних щоденних функцій, а і про незалежність від сторонньої допомоги, яка в свою чергу покращує ментальний стан пацієнта.⁷ Оскільки лікування катаракти здійснюється лише хірургічним шляхом, спеціалізована допомога таким пацієнтам надається виключно у закладах охорони здоров'я, де надають спеціалізовану та високоспеціалізовану офтальмологічну медичну допомогу.

Очевидно, що хірургічне втручання з приводу катаракти, відноситься до медичних послуг. Як вже зазначено вище, здебільшого мова йде про надання цієї послуги шляхом видаленням природнього кришталика за допомогою методу факоемульсифікації та подальшою імплантацією штучної ІОЛ. Нижче ми розглянемо правове підґрунтя для надання відповідної послуги в межах медичних установ України.

1.2. Нормативно-правові основи надання послуги хірургії катаракти в Україні

Першим і основним законом, який регулює забезпечення медичною допомогою громадян України, є Конституцію України. Саме цим Основним Законом у ч. 3 ст. 49 держава- Україна гарантує своїм громадянам безкоштовну медичну допомогу у державних і комунальних закладах охорони здоров'я. «Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах

⁷ CATARACT AND ANTERIOR SEGMENT PREFERRED PRACTICE PATTERN® DEVELOPMENT PROCESS AND PARTICIPANTS

охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм та власності»⁸ Заледве новиною буде те, що ця стаття Конституції регулярно порушується надавачами послуг, а саме комунальними та державними закладами ОЗ. Але також справедливим буде зауважити, що умови фінансування не дозволяють цим надавачам діяти в рамках основного Закону. Ми розглянемо нижче ці умови.

В Україні надання медичної допомоги пацієнтам з діагнозом «катаракта» регламентується уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги від 28.01.2016 року. Згідно цього документу діагноз катаракта встановлюється на основі комплексної оцінки офтальмостатусу із взяттям до уваги факторів ризику, а саме: вік, стать, спадковість, наявність цукрового діабету, вплив ультрафіолету та радіаційного опромінення, вживання стероїдів та інші фактори ризику, що можуть вплинути на план операції або її кінцевий результат. Після етапу діагностики важливим є етап класифікації. Але не залежно від того, що стало причиною захворювання чи до якого типу відноситься катаракта в конкретного пацієнта, в клінічному протоколі чітко зазначено, що даних про ефективне медикаментозна лікування цієї патології не існує. Хірургічне видалення катаракти залишається єдиним ефективним методом лікування для відновлення і підтримки зору. Крім того, на даний час також не існує методів профілактичного лікування вродженої чи набутої катаракти.⁹ Водночас, до умовних профілактичних заходів відноситься контроль основних захворювань (до прикладу ЦД2 типу) та зменшення

⁸ Конституція України : від 28.06.1996 р. No 254к/96-ВР : станом на 1 січ. 2020 р.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр> (дата звернення: 06.06.2021).

⁹ https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_49_ukpmd_katarakta.pdf

впливу шкідливих факторів (на кшталт куріння). На первинній ланці надання медичної допомоги сімейний лікар або терапевт повинен надати відповідну інформацію пацієнтам з груп ризику, в першу чергу особам старшим за 69 років. Діагноз катаракта встановлюється лікарем офтальмологом (або дитячим офтальмологом у відповідних випадках) у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають спеціалізовану /високоспеціалізовану медичну допомогу на підставі отриманих даних щодо характерних змін та комплексної оцінки функції зору. Оскільки лікування катаракти здійснюється хірургічним шляхом спеціалізована допомога таким пацієнтам здійснюється виключно у закладах охорони здоров'я де надають спеціалізовану та високоспеціалізовану офтальмологічну медичну допомогу. Форма власності закладу в цьому випадку значення не має. Так як операція з проводу катаракти є малоінвазивною, рекомендоване її проведення у денному стаціонарі під місцевою анестезією. Пацієнтам, у яких зряче лише одне око, можливо, буде потрібно переночувати у стаціонарі, якщо місцева анестезія послаблює зір після операції, і вони не мають родича або особи, яка здійснює догляд за ними. У дітей оперативне лікування проводиться в умовах загального знеболення, що потребує обов'язкової госпіталізації до стаціонару. Як зазначено вище, факоемульсифікація визнана найкращим методом видалення катаракти, але проводяться і операції екстракапсулярного видалення катаракти. Цей метод також описано раніше в даній роботі. Офтальмолог, який оперує, відповідає за лікування пацієнта у післяопераційний період – час, протягом якого виникає більшість ускладнень та спостерігається стабілізація зорових функцій, а також несе етичні зобов'язання перед пацієнтом, які тривають у післяопераційний період до закінчення курсу відновлення.

Існує ряд обмежень та протипоказань, які лімітують проведення операції з приводу катаракти в пацієнта. Це деякі патології зорового аналізатора та ряд системних захворювань. Важливим обмеженням є відсутність достовірного прогнозу щодо післяопераційного результату. Іншими словами. Якщо навіть пацієнт не має виражених протипоказів, але стан його ока є таким, що операція з приводу катаракти не вплине на якість зору, то протокол класифікує такий випадок, як не бажаний для проведення втручання.

Після встановлення діагнозу «катаракта» та виключення усіх протипоказів та обмежень, пацієнту повинна бути надана уся інформація про варіанти оперативного втручання, обговорено типи анестезії та медикаментозного лікування в післяопераційний період. Важливим етапом є вибір штучного кришталіка, тому що від цього залежить те, який зір і рівень якості життя отримає пацієнт після операції. Якщо мова йде про дитину або дорослу людину, яка потребує опіки, всі деталі обговорюються також з батьками або опікунами. Важливим є уточнення щодо пацієнтів з єдиним зрячим оком. Тільки досвідчений хірург (який має вищу кваліфікаційну категорію та достатній практичний досвід хірургічної практики) повинен виконувати операцію з приводу катаракти у пацієнта з одним оком.

Уніфікований протокол також містить опис можливих ускладнень, які ймовірно можуть виникнути в ході операції та в післяопераційний період. Найчастішим серед них є ендoftальміт. Простішими словами, мова йде про внутрішньо-очну інфекцію і частою її причиною є недотримання належних асептичних норм.

Післяопераційний огляд рекомендований більшості пацієнтам. Обов'язковим є для дітей. Також важливими є огляди через 24-36 годин, 7-14 діб, 3-4 тижні та 6-8 тижнів після операції. Крайнім є візит через шість

місяців після операції. Якщо показники зору покращуються або залишаються стабільно прийнятними, пацієнт може залишатись в режимі стандартних профілактичних оглядів.¹⁰

Ще одним важливим документом, який регламентує надання медичної послуги в Україні є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»¹¹ Відповідно до цього Закону держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій. Програмою медичних гарантій визначаються перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України. Медичні послуги та лікарські засоби, що не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, але можуть покриватися за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію відповідних державних програм та заходів, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством. Послуги, що входять до переліку гарантованих, надаються пацієнту в державному або комунальному закладі охорони здоров'я, безкоштовно. Оплату за надану послугу заклад охорони здоров'я отримує згідно обрахованого та затвердженого тарифу. Здійснює вищезгадану оплату НСЗУ (Національна Служба Здоров'я України). Надавачам медичних послуг, які є державними та комунальними закладами охорони здоров'я, забороняється вимагати від

¹⁰ https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_49_ykpm_d_katarakta.pdf

¹¹ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

пацієнтів винагороду в будь-якій формі за медичні послуги та лікарські засоби, надані за програмою медичних гарантій. Такі дії є підставою для притягнення до відповідальності, передбаченої договором про медичне обслуговування населення, в тому числі одностороннього розірвання договору з ініціативи Уповноваженого органу. З 1 квітня 2020 року реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій здійснюється відповідно до цього Закону для всіх видів медичної допомоги, крім медичних послуг щодо забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів.

Хірургічне втручання як загальне поняття входить до гарантованого пакету послуг з першого дня впровадження на цій ланці. З 2022 року в гарантованому пакеті з'явилося формулювання «хірургія одного дня для дітей та дорослих». По факту, ми можемо вважати, що пацієнт з діагнозом «катаракта», звернувшись із скеруванням від сімейного лікаря до спеціалізованого закладу, повинен безоплатно отримати необхідну допомогу. Повертаючись до Уніфікованого Протоколу надання медичної допомоги пацієнтам з катарактою, ми знаємо, що єдиним доведено ефективним методом лікування даної патології є хірургічне втручання. Тобто теоретично пацієнту повинна бути здійснена операція в комунальному або державному закладі охорони здоров'я абсолютно безкоштовно. На практиці це працює зовсім інакше. Нижче ми розглянемо як саме.

Наступним документом, який є дотичним до теми хірургії катаракти, є Постанова Кабінету Міністрів України від №1138 від 17 вересня 1996 року «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних

зкладах»¹². Ця постанова піддавалась ряду трансформацій та уточнень. Зокрема первинно в ній мова йшла про поняття «медична допомога». Надання медичної допомоги на платній основі не узгоджувалось із Конституцією України, та було оскаржене у Конституційному Суді. У зв'язку з цією колізією впровадження платних послуг в Україні фактично було на паузі протягом десятиліть. Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 № 2002-VIII було внесено зміни до ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та визначено, поняття медичної послуги, відповідно «послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) - послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою - підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт»¹³.

Фактично зміна визначення дозволила дати реальний старт впровадженню платних послуг в Україні і усунула неузгодженість із Конституцією держави. Перші кроки в цьому напрямку ми бачимо в комунальних закладах різних громад. Але здебільшого це стосується консультативної допомоги та аналізів. Якщо ж ми говоримо про складні процедури, то практика впровадження таких послуг на платній основі в

¹² <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-p#Text>

¹³ Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19> (дата звернення: 09.06.2021)

комунальних та державних закладах ОЗ практично відсутня. Конкретно «хірургія катаракти» у вигляді платної послуги нам не вдалось знайти у жодному закладі ОЗ комунальної або державної форми власності. Тобто ця процедура залишається в площині неформальних платежів рівномірно по всій країні.

1.3. Досвід інших країн в наданні хірургічних послуг пацієнтам з діагнозом катаракта

Звертаючись для порівняння до закордонного досвіду, знаходимо ряд подібних між собою практик у країнах Західної Європи та США.

Як відомо, модель, яку було взято за зразок для реформи системи охорони здоров'я в Україні, запозичено у британців. Національна Служба Здоров'я України - це фактично аналог британської NHS. Створена ще у 1948 році система, має за мету забезпечувати широкий і рівний доступ до медичної допомоги усім резидентам країни. Фактично NHS діє окремо в чотирьох частинах Великобританії-Уельсі, Англії, Шотландії та Північній Ірландії. Принцип роботи системи є подібним, але деякі деталі відрізняються, залежно від рішень локальних урядів. До прикладу в Англії частина пацієнтів здійснюють оплату за ліки, виписані лікарем. В той самий час уряди Шотландії та Північної Ірландії бюджетують ці кошти заздалегідь і пацієнт не здійснює оплату. Але навіть за таких незначних відмінностей, принцип роботи NHS у всій Британії виглядає приблизно однаково. Кошти на заплановану кількість послуг накопичуються переважно із загальнодержавних податків. Можливе також часткове фінансування з регіональних бюджетів. Пацієнт, який потребує тої чи іншої медичної допомоги, звертається до медичного закладу і отримує цю допомоги без

додаткових(або майже без додаткових) доплат. Первинна ланка медичної допомоги здійснюється здебільшого сімейними лікарями приватної практики, які отримують оплату за пацієнта від уряду країни згідно капітаційної ставки. Фактично лікар сімейної медицини є доступом пацієнта до усєї системи NHS. Саме ці лікарі найкраще знають своїх пацієнтів. Розуміють їх потреби і повинні вчасно скеровувати пацієнта до спеціалізованого закладу охорони здоров'я. Нескладно побачити аналогію з українською моделлю. Спеціалізована допомога надається переважно в державних лікарнях, оплата діяльності яких здійснюється урядом.¹⁴

Перш ніж перейти до особливостей надання послуги з приводу катаракти у Великій Британії, варто коротко описати особливості різного роду штучних кришталіків, щоб зрозуміти від чого залежить державне регулювання процесу забезпечення пацієнта цією послугою.

Як вже зазначалось вище, ІОЛ є штучним заміником природнього кришталіка ока. В процесі хірургії з приводу катаракти природній кришталік видаляється і на його місце імплантується ІОЛ. Переважна більшість штучних кришталіків виготовляються з силікону, акрилу або інших пластикових композицій. Окрім цього кришталік може покриватися додатковими фільтрами, які захищаються структури ока від різних типів опромінення. Ці фільтри можуть також міститись в самому матеріалі, з якого виготовляють ІОЛ. Це вже перші відмінності ІОЛ, які можуть впливати на вартість. Традиційно силіконові ІОЛ є дешевшими і використовують вкрай рідко, тому що для їх імплантації хірургу необхідно зробити великий рогівковий розтин, що спричинює ряд післяопераційних ускладнень.

¹⁴ <https://www.nhs.uk>.

Найчастіше використовують саме акрилові ІОЛ, які в свою чергу діляться на гідрофобні та гідрофільні.

Технологія виробництва гідрофільних акрилових ІОЛ є простішою і виробників таких кришталіків безліч. За рахунок простоти виробничого процесу, гідрофільні ІОЛ здебільшого мають нижчу вартість. В той самий час численні дослідження свідчать про те, що в середньо та довготерміновій перспективі ці штучні кришталіки призводять до виникнення ряду небажаних ефектів. Найчастіше мова йде про кальцифікацію ІОЛ та помутніння задньої капсули кришталіка.¹⁵ У випадку помутніння задньої капсули, пацієнту доводиться проводити додаткову медичну процедуру, а саме яг-дисцизію. Ця процедура хоч і не складна, та все ж тягне за собою ряд незручностей та витрат. По перше, пацієнт повинен декілька разів звернутись в медичну установу. Вперше коли відчує погіршення зору і лікарем буде встановлено діагноз «вторинна катаракта» або «помутніння задньої капсули». Вдруге з метою власне отримати допомогу у вигляді яг-дисцизії. По друге, процедура також не є безкоштовною. За неї заплатить пацієнт, страхова компанія або уряд країни. За підрахунками масштабного ретроспективного дослідження, яке було проведено в Британії, помутніння задньої капсули виникає в 10% пацієнтів з імплантованими гідрофільними ІОЛ, та у 5% пацієнтів з імплантованими гідрофобними ІОЛ. Важливо, що це випадки, які спостерігались протягом перших трьох років після проведення операції. Тобто пацієнт ще зовсім нещодавно піддався непростому медичному втручанню, хірургії катаракти, і вже через декілька років повинен повторно звертатись за допомогою спеціалістів. Подібні дані надають також німецькі джерела. За поданою інформацією витрати на післяопераційне лікування

¹⁵ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002939421006188>

вторинної катаракти (помутніння задньої капсули) є на 75% вищими у випадку імплантації гідروفільних ІОЛ.

Говорячи про виникнення іншого небажаного ефекту, кальцифікації, пошкодження стосується не структури ока, а самої імплантованої ІОЛ. Штучний кришталік втрачає свою функціональність і хірургу доводиться замінювати його на новий. Ця процедура не лише тягне за собою численні витрати, а і є небезпечною ускладненнями.

Другим типом акрилового матеріалу є гідрофобний акрил. Виробничий процес цих ІОЛ є дещо складнішим. В самому слові «гідрофобний» ховається зміст. Цей матеріал містить меншу кількість молекул води ніж гідروفільний. Штучні кришталіки з гідрофобного акрилу асоціюються з меншою кількістю виникнення вторинних катаракт та кальцифікації ніж ІОЛ з гідروفільного матеріалу. В той самий час, з мінімальною кількістю молекул води в матеріалі пав'язують таке специфічне явище як глістенін ІОЛ¹⁶. Це явище, при якому всередині ІОЛ утворюються невеликі бульбашки повітря. Переважно вони залишаються непомітними для самого пацієнта, але добре візуалізуються для оточуючих. Часто про це явище говорять як про косметичний недолік, але ряд пацієнтів скаржаться на його присутність, тому цей ефект стає обмеженням при виборі ІОЛ для імплантації.

Отже ми виділили дві основні групи ІОЛ за типом матеріалу, з якого виготовлений імплантат. Традиційно гідروفільні ІОЛ є дешевшими за гідрофобні і тому операції з імплантацією цих кришталіків є дешевшими. Але більшу відмінність у вартості ми спостерігаємо тоді, коли мова йде про структурну будову штучного кришталіка. Ми вже згадували вище, що ІОЛ бувають монофокальні та мультифокальні. Є ще підтип кришталіків, які

¹⁶ <https://crstodayeurope.com/articles/2016-jan/does-iol-material-matter/>

компенсують рогівковий астигматизм у пацієнтів. Ці лінзи називаються Торичними.

Після імплантації монофокальної ІОЛ пацієнту переважно доводиться використовувати корекційні окуляри для виконання функцій на ближній і проміжній відстанях. Це спричинено тим, що на поверхні ІОЛ немає жодних структур і усе світло, яке проходить через кришталік, збирається в одну фокусну точку. Цей аспект повинен бути обговорений з пацієнтом в процесі планування операції. Адже пацієнт повинен розуміти, що після оперативного втручання йому все ще, з високою ймовірністю, будуть необхідні окуляри. У зв'язку з досить простою технологією проектування і виготовлення монофокальні ІОЛ є порівняно недорогими. Вартість цих кришталіків коливається в межах від 1200 до 3000 грн. Відповідно весь операційний пакет буде коштувати дешевше за такий, який містить більш технологічно складну ІОЛ. Точніші цифри ми побачимо нижче.

Пацієнт, якому імплантовано мультифокальну ІОЛ отримує реальний шанс позбутись потреби в корегувальних окулярах після операції. Такі штучні кришталіки переважно мають певного роду насічки та структури на оптичній поверхні. Завдяки цим технологічним рішенням світло, яке проходить через ІОЛ, розподіляється і, залежно від поставленої розробниками мети, утворює декілька фокусних точок. Цей розподіл потенційно забезпечує пацієнту зір на близьку, проміжну і дальню відстань. Є варіанти, коли мова йде тільки про дві відстані. Не можна ігнорувати і недоліки такої гри зі світловими потоками. Так, для мультифокальних кришталіків притаманним є виникнення різного роду світлових феноменів. Переважно вони проявляються у вечірній час доби. Пацієнти відзначають засвіти та ореоли. Більшість пацієнтів нормально сприймають ці небажані

явища, а часом взагалі перестають їх помічати. Та є і значно більш чутливі особи, тому фіксується ряд випадків, коли ІОЛ доводиться реімплантувати з ока і на її місце ставити простий монофокальний імплант¹⁷.

Розробка та виготовлення мультифокальних ІОЛ є дорожчою за такий самий процес у випадку монофокальних лінз. Також додається фактор інноваційності, тому вартість таких імплантатів коливається в межах від 7000 до 25 000 гривень. Очевидно, що ціна операції з таким кришталиком буде вищою. В цьому ми переконуємось в наступних частинах цієї роботи.

Ще одним видом ІОЛ є Торичні кришталики. Ці імплантати допомагають пацієнту позбутися не лише катаракти, а і на завжди вирішити питання з рогівковим астигматизмом. Пацієнти з астигматизмом мають рогівку такої форми, яка є відмінною від ідеальної. Це спричинює неправильне проходження світлового променя і, як наслідок, пацієнт втрачає різкість зору. До моменту операції, пацієнти переважно корегують цю проблему за допомогою окулярів або контактних лінз. Якщо ж пацієнту з катарактою і астигматизмом імплантувати звичайну ІОЛ без функції корекції цього недоліку, потреба в окулярах або лінзах не зникне.

Такі кришталики також є технологічно складнішими за звичайні, тому їх вартість є вищою. Коливається в межах від 2000 до 5000 гривень. Важливим обмеженням і складністю в роботі з такими імплантатами є те, що персонал відділення або клініки повинен бути навчений певним навикам і мати додаткове обладнання. Хірург теж потребує додаткових знань та навичок для того аби імплантувати Торичну ІОЛ, тому очевидно, що вартість операції з таким кришталиком є вищою.

¹⁷ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30627791/>

Розібравшись у типах штучних кришталіків, тепер нам легше зрозуміти особливості регулювання послуги «хірургія катаракти» в різних країнах і ми можемо переходити до конкретики.

Повертаючись до теми пацієнтів з катарактою, то їх шлях у Великобританії починається в кабінеті сімейного лікаря. Після визначення скарг або ж за протоколом, який спирається на вік пацієнта, сімейний лікар надає скерування на консультацію до лікаря офтальмолога. У випадку встановленого діагнозу «катаракта» пацієнт має декілька варіантів вирішення проблеми. Перший варіант полягає у зверненні до спеціалізованої клініки, яка входить до системи NHS. Після звернення пацієнт потрапляє до списку очікування. Згідно із задекларованими нормами NHS, в середньому через 18 тижнів пацієнту абсолютно безкоштовно повинна бути здійснена операція з приводу катаракти. За цією схемою пацієнту імплантують монофокальну інтраокулярну лінзу. Як вже зазначено вище, цей штучний кришталік є базовим та забезпечує зір в одній фокусній точці, переважно зір в далечінь¹⁸. Нагадаємо, що здебільшого після імплантації такого кришталіка пацієнтам доводиться використовувати окуляри для виконання функцій пов'язаних із зором на близькій чи середній відстані. Ці ІОЛ є технологічно простішими, а тому дешевшими. Також розрахунок цих ІОЛ перед операцією є простішим і вимагає меншої компетенції медичного персоналу. Саме тому, послуга, яка надається з включенням цього кришталіка в операційний пакет є дешевою і NHS може забезпечити нею усіх потребуючих пацієнтів у своїй країні. В доковідний період в середньому 400 000 пацієнтів у Великобританії щороку оперувались з приводу катаракти в системі NHS.¹⁹

¹⁸ <https://www.nhs.uk>

¹⁹ <https://www.ksaha.com/>

Якщо ж пацієнт бажає імплантувати більш технологічну ІОЛ або ж не хоче очікувати на операцію декілька місяців, він може скористатись послугою приватної клініки. В такому випадку пацієнт, який звернувся до приватної установи, не отримує від уряду коштів на операцію. Тобто він сплачує за послугу повністю сам. Вартість операції в приватній установі висока. Оновлені дані за 2022 рік показують наступні цифри. Операція з імплантацією монофокального кришталика обійдеться пацієнту приблизно у **£1,995 – £3,150**. У випадку вибору пацієнтом мультифокальної ІОЛ вартість буде ще вищою, а саме £3,495-£4,100. Заплатити самостійно пацієнту доведеться також і за операцію з імплантацією Торичної ІОЛ. Хоча, здавалось би, цей кришталик імплантують у випадку, коли цього вимагає специфічна структура ока і використання неторичної лінзи є недоцільним. Але в цьому випадку спрацьовує той механізм, що пацієнт може відкоригувати рогівковий недолік іншими методами (окуляри, контактні лінзи), а тому NHS не бере на себе зобов'язань по оплаті такої послуги. Вартість операції також залежить не лише від типу кришталика, а і від локалізації медичної клініки. Частина приватних клінік, зважаючи на високу вартість послуги, пропонують пацієнтам розтермінування оплати на 10-24 місяці.²⁰

Ще одна країна, яку вирішено проаналізувати з точки зору надання послуги з приводу хірургії катаракти, є Польща. Вважаємо, що звернути увагу саме на цю країну доцільно тому, що Польща після розпаду Союзів також отримати соціалістичний спадок у вигляді системи Семашко. Така конструкція надання медичної допомоги населенню передбачала дуже широку мережу різного роду медичних установ. Мова йде про первинну, вторинну, третинну ланку, а також безліч відомчих медичних закладів.

²⁰ <https://www.lasereyesurgeryhub.co.uk/cataract-surgery/costs/>

Фінансування медичного обслуговування відбувалося виключно з державного бюджету, що не залежить від надходжень з регіонів, тобто це система єдиного замовника медичної допомоги в особі держави. В даній системі взаємодія лікарів та пацієнтів регламентована в усіх аспектах та підпорядкована принципам планово - розподільчої організації господарств.²¹ Суттєвим недоліком такої системи є те, що мережа лікарень є дуже великою, площі цих лікарень не відповідають потребам, а фінансувати усю цю структуру немає можливості. Варто згадати також про зміни в характері захворювань населення від середини двадцятого століття до початку нульових двадцять першого. Якщо ще декілька десятиліть тому пацієнти частіше потрапляли до лікарень у зв'язку з гострими станами, викликаними різного роду бактерійним та вірусним ураженням і потребували короткотривалої, але масової госпіталізації, то тепер характер захворювань набув більш хронічного типу і пацієнти значно частіше лікуються вдома під наглядом сімейного лікаря. Тобто потреба в такій широкій мережі стаціонарних відділень просто відпала з розвитком більш потужних антибіотиків та банально покращення санітарних умов життя населення. Але всі заплановані лікарні продовжували працювати і кошти до цих установ продовжували надходити тільки тому, що вони фізично існували. Лікарі в такій системі були позбавлені потреби конкурувати, а отже навчатись та підвищувати свій професійний рівень, адже їх винагорода за працю була регламентованою, так само як і взаємодія з пацієнтом. Тобто в системі Семашко лікар, який щодня на прийомі надавав допомогу двадцяти пацієнтам і лікар, який надавав допомогу одному пацієнту, отримували однакову зарплату. Така модель породила міцну практику неформальних платежів на усіх ланках надання медичної послуги.

²¹ http://www.investplan.com.ua/pdf/5_2021/20.pdf.

Лікарі, які надавали послугу більш якісно, отримували більше пацієнтів. Пацієнти, розуміючи, що зарплата лікарів не дає цим спеціалістам нормально існувати, забезпечували оплату з власної кишені. В свою чергу лікарі, для того аби мати близькі до гідних, умови праці, витрачали частину цих коштів на необхідну для роботи матеріальну базу, тому що те чим забезпечувала система найчастіше не відповідало потребам. Як наслідок держава, як єдиний власник і замовник послуг, докладала щоразу менше зусиль аби лікарні та лікарі отримували більш гідні умови, тому що виходило так, що система сама себе неформально регулювала. Нажаль ефективність цього регулювання була дуже сумнівною. З середини 60-их років 20 століття стало очевидним значне розходження у збільшенні середньої тривалості життя між країнами Європи і США, з одного боку, і країнами Варшавського договору – з іншого. Якщо в західних країнах середня тривалість життя стрімко зростала, в країнах Радянського блоку спостерігався застій, а в деяких країнах – навіть зниження цього показника, зокрема в СРСР.²² Навіть зараз, коли від розпаду відповідної коаліції, яка була об'єднана в тому числі і такими адміністративними практиками, як система охорони здоров'я, минуло декілька десятиліть, відмінності відчутні. Першою в рейтингу очікуваної тривалості життя знаходимо серед цих країн Чехію, частину колишньої Чехословаччини, яка входила до складу країн Варшавського договору. Чехія посідає 61 місце з 223 з показником у 76.81 років в середньому прогнозованого життя. За нею, на десять пунктів нижче, знаходиться Польща з середньою тривалістю життя 76,28 років. До слова Україна, яка була частиною СРСР і значно пізніше взялась за реформування системи охорони здоров'я, аніж її західні сусідки, посідає аж 150 позицію. Середня тривалість життя в Україні складає 68,25

²² <https://www.radiosvoboda.org/a/953016.html>

років, що майже на 7 років менше за наших західних сусідів.²³ Звісно, система охорони здоров'я є лише одним з факторів впливу на середню тривалість життя, але поза тим він є об'єктивним і, як ми бачимо, ефект від того яким була якість надання медичних послуг раніше, залежить стан речей сьогодні.

Нам в Україні добре знайома така модель взаємодії між учасниками системи охорони здоров'я. У Польщі відбувалося те саме і після початку інтеграції країни до Європейського економічного простору. Тому було вирішено змінювати цю малоефективну систему. Більше двадцяти років тому держава почала реалізовувати реформу системи охорони здоров'я і переходити на принцип державного медичного страхування. Зараз система охорони здоров'я Польщі підпорядкована Міністерству охорони здоров'я та Національному фонду здоров'я. Міністерство та нові, створені довкола нього установи, займаються регуляторною діяльністю. Національний фонд здоров'я розподіляє гроші між медичними установами різної форми власності. Для того аби отримувати медичну допомогу в Польщі, необхідно обов'язково мати страховку. Якщо громадянин є працевлаштованим, за нього платить роботодавець. У випадку самозайнятості страховий поліс необхідно придбати самостійно. В Польщі діють також страховки інших країн ЄС. Так чи інакше в країні застрахованими є 98% резидентів. Національний фонд здоров'я розподіляє гроші між воєводствами на основі алгоритму, що враховує чисельність та особливості населення. Гілка Фонду в кожному воєводстві підписує на конкурсній основі контракти із надавачами медичних послуг, тобто лікарями, лікарнями і клініками. Лікарі первинної ланки отримують плату за кількість пацієнтів, а вторинної ланки діагностики — за надані

²³ https://uk.wikipedia.org/wiki/Список_країн_за_очікуваною_тривалістю_життя

послуги. Тут ми також можемо бачити схожість з українською системою. Варто зауважити, що фінансування первинної ланки в Польщі постійно зростає. Адже саме вчасна діагностика на ранніх етапах більшості захворювань дає можливість досягти кращих клінічних результатів за менші витратні кошти. Водночас, систему охорони здоров'я Польщі заледве можна назвати ідеальною. Станом на 2019 рік за підрахунками експертів тільки 70% платежів в системі здійснює Національний фонд спільно з органами місцевого самоврядування. 30% витрат залишаються на плечах пацієнтів. Переважно, вони витрачають гроші на ліки та амбулаторні послуги (діагностику, консультації, реабілітацію), доплату при лікуванні та навіть неформальні платежі лікарям. Ще однією помітною проблемою є брак кадрів. Велика частина медичного персоналу виїжджає з Польщі до більш заможних країн ЄС, а населення республіки старіє, а тому потребує більшої медичної підтримки.²⁴ Тепер, коли ми приблизно уявили як працює уся система, розглянемо особливості надання послуги «хірургія катаракти» в Польщі. Кожен громадянин, який має страховий поліс може отримати допомогу у вигляді операції з приводу катаракти безоплатно. Що важливо, таке втручання за кошти Національного фонду може здійснювати як в приватному так і в державному закладі охорони здоров'я. Заклад повинен мати підписану угоду з Національним фондом здоров'я. Форма власності для підписання значення не має. А от, що є важливим, то це матеріальна база та наявність відповідного спеціаліста. Фактично в цьому випадку ми маємо аналогію із роботою системи охорони здоров'я України в розрізі первинної ланки. В катарактальний пакет входить базова монофокальна ІОЛ. Якщо ж пацієнт хоче імплантувати Торичну або мультифокальну ІОЛ, він повинен звернутись

²⁴ <https://suprun.doctor/transmacziya/yak-praczyue-sistema-oxoroni-zdorovya-polshhi.html?=&page=514>.

до приватної установи з метою отримання такої послуги. Важливо, що пацієнт не може отримати в приватній установі знижку на суму, яка запланована для базової ІОЛ. Якщо він обрав шлях імплантації більш дорогого кришталіка, усю вартість він повинен сплатити сам. Тут ми також бачимо подібність із правилами, які працюють у Великобританії. Ще одним важливим пунктом для нашого дослідження є той факт, що зарплата хірурга та іншого персоналу відділень державних клінік ніяким чином не залежить від кількості прооперованих пацієнтів. На мою думку тут можна шукати коріння все ще наявних неформальних платежів в системі охорони здоров'я Польщі. З такими ж реаліями ми зіткнемось у наступному розділі, коли аналізуватимемо принципи надання медичної послуги «хірургія катаракти» в Україні.

Третьою країною, яку ми аналізуватимемо в розрізі структури системи охорони здоров'я, буде Грузія. Грузія, як і решта країн колишнього Радянського Союзу, та країн, які перебували під політичною окупацією цієї держави, успадкувала медичну модель Семашка. Вище ми вже розглянула особливості цієї системи і переконались, що як мінімум в умовах сучасного світу, ця модель не життєздатна. На момент розпаду Радянського Союзу та в перше десятиліття незалежності, система охорони здоров'я Грузії працювала за старим зразком. Корупція і рівень неформальних платежів були непомірно високими, а якість послуг навпаки, низькою. Першою спробою реформування було введення додаткового податку, який розглядався як обов'язковий страховий внесок. Але проблемою були низькі доходи громадян і велика тіньова частина економіки, що фактично не дозволило реалізувати таку концепцію. Концепцію було змінено. Тепер три донори – держава, людина і бізнес фінансують медичні страховки, за які і здійснюється лікування

населення в країні. Держава забезпечує страховку орієнтовно 30-40% пацієнтів. Ця страховка покриває базові медичні послуги, такі як послуги сімейного лікаря, найпростіший перелік аналізів, лікування ВІЛ та ін. Окрім цього прикривається екстренна медична допомога та невідкладні операції. Базовий пакет наповнюється поступово переліком інших послуг. Все решта, що не входить в основний перелік, громадяни, не залежно від того, хто сплатив первинну страховку, покривають власним коштом. Така система посприяла виникненню великої, навіть переважаючої кількості, приватних лікарень. Важливою складовою розвитку приватної сфери в галузі медицини стало регуляторне спрощення. Тобто держава має невеликий перелік вимог до того чи іншого медичного проєкту, переважно це матеріальна база, і за умови виконання цих вимог, клініка отримує дозвіл на роботу.²⁵ Далі процес регулюється ринком і споживачами. Якщо клініка забезпечує гідний рівень послуги, вона успішна. Якщо ж ні, вона програє більш якісним конкурентам.

Перейдемо до особливостей надання послуги «хірургія катаракти» в Грузії. Базова страховка покриває операцію з імплантацією найпростішою гідрофільної ІОЛ. Вище ми розглядали типи штучних кришталіків і знаємо чому вартість цих ІОЛ нижча і які ризики отримує пацієнт разом з імплантацією такого кришталіка. Як вже було сказано, в Грузії широко поширена мережа приватних медичних установ. Коли ми говоримо про офтальмохірургію, всі клініки такого профілю є приватними. Тому базова страховка покриває операції у всіх клініках країни, які відповідають вимогам. Пацієнт має можливість доплати за кращий та надійніший штучний кришталік, якщо вважає за потрібне і має фінансову можливість. Це є

²⁵

<https://np.pl.ua/2015/07/plyusy-ta-minusy-reform-hromadskoho-zdorovya-v-hruziji-abo-yak-poltavtsi-inozemnyj-do-svid-perejmaly/>

суттєво відмінним від того, що ми раніше бачили в підходах Британської та Польської систем охорони здоров'я. Ще однією суттєвою відмінністю є те, що зарібок хірурга залежить від кількості прооперованих пацієнтів. Тобто хірург, який здійснює більше операцій і є більш професійним, отримує офіційно більш гідну винагороду за свою працю. Що варто відзначити як підсумок аналізу практики надання медичної допомоги в Грузії це те, що кількість неформальних платежів в с-мі надання медичних послуг у цій країні зведена майже до нуля. Звісно є ряд недоліків, як наприклад те, що пацієнт, в якого немає коштів, просто не зможе отримати ряд послуг, або ж отримає їх у базовому вигляді, як у випадку хірургії катаракти. Але не варто себе обманювати, що в системі де задекларовано все безкоштовно, саме так воно і є. В наступному розділі ми переконаємось, що насправді це зовсім інакше.

Висновки за розділом 1

1. Необхідність впровадження в комунальних закладах послуги «хірургії катаракти» шляхом факоемульсифікації обумовлена клінічними обґрунтуваннями, адже усі інші методи лікування даної патології не дають належного ефекту, та підважують результат для пацієнта. На користь такого виду процедури маємо висновок із Уніфікованим клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги від 28.01.2016року.
2. Аналіз нормативної бази засвідчив можливість внесення послуги «хірургії катаракти» у вигляді платної, що регламентується Законом про Державні Фінансові Гарантії та, за нашим аналізом, може підпадати під дію Постанови Кабінету Міністрів України від №1138 від 17 вересня 1996 року «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і

комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах».

3. Порівняльний аналіз досвіду Грузії, Польщі та Великобританії показав, що кожна країна виходить з індивідуальних потужностей, як фінансових так і інфраструктурних, що унеможлиблює сліпе копіювання одного із варіантів, натомість можливим є врахування плюсів та недоліків, зокрема вважаємо, що нам гостро необхідно користуватись практикою одноразового застосування усіх розхідних матеріалів, як це роблять спеціалісти Великобританії та Польщі. Вважаємо за доцільне прив'язувати оплату праці команди відділення до кількості закритих кейсів, тобто прооперованих пацієнтів, так як це відбувається у Грузії. Доцільним є залишити приватний сектор як окрему частину системи, з точки зору фінансування, за зразком Польщі та Великобританії.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ НАЯВНИХ В УКРАЇНІ ПРАКТИК НАДАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ПОСЛУГ З ПРИВОДУ КАТАРАКТИ

2.1. Послуга «хірургія катаракти» в межах державного та комунального сектору

Шлях пацієнта від першим симптомів вікової катаракти до операційної може мати декілька варіантів.

Перший полягає в тому, що лікар загальної практики (сімейний лікар або терапевт) направляє пацієнта на щорічний скринінг до офтальмолога. Це переважно стосується пацієнтів старших за 60 років, або пацієнтів молодшого віку, які скаржаться на появу симптомів описаних вище, в розділі №1. Запис на прийом відбувається шляхом виписування електронного скерування лікарем загальної практики, після чого пацієнт в реєстратурі чи за допомогою електронного інструменту, здійснює запис на зручний для нього час. Після встановлення діагнозу катаракта, пацієнт отримує направлення на консультацію до офтальмохірурга в одне зі стаціонарних відділень міста або ОТГ. Після консультації з відповідним спеціалістом і отримання підтвердження діагнозу, пацієнту призначають дату проведення операції. В день операції пацієнт приходить в медичну установу, де заплановано процедуру. Пацієнту здійснюють передопераційну підготовку та направляють в операційну. Операцію здійснює офтальмохірург за асистенції операційної медсестри та при контролі анестезіолога. Після завершення операції пацієнт, в супроводі медичної сестри, потрапляє в післяопераційну палату. Залежно від профілю пацієнта, він може йти додому в той самий день із зобов'язанням повернутися наступного дня на огляд. Історію хвороби закриває лікуючий

лікар. Надалі пацієнт спостерігається в плановому порядку в офтальмолога поліклініки. За весь свій шлях від сімейного лікаря до виписки зі стаціонару, пацієнт не повинен сплатити жодної гривні за своє лікування. З сімейним лікарем у нього є декларація, і він повинен отримати консультацію безоплатно. Електронне скерування гарантує оплату послуги спеціалізованому закладу від НЦЗУ, тобто пацієнт знову не витрачає власні кошти. Якщо НСЗУ оплачує хірургічну операцію з приводу катаракти в комунальному чи державному закладі охорони здоров'я, це означає, що заклад оснащений необхідним обладнанням, бо інакше НСЗУ не підписала би з ним договір про надання відповідної послуги. У випадку оплати послуги НСЗУ, оплата від пацієнта вже не вимагається. Так відбувається теоретично.

На практиці, в межах комунальних закладів є ряд відмінностей від цієї норми. На етапі консультації в сімейного лікаря, пацієнт справді, переважно не витрачає власних коштів, адже реформа первинної ланки медицини запрацювала ще у 2018 році і успішно працює і зараз. На цьому етапі пацієнт, лікар і держава виконують усі свої зобов'язання один перед одним. Теоретично, наступним кроком, пацієнт може отримати безоплатну консультацію в спеціалізованому закладі охорони здоров'я, якщо звернеться туди з електронним скеруванням, але тут вже можуть бути винятки. Якщо обстеження пацієнта вимагало застосування високоточного обладнання, яке не завжди купується за кошти закладу охорони здоров'я, а часто є приватною власністю лікарів відділення, то за це обстеження пацієнту доведеться сплатити з власної кишені. Навіть якщо обладнання придбане за кошти самого комунального закладу чи громади, якій він належить, обстеження може бути проведене за коштом пацієнта, тому що не входить до переліку безкоштовних і надається ЗОЗ як платна послуга. Тобто звичайний огляд з

перевіркою гостроти зору та стану структур ока, яке не потребує залучення додаткової техніки, пацієнту нададуть безоплатно. Проблема полягає в тому, що для точного встановлення діагнозу «катаракта» та супутніх патологій, звичайного огляду не достатньо. Але найбільші витрати чекають на пацієнта на етапі самої операції. Практично усі витрати пацієнт візьме на себе, не зважаючи на те, що хірургія, як явище, згідно гарантованого пакету послуг, надається пацієнту безоплатно. Нагадаю також, що з 2022 року «хірургія одного дня», а під це поняття точно потрапляє операція з приводу катаракти, також надається комунальними та державними закладами охорони здоров'я безоплатно. Проблема полягає в тому, що конкретики під поняттям «хірургія» немає. Ряд операцій в офтальмології можна здійснити мануально, без використання дороговартісного обладнання та розхідних матеріалів. Але хірургія катаракти-це вартісна процедура, яка потребує інвестицій ще до старту проєкту, та залишається дорогою і у виконанні. У зв'язку із рядом неузгоджених термінів, а основне невідповідності собівартості тарифів, за якими НСЗУ сплачує за надані ОЗО послуги, в Україні зберігається високий рівень неформальних платежів в системі охорони здоров'я.

Послуга, яку ми розглядаємо, не є винятком з правила. Неформальні платежі в системі ОЗ України є типовим явищем і притаманні численним послугам. Іншими словами їх ще називають витратами «з кишені» пацієнтів». До прикладу у 2018 році джерелом витрат «з кишені» на охорону здоров'я в Україні покривалось 49% поточних витрат, що є одним з найбільших показників у Європі. Високий рівень витрат «з кишені» пацієнтів ослаблює фінансовий захист та обмежує доступ до допомоги. У 2019 році показник поширеності катастрофічних витрат «з кишені» пацієнтів становив 16,7%, що є одним з найвищих показників у Європі. У тому ж році 10,8%

домогосподарств збідніли або продовжували бідніти через витрати «з кишені» на охорону здоров'я.²⁶ Реформа ОЗ, яка фактично стартувала у 2018 році, була покликана знайти вихід із цієї ситуації. Як ми вже розглядали вище, логіка реформи в теорії мала виконати ці завдання. Проблема виникла на етапі фінансування. Коштів в с-мі хронічно бракує. І це не просто слова. В Україні у 2019 році на витрати системи охорони здоров'я було виділено 3,2% ВВП, а в 2020 році на 3%. Для порівняння країни-члени Організації економічного співробітництва та розвитку на сферу охорони здоров'я в середньому виділяють близько 8,3% свого ВВП, а окремі з них, як от Німеччина та Франція близько 11%. Тепер цифри витрат «з кишені» видаються значно логічнішими. А вже звідки повинні братись кошти, які недоотримує система.

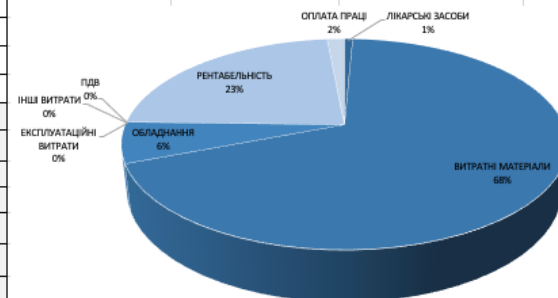
2.2. Оплата послуги «хірургія катаракти» НСЗУ

Якщо ми звернемося за роз'ясненням до НСЗУ стосовно оплати послуги «хірургія катаракти», то отримаємо приблизно такі цифри. В лютому 2022 року один з комунальних закладів Львова отримував за одну правильно оформлену послугу «операція на кришталику» 5000 грн. Враховуючи різного роду коригуючі коефіцієнти та регулювання з боку НСЗУ цей тариф може відрізнятись від місяця до місяця. Та різниця коливатиметься в межах декількох відсотків, що суттєво не вплине на ситуацію. А ситуація складається таким чином, що цей тариф ніяк покриває реальної собівартості послуги і тим більше не забезпечує можливість подальшого розвитку проекту в межах комунальної або державної установи, без залучення неформальних платежів. Ми взяли за розрахунок тарифу на послугу «хірургія катаракти»

²⁶ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341954/WHO-EURO-2021-2671-42427-58996-ukr.pdf>.

за допомогою електронного інструменту Pay&Care 3.0, створеного за підтримки USAID та UKAID. Рекомендація щодо доцільності використання саме цього інструменту є від НСЗУ та МОЗ, тому вважаємо дані отримані в р-ті розрахунку прийнятними для роботи.²⁷ Варто зазначити, що вхідні дані для розрахунку тарифу було знайдено шляхом пошуку у відкритих джерелах:

КМП Миська лікарня					
13.06.2022					
Послуга "хірургія катаракти"					до наступної послуги в цій групі
Послуга 1.1.					
(1) ОПЛАТА ПРАЦІ				115,73	
у т.ч.:	персонал, залучений до надання однієї послуги			98,49	
	керівництво			1,64	
	адміністративно-управлінський персонал			1,81	
	допоміжний персонал			13,79	
(2) ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ				55,00	
(3) ВИТРАТНІ МАТЕРІАЛИ				5 272,02	
(4) ОБЛАДНАННЯ				481,60	
(5) ЕКСПЛУАТАЦІЙНІ ВИТРАТИ				0,00	
(6) ІНШІ ВИТРАТИ				0,00	
ПДВ, %				0,0%	
РЕНТАБЕЛЬНІСТЬ, %				30,0%	
ТАРИФ НА ПЛАТНУ ПОСЛУГУ, ГРН.				7 701,65	



Невідповідність тарифу, з наших розрахунків, в першу чергу пов'язана із неточним врахуванням вартості розхідних матеріалів та мізерною оплатою праці. У нашому тарифі ми також вносили базові ІОЛ, як і НСЗУ, наскільки ми розуміємо. Про ризики, пов'язані з імплантаціями цих кришталіків, ми говорили вище. І навіть у випадку використання цих штучних імплантатів, тариф НСЗУ не відповідає повній собівартості. Якщо ми не враховуватимемо 30% рентабельності, то собівартість становитиме 5 934грн, а найвищу цифру по оплаті від НСЗУ, яку нам вдалось знайти по цій процедурі, нагадаємо, є 5000 грн. Що ще важливо, це те, що розраховуючи тариф, ми вважали, що

²⁷ <https://moz.gov.ua/article/news/rozpochav-robotu-instrument-dlja-rozrahunku-tarifiv-na-platni-poslugi-dlja-specializovanih-zakladiv-paycare-30>

необхідне для старту проєкту обладнання вже є в наявності в медичній установі. Та в реальності така ситуація є великою рідкістю. Обладнання доведеться купувати або залучати іншим шляхом. Ми розпишемо ці шляхи у третьому розділі цієї роботи. Вартість цього обладнання є високою і якщо доведеться придбати його за кошти комунального підприємства, то для виходу на точку беззбитковості за такого тарифу підуть десятиліття. Останньою, та мабуть найбільшою проблемою, є оплата праці. Згідно алгоритму, запропонованого для розрахунку вартості платної послуги, з однієї послуги «хірургія катаракти» персонал у складі двох лікарів-офтальмологів, одного офтальмо-хірурга та двох медсестер, отримує разом не повні 99 грн оплати. Ми виходили із заробітних плат, запропонованих МОЗ України з 01.01.2022 року. Тобто оплата для лікарів не менше 20 000 та для середнього і молодшого медичного персоналу не менше 13.5 тис грн²⁸. Годі й припускати, що за такої оплати праці є неможливим вивести послугу «хірургія катаракти» з тіні. Саме тому в тариф ми додали максимально допустимий рівень рентабельності у 30%. І отримали тариф, з яким можна працювати. Він склав 7701,65 грн. Вважаємо, що ці 30% не повинні бути межею, адже нижче ми розглянемо вартість відповідної послуги в приватному секторі і зрозуміємо, що маємо ще достатнє сальдо. Проблемою залишається фіксований відсоток рентабельності послуги, який не може перевищувати 30%, якщо мова йде про комунальний або державний заклад ОЗ.

Вивчаючи далі питання оплати послуги «хірургія катаракти» НСЗУ зустрічаємо такі аспекти цього питання. В гарантовано пакеті послуг це втручання сформульоване як «операцію на кришталику», що є дуже узагальненим, та не фокусує надавача послуг на здійсненні процедури

²⁸ <https://www.medsprava.com.ua/article/2445-yak-oplachuvati-pratsyu-medpersonalu-u-2022-rots>

доведено найбільш ефективним методом, а саме шляхом факоемульсифікації (аргументація на користь цього методу описана в першому розділі цієї роботи). У специфікації до послуги зустрічаємо коротке речення такого змісту: «проведенням хірургічних втручань на очах відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я». Тут, теоретично, ми можемо спиратись на «уніфікованим клінічний протоколом первинної, вторинної(спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги від 28.01.2016року». Деталі цього документи також викладені у Розділі 1 даної роботи. Йдемо далі по роз'ясненню від НСЗУ про те, за яких вимов ЗОЗ може надати послугу «хірургія катаракти». Тут знаходимо більше тридцяти показників і параметрів. Принципово важливим серед них є пункт 14 «Здійснення закупівлі лікарських засобів та медичних виробів, необхідних для надання медичної допомоги відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Організація ефективного управління запасами лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів, закуплених закладом або отриманих для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я МОЗ. Використання та збереження залишків лікарських засобів та медичних виробів, необхідних для лікування пацієнтів, в тому числі після закінчення дії договору»²⁹. Навіть цього одного пункту достатньо аби зрозуміти, що переважна більшість комунальних та державних закладів ОЗ не виконують вимог вказаного пакету, адже не закуповують централізовано відповідних розхідних матеріалів. І це не дивно. Адже тариф, запропонований НСЗУ заледве покриває базові розхідні матеріали для здійснення послуги «хірургія катаракти». За нашими підрахунками, вартість такого базового набору коливається в межах п'яти тисяч гривень. Сюди

²⁹ <https://contracting.nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2022>

входить базова ІОЛ(орієнтовно 1500 грн), віскоеластичний препарат (900 грн), ніж офтальмологічний (300грн), ніж для парацентезу (250грн), касета до приладу для виконання факоемульсифікації (2000 грн). Варто зауважити, що ми враховуємо у цій калькуляції принцип одноразового використання усіх розхідних матеріалів, якого дотримуються у двох із трьох описаних вище країнах (Великобританії та Польщі). Вважаємо, що тільки за умови дотримання одноразового використання розхідних матеріалів, можна забезпечити належний рівень асептичних умов і уникнути виникнення ускладнень в післяопераційний період.

Годі й казати, що тариф жодним чином не враховує вартість спеціалізованого обладнання, оплату праці усіх учасників процесу, комунальні послуги та кошти на розвиток. Якщо ж враховує ці показники, тоді не враховує розхідні матеріали, як показано вище.

Є ще один важливий аспект, який варто зазначити. Теперішня реальність більшості відділень офтальмохірургії полягає в тому, що якщо заклад вже надає послугу з приводу катаракти, то з великою ймовірністю обладнання, на якому працюють хірурги, не належить закладу. Чому склалась така ситуація. До моменту старту реформи охорони здоров'я, подібні послуги надавались в державних (на той час більшість медичних установ були саме у державній власності) номінально безкоштовно. На практиці пацієнти просто оплачували з власної кишені за послугу, а кошти розділялись між зацікавленими особами в межах лікарні. Найбільшу частку переважно отримували керівник відділення або провідний хірург. За ці кошти дана особа або група осіб купували, оновлювали та ремонтували необхідне обладнання. Велику частину коштів також вкладали у навчання. В рідкісних випадках, переважно коли мова йшла про відомчі установи або спеціалізовані медичні заклади (на кшталт

Інституту Філатова в Одесі чи Військові Госпіталі) обладнання закуповували коштами міністерств або спеціальних фондів. Після старту реформи децентралізації і зосередження більшої частини коштів на місцях, громади теж почали зрідка купувати відповідне спеціалізоване обладнання. На цьому етапі варто відзначити, що вартість базового комплекту обладнання для хірургії катаракти, який включатиме мікроскоп, прилад для факоемульсицікації та базові діагностичні апарати, складатиме більше семи мільйонів гривень. Враховуючи той факт, що катаракта не відноситься до патологій, які на пряму несуть загрозу життю і працездатності людини, а лікарні потребують доукомплектування по великій номенклатурі різного обладнання, проекти пов'язані з офтальмологічною хірургією відходили на задній план. Власне з цих причин оперують пацієнтів навіть в комунальних закладах переважно на приватних приладах. Аби хоча би якимось чином формалізувати стосунки, в ряді випадків ці прилади здають в оренду лікарням за символічні кошти (подекуди навіть за одну гривню на рік) або виводять їх в позабалансовий облік лікарні. Подібний облік призначений для відображення таких господарських фактів, які не впливають у даний момент на стан активів, капіталу та зобов'язань установи, проте вимагають спостереження і контролю. На практиці це виглядає таким чином, що якщо особа, яка по факту володіє приладом, або група таких осіб, вирішує залишити роботу в цій установі, то заклад залишається без необхідного обладнання для продовження роботи.

Як ми побачили вище, тариф не відповідає собівартості операції. У випадку коли відділення принаймі вже має наявне обладнання і може на ньому працювати, тариф хоча б приблизно покриває витратні матеріали. У випадку ж відділення де немає власних приладів або вони належать

приватній особі, ми заледве можемо говорити про перспективи придбання чи оновлення обладнання.

Наступним дуже небезпечним пунктом, який є причиною збереження неформальних платежів є той факт, що зарплата лікарів-діагностів та хірургів не залежить від кількості прооперованих пацієнтів. Тобто медичний заклад отримує від НСЗУ кошти за кожен правильно оформлений кейс, але випадків установ де керівник прийняв рішення про персоналізовану оплату праці, залежно від об'єму виконаних операцій, знайти не вдалось. Найбільші позитивними є приклади невеликих доплат (в межах 50-70% від базової заробітної плати) для провідних фахівців відділень. Враховуючи суми, які вони отримують неформально від пацієнтів, ці доплати ніяк не можуть мотивувати до зменшення сірої діяльності. Насправді в цьому випадку спрацьовує принцип замкнутого кола. Адже керівникам комунальних та державних медичних закладів добре відомо, що схема з цією послугою працює саме так. Вони знають та розуміють, що команди хірургічних відділень отримують обґрунтований дохід від своєї діяльності і платити додатково не вбачають за потрібне. В той самий час заклад також отримує якийсь дохід від НСЗУ. На перший погляд може здатись, що усіх усе повинно задовільняти. І відділення працюють, і дохід отримує як комунальний заклад так і лікарі. Та це зовсім не так. Першими і найочевиднішими потерпілими є ми всі, платники податків і просто громадяни. Адже саме з різного роду податків наповнюється державний бюджет України, з якого кошти витрачаються на оплату послуг НСЗУ. І нібито вже оплативши один раз за послугу «хірургія катаракти» ми повинні були б отримати її в комунальному чи державному закладі ОЗ безоплатно. А на практиці ми оплачуємо її ще раз вже у вигляді переказу коштів на якогось роду ФОПа або ж взагалі готівково в

кишені. Годі й казати, що ця схема не лише неетична, а і абсолютно незаконна. Адже згідно із законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» послуги, які входять до гарантованого пакету надаються медичними установами безоплатно. Якщо ж за надану послугу медична установа бере оплату від пацієнта, то оплата з боку НСЗУ здійснюватись не повинна. В цьому випадку НСЗУ може навіть розірвати договір з медичною установою з причини зловживання.

Отже проаналізувавши практики надання медичної послуги «хірургія катаракти» в межах комунальних або державних закладів України, ми можемо зробити попередній висновок, що не усі учасники процесу залишаються задоволеними. Залишимо лікарів та пацієнтів, які стикаються з цією послугою в приватному секторі, наразі поза дужками. Ця співпраця має усі ознаки ринкової, а тому регулюється у векторі якість надання послуги-оплата споживачем. Ми ж спробуємо знайти рішення в непорозуміннях, які виникли у вже встановлених практиках надання цієї платної послуги в межах комунальних і державних установ. Для того аби зрозуміти в якій точці знаходиться кожен із учасників процесу в комунальних та державних установах, ми проведемо аналіз стейкхолдерів та спробуємо знайти шляхи максимального задоволення потреб кожного з них, при найменших ризиках для інших.

Ми проведемо аналіз в двох площинах - зацікавленість та вплив. Для оцінки візьмемо шкалу від 1 до 5. Де 1- це мінімальне зацікавлення та вплив, а 5-максимальне зацікавлення та вплив. Після опису і роз'яснення позиції по кожному стейкхолдеру, їх буде розділено на чотири категорії:

1. Високий рівень впливу та низький рівень зацікавлення.

2. Високий рівень впливу та високий рівень зацікавлення.
3. Низький рівень впливу та високий рівень зацікавлення.
4. Низький рівень впливу та низький рівень зацікавлення.

Голова ОТГ, як керівник органу, який є власником закладу.

Рівень впливу-5. Голова ОТГ може виступити з вимогою до комунального закладу ОЗ про припинення неформальної, фактично незаконної, діяльності в межах установи, яка належить громаді. Як крайню міру голова ОТГ може виставити умову про звільнення керівника комунального закладу або учасників незаконної схеми, якщо дії про її припинення не будуть вжиті.

Рівень зацікавлення-2. Якщо мова йде лише про одну конкретну послугу, то враховуючи кількість векторів роботи цього посадовця, важко припускати, що його рівень зацікавленості є вищим. Винятком може бути залучення керівника у схему, яка передбачає винагороду від неформальних платежів. Швидше за все, це може стосуватись невеликих ОТГ і ситуативних співпраць. Підвищити рівень зацікавленості можна шляхом аргументації щодо ризиків, до прикладу, позбавлення комунального закладу договору з НСЗУ і разом з ним втрати усіх пакетів і, відповідно, фінансування. Другим є шлях заохочення і пояснення потенційної вигоди для громади. Адже заклад, який почне отримувати вищі прибутки за надання платних послуг, потребувати менше дотацій від місцевої влади, розвиватиметься, створюватиме більше робочих місць, сплачуватиме більше податків. Надання мешканцям громади ширшого, у всіх розуміннях, доступу до необхідної послуги, забезпечить підвищення електорального рейтингу такого керівника.

У випадку відомих закладів-керівник відповідної інституції

Рівень впливу-3-Процес впровадження змін в таких закладах охорони здоров'я є складнішим аніж в комунальних. Тому керівник одноосібно навряд чи може приймати рішення про повне припинення функціонування того чи іншого відділення, а тим паче усієї установи. Та на розподіл коштів між такими установами або всередині них, керівник має вплив. А тому може фінансовими інструментами ускладнити роботу установи.

Рівень зацікавлення-1-Переважно такі медичні заклади є лише частиною велетенської мережі різного роду установ основної інституції, тому уявити, що її керівник здійснюватиме подібний мікро-менеджмент, складно. Рівень зацікавлення може вирости про комплексній пропозиції, коли перелік таких послуг буде довгим, а цифри вигоди від їх впровадження високими.

Начальник департаменту управління ОЗ

Рівень впливу-2. Керівник департаменту, маючи повноваження вносити проект бюджету окремої ОТГ або області, може впливати на цифри стосовно конкретного закладу ОЗ, якщо його діяльність не відповідає задекларованим нормам. Окрім цього, департамент забезпечує здійснення заходів щодо запобігання і протидії корупції, а як ми вже побачили вище, неформальні платежі є за своєю суттю корупційною діяльністю.

Рівень зацікавлення-3. Переважно усі громади мають проблеми із фінансуванням медичної мережі на своїй території. Керівнику департаменту доводиться стикатись із проблемою збалансування бюджету таким чином, аби усі заклади отримали необхідне фінансування. Очевидно, якщо заклад може бути фінансово успішним завдяки успішному впровадженню платних послуг,

громаді або області не потрібно його дофінансовувати. Тому зацікавити керівника департаменту реалізацією такого проєкту можна.

Керівник комунального (державного) закладу ОЗ

Рівень впливу-4. Керівник закладу ОЗ, за погодженням із власником закладу, тобто переважно керівництвом ОТГ, може ініціювати впровадження тієї чи іншої платної послуги в установі, якою керує. Окрім цього, саме керівник установи може компетентно адвокатувати потребу запровадження платних послуг і перед власником закладу і перед власною командою.

Рівень зацікавлення-4. Здебільшого керівники медичних закладів мають перед собою основну мету- забезпечити нормальне функціонування підприємства. Найкращим способом, на нашу думку, зробити заклад фінансово незалежним, аби керівнику не доводилось щоквартально просити кошти у власника, є вибілення коштів, які вже обертаються в установі. Більше того, аби заклад розвивався, йому потрібні постійні інвестиції. Для підписання нових пакетів з НСЗУ потрібно купувати нове обладнання та наймати персонал, якщо в цьому є потреба. Якщо керівник медичної установи побачить більшу вигоду у тому аби послуга надавалась на платній основі, а не за кошти НСЗУ, і не матиме особистого неформального зацікавлення у збереженні попередніх практик оплати, він погодиться на впровадження такої послуги.

Керівник відділення офтальмохірургії

Рівень впливу-4. Здебільшого ці люди є одночасно і провідними хірургами, які здійснюють найбільшу кількість операцій. На практиці усі формальні та неформальні процедури куруються цими людьми. Вони

відповідають за розподіл коштів від здійснених процедур. В той самий час, вони забезпечують наповнення відділень і навчання персоналу. Ці керівники можуть подати проєкт впровадження платних послуг керівництву комунального або державного закладу ОЗ. Впровадити їх самостійно вони можливості не мають, окрім варіанту переходу в приватну практику.

Рівень зацікавлення-5. Ці проєкти для таких керівників, які є одночасно провідними хірургами, є практично приватними проєктами в межах комунальних закладів. Вони протягом багатьох років вкладали кошти та зусилля в те, аби ці проєкти були якісними та фінансово успішними. Вони конкурують з іншими подібними відділеннями та приватними закладами такого спрямування. Вони однозначно зацікавлені аби рівень їх особистого доходу залишався високим, але також вони потребують впевненості у тому, що перебувають у правовій площині. Тому пацієнти переважно здійснюють неформальні платежі через ряд ФОПів, нібито оплачуючи таким чином розхідні матеріали, які не враховано в тарифі НСЗУ. Ми ж маємо можливість запропонувати цим успішним керівникам-хірургам абсолютно прозору схему отримання належної оплати за надану високоякісну послугу. Тобто впровадити її як платну з урахуванням їх вигоди, як високопрофесійних спеціалістів.

Хірург відділення, який здійснює невеликий об'єм операцій

Рівень впливу-1. Такі спеціалісти виконують свою щоденну працю в тих умовах, які встановлює система ОЗ та керівництво медичного закладу. Окрім особистісних якостей, які можуть викликати діалог в середині команди, ці спеціалісти не мають великого впливу на прийняття рішень. Ще одним проявом впливу може бути зміна місця роботи і таким чином корегування

структури відділення. Часто такі спеціалісти переходять в приватні проєкти, інколи навіть втрачаючи хірургічну кваліфікацію і займаючи посаду діагноста.

Рівень зацікавлення-3. Здебільшого хірурги такого профілю отримують фінансову вигоду у вигляді заробітної плати та неформальних платежів пацієнтами, за згоди керівника відділення. Тобто вони залежні від рішень прийнятих в середині установи та її власником. Якщо вони будуть зацікавлені фінансово з боку установи в системі офіційної оплати послуги, то і їх професійна активність має потенціал до збільшення.

Операційна медична сестра відділення

Рівень впливу-1. Важливість операційної медичної сестри(брата) є дуже високою. Від чіткості виконання роботи в операційній у великій мірі залежить результат операції. В той самий час, вплив на прийняття рішень є мізерним. Коли ми говоримо про комерційні аспекти, такі як механізм здійснення пацієнтом оплати за послугу, впливу фактично немає. Ці спеціалісти отримують невисоку офіційну заробітну плату та кошти, які оперуючі хірурги доплачують їм по результату операційного дня. Зрозуміло, що ці суми не є фіксованими і розраховувати на зрозумілу оплату не доводиться. Вважаємо, що в системі зрозумілих оплат праці, ці спеціалісти матимуть можливість комфортніше виконувати свої щоденні обов'язки.

Рівень зацікавлення-4. Здебільшого ці спеціалісти отримують винагороду за свою працю як у вигляді заробітної плати, так і у вигляді неформальних коштів, як розподіляє відділенням керівник або провідний хірург. Можливий варіант оплати з боку кожного оперуючого хірурга окремо. З одного боку виглядає, що медична сестра повинна бути зацікавленою у

збереженні звичних практик. З іншого, ці фінансові надходження не мають жодного формально-правового підґрунтя. Тобто цьому спеціалісту потрібно покладатись до добру волю хірургів(керівника) і вірити, що такого роду «джентельменську угоду» не буде розірвано в односторонньому порядку. Формалізація оплат за послугу пацієнтом має потенціал сприяти підвищенню офіційної заробітної плати медичних сестер(братів) і позбавити їх потреби заглядати до кишені колег по відділенню.

Пацієнт з катарактою

Рівень впливу-2. Якщо пацієнт вивчає уважно ринок і усвідомлює, що вартість відповідної послуги в комунальному і приватному закладі суттєво не відрізняється, а умови отримання та рівень послуги є кращими в приватній установі, то саме цей варіант він обере. Чим більше ставатиме таких пацієнтів, тим швидше керівники комунальних закладів зрозуміють, що потрібно впроваджувати зміни. Обладнання старітиме, рівень хірургів знижуватиметься, оплат і формальних і неформальних ставатиме менше і з часом заклад припинить надавати відповідну послугу.

Рівень зацікавлення-5. Пацієнт, тим більше пацієнт старшого віку, якими найчастіше є пацієнти з катарактою, потребує якісної і доступної у всіх значеннях, допомоги. Якщо нам вдасться встановити справедливу ціну на платну послугу «хірургія катаракти», то пацієнт отримає можливість правдивого вибору. З'явиться можливість заплатити менше за менш комфортні умови перебування, чи заплатити більше за послугу вищого рівня. Окрім цього, впровадженням платної послуги, ми скасовуємо практику оплати послуги двічі- вперше з податками через НСЗУ, вдруге власним коштом. Тобто ті гроші, які пацієнт сплатив у вигляді податків, можуть бути

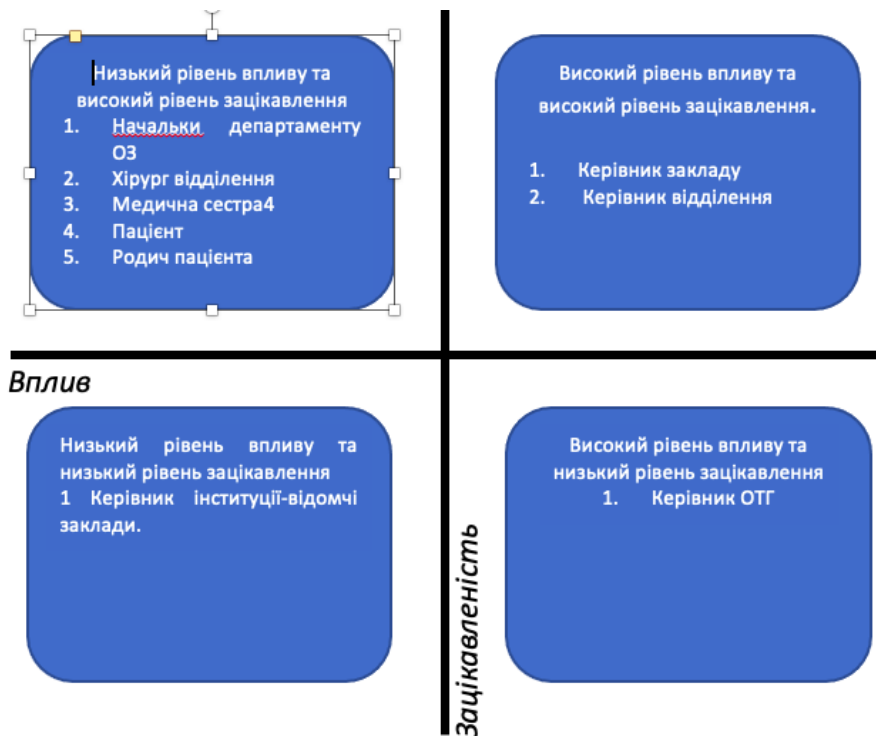
використані на оплату іншої послуги в межах програми медичних гарантій, тобто використані значно доцільніше.

Родич пацієнта, який фактично оплачує послугу

Рівень впливу-2. В першому розділі ми обговорювали, що пацієнт з катарактою здебільшого потребує стороннього догляду та допомоги. Фінансова складова тут не виняток. Очевидно, що родич або опікун, який займається питанням здоров'я та догляду за пацієнтом, зацікавлений аби послугу йому надали якісно та за виправданою вартістю. Тому ці люди приймають активну участь у виборі закладу, де надаватиметься допомога пацієнту. Часто саме вони можуть дізнатись релевантну інформацію про якість і вартість послуги в закладах різної форми власності, і обрати приватний заклад, на противагу комунальному чи державному.

Рівень зацікавлення -4. Ще один аспект, з яким стикаються переважно рідні пацієнта-це незручність неформальних оплат. У випадку катаракти ці витрати можуть мати навіть три рівні. Вперше оплачують офіційно в касу лікарні якусь суму за, до прикладу, «госпіталізацію пацієнта». Другою здійснюють оплату у відділенні банку « за розхідні матеріали». І третім видом видатків стають готівкові подяки різного роду медичному персоналу, від хірурга до молодшої медичної сестри. В приватній установі такі витрати здійснюються однією транзакцією. Очевидно, що саме так і є зручніше. Стосовно самої суми, ми згодом переконаємось, що вартість не надто

відрізняється в ДВОХ типах закладів.



З вище проведеного аналізу ми можемо зробити ряд висновків.

По перше, модель за якою зараз надається послуга «хірургія катаракти» лише на перший погляд влаштовує учасників процесу. Перевагою цієї моделі є те, що вона вже добре вивчена і практикована численну кількість разів. Перехід до нових практик традиційно є складним з організаційної точки зору. Але ця перевага жодним чином не виправдовує очевидні недоліки, які впливають із такого механізму надання-отримання послуги. Те, що оплату за послугу пацієнт здійснює за сірою, а часом і зовсім чорною схемою, ставить під ризики усіх учасників процесу, від керівника ОТГ до пацієнта. Окрім того, в програші залишається кожен громадянин, який сплачує податки до державного бюджету, адже кошти, які НСЗУ витрачає на оплату послуги

«хірургія катаракти» фактично скеровуються в незрозумілому напрямку, тому що за цю саму послугу пацієнт сплачує вдруге з власної кишені.

По друге, ми переконались, що лише частина із стейкхолдерів мають реальну можливість впливу на те, аби вибілити послугу «хірургія катаракти» в межах комунальних закладів ОЗ. В першу чергу це керівник комунального закладу та завідувачі відповідними відділеннями. Звісно, без керівництва органів місцевого самоврядування чи іншого власника, рішення не може бути прийняте, але уявити, що ініціатива виходитиме саме від цих посадовців, марно.

По третє, ми побачили, що навіть враховуючи нібито старі практики надання-отримання послуги «хірургія катаракти», процес влаштовує більшість учасників, хоча ніяк не відповідає юридичним та етичним нормам. Для впровадження нових практик доведеться застосувати грамотну аргументацію стосовно усіх переваг та ризиків. Ми вважаємо, що є висока ймовірність переконати усіх причетних в тому, що послугу необхідно переводити в перелік платних. Саме після формалізації ми зможемо забезпечити пацієнтам зрозуміле ціноутворення і показати усю вартість послуги на старті. Керівник відділення або провідних хірург розумітиме, що робота яку він виконує, оплачується гідно і зможе зосередитись саме на клінічній діяльності, а не на зведенні сірих бухгалтерських звітів. Комунальний заклад функціонуватиме в правовому полі без ризику втратити контракт із НСЗУ. В свою чергу НСЗУ не витратиме кошти на процедуру, за яку пацієнт по факту платить з власної кишені. Зекономлені на цих затратах кошти, НСЗУ зможе скерувати на підвищення тарифів на інші послуги або на розширення гарантованого пакету.

Варто сказати і про ризик, з яким ми стикаємось, виходячи з аналізу стейкхолдерів. Найважливіший- це опір керівників різного рівня, якщо вони фінансово зацікавлені в збереження неформальних платежів. Так як уся модель сірих платежів є закритою, ми не знаємо точно про який розподіл коштів йде мова. Не знаємо ми і того, якою є фактична прибутковість з однієї процедури для кожного з учасників процесу. Ми можемо аргументовано припустити, що так як вартість процедури в комунальному та приватному закладах ОЗ є приблизно однаковою а затрати на проєкт нижчими, то прибуток учасників є вищим. За цих умов реально припустити, що формалізація платежів спричинить опір. І тут суттєво підвищується роль керівника медичної установи, який під тиском чи з власної волі, має піти на потрібне рішення.

2.3. Хірургія катаракти в межах приватного сектору

Іншим шляхом пацієнта до отримання послуги «хірургія катаракти» є звернення в приватну установу. Він коротший і швидший, але здебільшого більш вартісний. Пацієнт в плановому порядку або за наявності скарг, через контакт центр або особисто на рецепції закладу, записується на консультацію до офтальмолога. Взаємодія в середині закладу подібна до комунальної установи: реєстратура, медична сестра, лікар. Після встановлення діагнозу і прийняття рішення на оперативне втручання, пацієнт також проходить всі ті ж консультації та маніпуляції, що і перед операцією в комунальній установі. Після завершення операції, приблизно через дві години, пацієнт залишає клініку та відправляється додому. Наступного дня від приходить на післяопераційний огляд. Ще один такий огляд може бути призначено через декілька тижнів.

У випадку приватної установи вартість послуги формується самим закладом. На сьогодні, ми не маємо механізму згідно з яким пацієнт міг би отримати послугу в приватному закладі, а заплатила би за цю послугу НСЗУ. Та навіть якби такий механізм і був, приватні установи не були б зацікавлені у такій взаємодії. Причина у тарифі. Так само як і комунальний або державний ЗОЗ отримує невідповідну плату за надану послугу з приводу хірургії катаракти, так само це відбувалось би і у випадку приватного закладу. Жоден власник бізнесу не готовий піти на таку співпрацю. Хоча приклад успішної взаємодії держави та приватних медичних закладів є. І він стосується первинної ланки. Вже за перші пів року від старту процесу підписання декларацій із сімейними лікарями у 2018 році 85 приватних клінік та лікарів-ФОПів підписали угоду з НСЗУ. Пацієнти отримали можливість підписувати декларації з лікарями цих закладів на тих самих умовах, що і у державних чи комунальних установах. Перелік отримуваних послуг теж залишився незмінним незалежно від форми власності³⁰. Це стало можливо завдяки тому, що тарифи, згідно яких відбувається оплата послуг надаваних приватною установою, є співставними з ринковими і дозволяють підприємству не лише функціонувати, а і отримувати прибуток. Так у 2022 році капітаційна ставка НСЗУ становить 768 грн³¹. До цієї суми додаються різного роду коефіцієнти. Тобто після укладення декларації з пацієнтом, установа гарантовано отримуватиме кошти за його обслуговування, навіть якщо пацієнт не звертатиметься до закладу. З іншого боку, звісно, є можливість, що пацієнти звертатимуться частіше за прогнозовану кратність,

³⁰ <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/u-jakih-privatnih-likarnjah-mozhna-obrati-svogo-likarja>

³¹ <https://blog.h24.ua/uk/programa-medychnyh-garantij-2022-pakety-poslug-ta-spetsyfikatsiyi/>

але це той ризик, на який ідуть підприємці заради залучення пацієнтів у свій заклад. Є ще один аспект. Після підписання декларації з приватним закладом ОЗ пацієнт стає ще і клієнтом закладу, що підвищує ймовірність скористатися послугами, які цей заклад надає вже поза гарантованим пакетом. І вже за власний кошт. За умови правильного розрахунку тарифу для хірургії катаракти, приватні медичні установи також охоче би підписували договори з НСЗУ і надавали цю послугу пацієнтам. Але наразі ні механізму ні адекватного тарифу немає, тому увесь об'єм оплати лягає на плечі пацієнта, зрештою так само як і у державному або комунальному закладі ОЗ.

При аналізі варіантів надання послуги «хірургія катаракти» в інших країнах, ми побачили, що співпраця з приватними установами є радше винятком. Так у Великобританії та Польщі пацієнт не може скористатись своєю страховкою для операції в приватному закладі, який не має підписаної угоди з державним страховиком. Немає можливості і доплатити за кращу ІОЛ чи умови перебування. Такі умови диктовані здебільшого тим, що держава не бажає дотувати приватний преміум сектор. Тобто логіка полягає в тому, що кожен громадянин має рівний доступ до медичної допомоги, за умови сплати базового внеску. Якщо ж особа має вищий рівень доходу і може дозволити собі кращі розхідні матеріали і умови отримання послуги, до держава у вигляді страховика, не дотуватиме ці примхи. У випадку катаракти, якщо ми згадаємо розділ про типи ІОЛ, вважаю, що можливість доплатити за кращий і більш функціональний імплантат є радше клінічно виправданою, аніж такою, яка диктована виключно бажанням отримати преміум продукт. До прикладу пацієнти з астигматизмом повинні були б мати можливість імплантувати Торичну ІОЛ для отримання максимальної гостроти зору. Не питання розкоші в тому, що форма рогівки пацієнта вимагає особливого кришталика.

Але всі ці теорії наразі не мають предмету для дискусії, тому що в Україні немає закону про співоплату. Навіть якби приватний заклад ОЗ і підписав договір з НСЗУ, так як тариф не відповідає реальності вартості, подібна співпраця є просто збитковою.

Проаналізувавши ціни в приватному секторі, ми можемо зробити висновок, що вартість коливається від 14 000 до 20 000 грн, якщо мова йде про монофокальний кришталік. Коли ми аналізуємо вартість операції з імплантацією мультифокальної ІОЛ то ціна коливатиметься в межах 35 000-40 000 грн. Пацієнту з астигматизмом доведеться заплатити від 20 000 до 28 000 грн при імплантації монофокальної Торичної ІОЛ, та 43 000-55 000 грн за імплантацію мультифокальної Торичної лінзи. Варто зазначити, що вартість відрізняється залежно від регіону країни. Традиційно на заході вартість є нижчою. Близьче до центру вона збільшується. Ряд київських клінік встановлює вартість на операцію з імплантацією преміум ІОЛ на рівні 70 000-80 000 грн, що майже на 50% переважає середню. В нижчому сегменті, при імплантації базових кришталіків, такої суттєвої відмінності не спостерігаємо. Ми усвідомлюємо, що на вартість послуги в приватному сегменті впливає багато факторів. Важливим тут є вартість купівлі або оренди приміщення, оснащення клініки, рівень заробітних плат в регіоні та в галузі. Як вже згадано вище, ряд клінік в Києві пропонує операцію за майже вдвічі вищою вартістю аніж подібні установи в менших містах. Пояснюється таке явище ще й тим, що в ході такої преміум операції клініки використовують ряд високоточного обладнання, поза базовим переліком. Звісно, в межах комунальних закладів доцільність використання такого роду послуг є сумнівною, тому ми все ж ми орієнтуватимемось в своїй гіпотезі стосовно

можливої вартості платної послуги «хірургія катаракти» від середніх значень.

Розглянувши два механізми надання послуги «хірургія катаракти», в приватному та в державному/комунальному секторах, можна припустити, що пацієнту зручніше отримати послугу саме в приватній установі. Можливо, в країні з високими показниками неформальних платежів, краще було би розвивати активніше приватний сектор, де оплата є прозорою. На противагу цій тезі знаходимо тези зі статті «порівняльна ефективність приватних та державних систем охорони здоров'я в країнах із низьким та середнім рівнем доходу: систематичний огляд» де Санджай Басу разом з іншими авторами проаналізувавши 102 релевантні дослідження визначили, що переваги приватних закладів ОЗ не такі однозначні. Першим і суттєвим недоліком є вартість послуг. Майже у всіх випадках вона є вищою в приватному секторі. Тому такі послуги стають доступними для більш заможних громадян. Враховуючи, що приватна медицина це чистий бізнес, ймовірність відкриття спеціалізованого приватного закладу ОЗ у віддаленій місцевості є вкрай мізерною, тобто ми знову маємо справу з обмеженим доступу. Є ще такі показники, як призначення більш вартісних медичних препаратів чи використання дорожчого обладнання, а тому підвищення вартості послуги.³² Підтвердженням з нашого прикладу послуги, є непомірно висока вартість хірургії катаракти у клініках Києва, про яку ми говорили вище. Тому впровадження платної послуги за справедливою ціною виглядає як правильний шлях до збереження відділень в комунальних закладах ОЗ з

³² Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review. PLoS Med. 2012;9(6):e1001244. doi:10.1371/journal.pmed.1001244.

одного боку, і можливості для пацієнта отримати необхідну допомогу, з другого.

Висновки за розділом 2

1. Аналіз особливостей надання послуги «хірургія катаракти» в Україні показав, що в комунальних ЗОЗ дана послуга надається на безоплатній основі лише теоретично. На практиці усі пацієнти здійснюють оплату неформально.
2. Якщо ЗОЗ має підписаний договір із НСЗУ і пакет, в який входить дана послуга, є у цьому договорі, заклад отримує оплату і від цієї організації також. Для пацієнта ця оплата не впливає на суму неформального платежу. Таким чином громадяни України сплачують за послугу «хірургія катаракти» двічі.
3. Подвійна оплата за послугу «хірургія катаракти» жодним чином не сприяє розширенню доступу пацієнтів до згаданої послуги. Більше того, такий механізм є не лише неетичним, а і незаконним, а тому створює ризики для усіх сторін.
4. Аналізу стейкхолдерів засвідчив, що без консенсусу з боку зацікавлених сторін неможливо змінити ситуацію і досягти поставленої мети, а саме вивести із неформального поля послугу «хірургія катаракти» і перевести її в розділ платних послуг в межах комунального ЗОЗ.
5. Нами розраховано собівартість послуги «хірургія катаракти» з метою виведення ціни, яка може дати нам можливість задовільнити потреби стейкхолдерів при впровадженні даної послуги як платної в комунальному ЗОЗ. За нашими підрахунками собівартість складає 7701,65 грн.

РОЗДІЛ 3

ВАРІАНТИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ ДОСТУПУ ПАЦІЄНТІВ ДО МЕДИЧНОЇ ПОСЛУГИ «ХІРУРГІЯ КАТАРАКТИ» В УКРАЇНІ

3.1. Проект внесення платної послуги «хірургія катаракти» до списку платних послуг в комунальному закладі охорони здоров'я

Проаналізувавши у двох попередніх розділах практики надання послуги «хірургія катаракти» в Україні та декількох країнах світу, ми можемо зробити проміжні висновки. Послуга «хірургія катаракти» в комунальних та державних закладах ОЗ в Україні надається безкоштовно лише в теорії. На практиці ми знаємо, що пацієнт сплачує за розхідні матеріали та виконану роботу персоналу з власної кишені. Окрім цього за надану таким закладом ОЗ послугу оплату проводить і НСЗУ. Тобто послуга оплачується двічі. В свою чергу лікарі відділень, які надають послугу, практично не отримують додаткових фінансових благ, не зважаючи на те, що виконують високотехнологічну процедуру. Ще одним вагомим фактором є те, що матеріальне забезпечення відділень фактично лягає на плечі оперуючого хірурга та лікарів. До прямих витрат також належить навчання та удосконалення навичок команди відділення.

Така ситуація виводить за межі правового та етичного поля усіх учасників процесу, тому потребує вирішення.

Очевидним, на нашу думку, варіантом, є формалізація платежів за послугу «хірургія катаракти», шляхом внесення її до переліку послуг, які комунальний або державний ЗОЗ надає на платній основі.

Ми маємо правові підстави вчинити таку дію, адже в українському законодавстві є правки, які дозволяють медичну послугу в межах

комунального закладу робити платною. Ми описували правові особливості цього процесу в першому розділі цієї роботи.³³

При внесенні тієї чи іншої послуги до переліку платних ЗОЗ повинен дотримуватись усіх процедур взаємодії із НСЗУ. Якщо раніше закладом був підписаний пакет, в який входила відповідна послуга, протягом поточного року розірвати в односторонньому порядку таку домовленість заклад ОЗ не може. Процедура досить розмита і складна, тому простішим виглядає варіант впровадження послуги з нового календарного року. В такому випадку ЗОЗ підписує договір із НСЗУ на перелік послуг не враховуючи ту, яку планує зробити платною. Тут також варто уточнити, що не кожна послуга може надаватись ЗОЗ на платній основі. Фактично тут ми стикаємось з певною правовою колізією, тому що згідно гарантованого пакету послуг «хірургія катаракти» відноситься до тих, які надаються на безоплатній основі під кодом С-16 та С-16 01. Ми також знаємо, що послуги з цього переліку не можуть надаватись платно. В той самий час ми маємо постанову №1138, згідно якої очне протезування можна впроваджувати установою як платну послугу. Тому нашою пропозицією є наступний шлях- розглядаючи «хірургію катаракти» як один із варіантів очного протезування, внести цю послугу в перелік платних, паралельно не підписуючи з НСЗУ відповідний пакет, для того аби не порушувати умов співпраці із державним закупівельником.

На нашу думку, для якісної підготовки та впровадження платної послуги «хірургія катаракти» знадобиться близько одного календарного року . Якщо послугу планують надавати на базі відділення, яке вже здійснює подібні

³³ Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19> (дата звернення: 09.06.2021)

втручання, має навчену команду та обладнання, то цей час необхідно буде використати для аргументації правильності такого підходу усім зацікавленим сторонам та для юридичного впорядкування подальшої роботи з обладнанням. Окрім цього певна кількість часу піде також на затвердження вартості послуги та прийняття нових положень колективного договору, згідно якого буде надаватись оплата учасникам процесу.

Тут варто відволіктись на декілька речень для роз'яснення важливості колективного договору в розрізі впровадження платної послуги «хірургія катаракти» в межах державного або комунального ЗОЗ. На загал, колективний договір є інструментом, який здатен впорядкувати відносини роботодавця та працівника, в тому числі і фінансові. Коли ми ведемо мову про медичну галузь, де оплата праці регламентується законодавством, колективний договір дає можливість маневру. Чому це важливо. Ми повинні реально дивитись на ситуацію і розуміти, що в часі неформального надання такої послуги як «хірургія катаракти» команда відділення заробляла значно більші суми коштів аніж це декларується у їх зарплатних звітах. Так, паралельно з отриманням високих прибутків, команда, переважно в обличчі провідного хірурга, витратила значні кошти на облаштування проєкту та навчання. Якщо ми припустимо, що власник комунального закладу ОЗ з впровадженням платної послуги «хірургія катаракти» витрати на розвиток та підтримку проєкту бере на себе, то частиною прибутковості команда, що очевидно, готова поступитися. Але немає сумнівів, що погодитись на фіксовані 16 000 грн зарплати провідний хірург, який здійснює десятки подібних операцій щомісяця, не погодиться. І власне тут у нагоді нам може стати колективний договір. Такий договір передбачає різні моделі фінансового стимулювання. Найпростішою- є встановлення фіксованої

оплати праці, очевидно вищої за середню. У нашому випадку ми не вважаємо, що такий механізм спрацює, адже, враховуючи добре опрацьовані практики надання послуг за неформальною оплатою, спеціалісти можуть мати спокусу знову повертатись до них, хоча би частково. Тобто медична установа оплачуватиме вищу заробітну плату але все одно зберігатиме ризик втрачати кошти поза касою лікарні. Другим варіантом є фіксована оплата праці плюс бонус. Така модель широко використовується у бізнес просторі. Особливо коли мова йде про продажі. Вона добре себе зарекомендувала, але, на нашу думку, для комунального і державного сектору вона є досить складною. Пропрацювати бонусну сітку не є простим завданням і потребує хорошої бізнес-кваліфікації. Ми пропонуємо відкласти цю модель на пізніші етапи розвитку системи ОЗ, коли відношення до медичних закладів, як до підприємств, остаточно встановиться. Третім варіантом трудового договору- є пропорційний розподіл коштів між командою ЗОЗ. Ця модель має свої переваги, тому що виключає конкуренцію в середині закладу ОЗ. Не відбувається «перетягування» чи «викрадення» пацієнтів. Вважається, що така модель непогано працює в ЗОЗ, де усі спеціалісти виконують приблизно подібну роботу. До прикладу клініка, яка надає вторинну медичну допомогу, без спеціалізованої. Добре також працює з послугами на кшталт профоглядів. У випадку установи, де надають послуги дуже різного спрямування і спеціалізації, що така модель є обмежено справедливою. Спеціаліст, якому потрібно багато років, зусиль та коштів для отримання достатньої кваліфікації, отримуватиме таку саму грошову винагороду як і його колеги, спеціальність яких потребує менших транзакційних затрат. Така ситуація потенційно може породити бажання повернення до неформальних платежів для компенсації недоотриманої фінансової вигоди. Четвертим, і на нашу

думку, найбільш підходящим для послуги «хірургія катаракти», рішенням є колективний договір, який забезпечує оплату коштів від кожного закритого кейсу, тобто наданої медичної послуги. Така модель тим паче є зручною для конкретної послуги, тому що фактично дублює неформальну, коли кожен прооперований пацієнт приносить команді відділення фінансові вигоди.

Є ще один шлях, яким можна забезпечити гідну заробітну плату безпосереднім надавачам послуги «хірургія катаракти». З 01.01.2022 року в Україні скасовується граничний рівень обмеження щодо надбавок у розмірі не більше 50% посадового окладу для медпрацівників.³⁴ Як наслідок, керівник комунального ЗОЗ може встановити фактично необмежений рівень надбавки. В такому випадку підписання колективного договору вже не виглядає єдиним варіантом вирішення проблеми підвищення оплати праці. З іншого боку нарахування надбавок залишаються на розсуд керівника установи і не врегульовуються жодними письмовими домовленостями. Тому ми вважаємо більш доцільним повернутись до ідеї колективного договору.

Для реалізації такого проєкту «хірургія катаракти» на платній основі, нам гостро потрібен консенсус усіх сторін. В першу чергу, на нашу думку, на це впровадження повинен погодитись провідний хірург (хірурги) відділень, де надається послуга дана послуга. Ми можемо припустити, що прямий заробіток цих спеціалістів скоротиться у короткостроковій перспективі. Якщо в конфігурації неформальних платежів усі кошти вони отримували так би мовити « на руки», то при формалізації вони отримуватимуть якусь частину із загальної суми. І ось саме те якою буде ця сума, дуже суттєво вплине на прийняття рішення такими провідними спеціалістами залишатись у проєктах в межах комунального або державного ЗОЗ. Вище, в частині інформації про

³⁴ <https://www.medsprava.com.ua/article/2445-yak-oplachuvati-pratsyu-medpersonalu-u-2022-rots>.

колективний договір та надбавку до зарплати, ми припустили як можна залишити цього стейкхолдера задоволеним, а саме прийнявши четвертий варіант вирішення проблеми і прив'язати оплату праці до прооперованого пацієнта. Другим важливим фактором є форма власності обладнання, на якому команда відділення здійснює операції з приводу «хірургії катаракти». Якщо це обладнання належить не закладу, його доведеться брати в оренду у власника або купувати, що є дорогим проєктом для типової лікарні. Третім, не таким вартісним, але важливим пунктом, є навчання персоналу, яке також повинно бути покладене, зі зміною принципів фінансування, на адміністрацію лікарні. Усі ці витрати необхідно врахувати у вартості послуги аби ситуація знову не розвернулась у бік частково неформальних платежів. Такий ризик існує якщо ми встановимо невідповідну усім аспектам вартість. Тим більше ризик повернення до неформальних платежів є високим, враховуючи багаторічні практики таких фінансових відносин між надавачами та отримувачами медичних послуг. Ще одним фактором високого ризику збереження повної або часткової практики неформальних платежів є той, що поряд з декількома формалізованими послугами в комунальному або державному ЗОЗ, залишатиметься великий перелік тих, які все ще надаються платно на неформальній основі. Тому наша гіпотеза полягає в тому, щоб після впровадження платної послуги «хірургія катаракти» одразу переходити до розрахунку і впровадження наступних платних послуг в закладі ОЗ.

3.2. Фінансові аспекти запровадження платної послуги «хірургія катаракти» в комунальному закладі охорони здоров'я

Для того аби описати повну вартість проєкту і розуміти скільки часу та виконаних процедур буде потрібно на його окупність, пропонуємо обрати

варіант такого відділення де ще немає необхідного обладнання і лікарня повинна закупити його самостійно або за кошти власника (тобто громади).

Мінімальний набір приладів, які потребує подібне відділення це:

- щілинна лампа (орієнтована вартість 120 000 грн)
- автокераторефрактометр (орієнтовна вартість 210 000 грн)
- прилад для вимірювання аксіальної довжини ока і подальшого розрахунку сили ІОЛ (540 000-1 800 000 грн, залежно від функціональних можливостей)

-прилад для факоемульсифікації (1 440 000-2 340 000 грн, залежно від функціоналу)

- офтальмологічний мікроскоп(орієнтовна вартість 2 800 000 грн)

-медичні меблі: ліжко для пацієнта та крісло хірургічне(30 000 грн)

Виходячи з цього базового переліку, ми бачимо, що для старту повноцінного проєкту з базовим обладнанням, відділення потребує приблизно 5 140 000 грн. Якщо ж ми розраховуватимемо одразу набір з більш технологічних приладів, то сума зросте до 7 300 000 грн. Це розрахунок лише для матеріальної частини. Тобто ми розраховуємо на те, що операційна і палати у відділенні вже є. Ми не рахуємо вартість дорогого ремонту чи додаткового обладнання, тому що розуміємо, що пацієнт за послугою з додатковим комфортом швидше звернеться в приватну установу. Здебільшого пацієнти звертаються до комунального або державного ЗОЗ для того аби отримати якісну послугу за збалансованою ціною.

Звісно, ми можемо говорити про шляхи отримання більш дешевих приладів для старту проєкту. Найпростішим є придбання вживаних приладів. З одного боку, ми можемо зекономити 30-40% коштів. Це виглядає привабливою перспективою. Але є ряд суттєвих недоліків. Такі прилади

здебільшого вже не мають гарантійних зобов'язань від виробника, тому поточний та раптовий ремонт ляже на бюджет лікарні. Ряд виробників не бажають брати в роботу кейси, які трапились з вживаними, особливо привезеними дивним шляхом в Україну, приладами. Навіть якщо сервісна компанія і візьме такий прилад на баланс, вартість сервісного контракту, швидше за все, буде вищою, тому що прилад матиме гірший за новий, прогноз експлуатації. Ще одним ризиком у придбанні вживаного обладнання, є відсутність розхідних матеріалів та деталей до приладу. Це часто трапляються у випадку дуже старих приладів(вік від десяти років). Так, вартість такого обладнання може бути нижчою за ринкову навіть на 50-70%, але ризик зіткнутись із ситуацією коли такий прилад взагалі неможливо буде експлуатувати, є дуже високим. Окрім цього, компанії виробники та офіційні дистриб'ютори надають перевагу у забезпеченні розхідними матеріалами та сервісі тим приладам, які куплені у них офіційно. Тому, у випадку коли у двох подібних медичних проєктах вийшло з ладу однакове обладнання, сервісна служба в першу чергу відправиться на ремонтні роботи до того проєкту, який закупив нове обладнання офіційно або має на нього сервісний контракт. Інший проєкт очікуватиме на свою чергу і констатуватиме простій, а це означатиме втрату коштів і відтік пацієнтів.

У країнах західної Європи та США також популярним методом залучення необхідного обладнання в медичні проєкти, є лізинг або кредит. Основна відмінність цих економічних взаємодій полягає в тому, що придбавши майно за кредитні кошти, споживач фактично отримує майно у власність. Тому він має вправо на подальший продаж, передачу в оренду тощо. У разі лізингу право власності залишається за лізингодавцем, а лізингоотримувач (споживач) лише є користувачем цього майна.

Розпоряджатися майном, тобто перепродувати або віддавати в подальшу оренду, лізингоотримувач не може. У власність лізингоотримувача право власності на майно може перейти після закінчення лізингового договору. Як правило, право власності переходить, коли майно майже повністю амортизоване. Умови лізингу в розрізі відсоткових ставок традиційно є привабливішими за умови кредитування. Вагомою перевагою є ризики у випадку пошкодження чи втрати майна. Якщо такі події трапились не з вини лізингоотримувача, то збитки залишаються за лізингодавцем.³⁵ Здебільшого такий варіант отримання вартісного обладнання є доволі зручним. Перший внесок вкладає від 15 до 30% вартості приладу. Надалі річний відсоток коливається в межах 7% в доларі США. Термін лізингу від 12 до 60 місяців (такі цифри зустрічаємо в пропозиціях від компаній, які займаються лізингом, до 24.02.2022). У витрати ще піде комісія компанії, яка займається організацією лізингу.³⁶ Зручнішим, на нашу думку, варіантом є співпраця безпосередньо із виробником обладнання, якщо відповідний виробник представлений на ринку України. В такому разі ми уникаємо комісії лізингової компанії і платимо на пряму представництву виробника або його дистриб'ютору в Україні. Відсоткові ставки, а також умови щодо першого внеску та розтермінування є подібними як і у випадку з лізинговою компанією, але за тривалої співпраці покупець може отримати вигідніші умови. Переважно йдеться про більш тривалу угоду або спеціальні знижки на обладнання на старті домовленості. Ще одною перевагою купівлі через виробника або офіційного дистриб'ютора є гарантований сервіс та обслуговування, про що ми вже згадували вище. Варто зазначити, що

³⁵ <https://uteka.ua/ua/publication/commerce-12-pravovie-soveti-67-kredit-ili-lizing-cho-vybrat>

³⁶ <https://tekom-lease.com.ua/lizing-medichnogo-obladnannya/>

лізингова компанія, яка працює за офіційними прозорими договорами також здатна забезпечити належний рівень супроводу в обслуговуванні, тому якщо покупець зупиняється саме на співпраці з лізинговою компанією, необхідно детально узгоджувати ці пункти.

Наступним варіантом залучення обладнання в проєкт комунального або державного закладу ОЗ є оренда. Найбільш очевидним, коли може бути здійснений такий варіант економічної взаємодії є випадок, коли у відділенні вже працює неформальний проєкт «хірургія катаракти», який вже є оснащений відповідними приладами. Складність у цьому випадку полягає в тому, що сформулювати вартість оренди непрофесійним учасникам процесу буде дуже складно. Окреслених стандартів ми не знаходимо. Раніше ця оренда була лише формальною і вартість символічною. У випадку ж якщо мова йтиме про реальний проєкт з впровадженням платної послуги, вартість повинна бути раціональною. Якщо ми звернемося до пошуковця і поставимо за мету знайти варіанти вартості оренди відповідного обладнання в Україні, то результат пошуків буде нульовим. Таких пропозицій немає. І це не дивно. Враховуючи ті практики, які десятиліттями мали місце в галузі хірургічної офтальмології, прозорим договорам оренди просто не знаходилося місця. Вважаємо, що з формалізацією цієї процедури в межах комунальних та державних установ, практика оренди обладнання і релевантний розрахунок її вартості набудуть ринкових рис і попиту.

Ще одним варіантом запуску проєкту, коли відділення не має належного обладнання, а медична установа коштів на його придбання, є отримання гранту. Найбільш складною частиною цього процесу є обґрунтування потреби. Медичні грантові програми здебільшого є в широкому доступі, але саме процес написання заявки викликає багато складнощів в команди ЗОЗ,

особливо коли ми говоримо про установи в невеликих ОТГ. Ми вважаємо, що прозоре обґрунтування впровадження платної послуги за справедливою вартістю може послугувати хорошим аргументом для грантодавця про виділення відповідних коштів. Прозорість і відкритість у цих питаннях повинна бути безперечною. Спробуємо пояснити. Здебільшого подаючись на отримання гранту, медичні установи стверджують, що закупленим за грантові кошти обладнанням або відремонтованими палатами, пацієнти користуватимуться безкоштовно. І в ряді випадків це так і працює. Залучення таких коштів справді стає хорошим рішенням для лікарень, які існують в умовах постійного недофінансування. Та залишається безліч прикладів, коли на залучені грантові кошти в межах комунальних закладів організовують проекти, які в подальшому слугують місцем неформального заробітку. І грантодавцям про це також добре відомо, тому вони з великою пересторогою ставляться до подібних запитів. ТУ зв'язку з цим, при формуванні грантового запиту у випадку залучення коштів для старту проекту «хірургія катаракти» в межах комунального або державного ЗОЗ, важливо відверто обґрунтувати мету. Говорити і про важливість забезпечення доступу пацієнтів громади до якісної послуги за справедливою вартістю, і про той факт, що наразі послуга вже є платною, але неформально, і про фактор виходу на самоокупність ЗОЗ в умовах правильного введення платних послуг. Метою ЗОЗ повинно бути не просто залучити грант і заробляти на ньому кошти, а додати цінності своїй медичній установі, для того аби забезпечувати пацієнтів більш якісними медичними послугами. У випадку, якщо комунальному закладу вдасться успішно залучити грантові кошти на придбання обладнання до старту проекту, вартість послуги, яку надаватиме установа може бути більш ніж конкурентною, в порівнянні з приватним сектором. Поза тим, ми вважаємо,

що комунальний заклад повинен у розрахунок собівартості послуги із грантовим обладнання внести вартість сервісного обслуговування та закласти кошти на оновлення приладів через декілька років. Адже шлях залучення коштів від жертводавців є виправданим саме на старті проєкту. Надалі проєкт повинен ставати самоокупним і розвиватись з власних оборотних коштів, інакше такі залучення починають видаватись подібними до зловживань і грантодавці матимуть більше сумнівів стосовно такого претендента.

Підсумовуючи, є декілька варіантів для початку проєкту «хірургія катаракти» в розрізі наповнення обладнанням в межах комунального та державного закладу ОЗ. Команда закладу може піти на значну інвестицію і придбати обладнання за власний кошт або за кошт власника ЗОЗ. Обладнання може бути нове або вживане, і ми обговорили переваги та недоліки цих пунктів вище. Керівництво лікарні також може погодитись на оренду обладнання, якщо воно вже належить команді відділення, але механізм розрахунку вартості оренди є розмитим, а зовнішніх надавачів подібної послуги в Україні наразі не існує. Ще один шлях, яким може піти команда лікарні, є лізинг або кредитування. В цього шляху є переваги. Такі механізми доступні в Україні і зараз. І останнім, але від цього не менш доцільним, є варіант залучення грантових коштів під придбання відповідних приладів або частини з них.

Якщо ми припустимо, що команда ЗОЗ обрала оптимально зручний варіант для забезпечення проєкту необхідним обладнанням, то залишається ще ряд невирішених запитань. Приміщення для здійснення процедури в медичній установі, типу центрального закладу ОТГ, здебільшого є. Якщо ми згадаємо частину цієї роботи, де було описано особливості системи ОЗ Семашко, яка діяла в Україні до 2018 року, то ми зрозуміємо, що лікарняних

площ в країні більш ніж достатньо. Проблема полягає в корисності цих приміщень. Тому ми можемо сміливо припустити, що вільну площу для проекту в межах комунального або державного ЗОЗ знайти не складно. Тим паче, ми розуміємо, що більшість проектів виникатимуть на базах вже існуючих, неформальних, а це і є офтальмологічні відділення з облаштованою операційною. В ряді випадків таким відділенням може знадобитись поточний ремонт і кошти на нього комунальний заклад може знайти в своєму бюджеті або бюджеті власника ЗОЗ. Про конкретні цифри в даному випадку говорити складно, тому що вони суттєво відрізнятимуться залежно від наявності діючого офтальмо-хірургічного відділення та його стану.

Ще одним аспектом впровадження платної послуги «хірургія катаракти» в межах комунального чи державного закладу ОЗ є те, що заклад, який забор'язується надати таку послугу за фіксованою вартістю, повинен централізовано закупити усі необхідні розхідні матеріали. Зробити це ЗОЗ може за допомогою тендеру, розміщеного на платформі Prozorro.³⁷ Враховуючи специфіку імплантатів, в договорі з постачальником повинна бути вказана можливість обміну штучних кришталіків на ті, які матимуть необхідну діоптрійність, адже проспективно передбачити цей показник неможливо. Усі решта розхідних матеріалів можна купувати без цих додаткових умов, адже вони є стандартними для усіх пацієнтів.

Наявність оперуючого хірурга з досвідом проведення операції «хірургія катаракти», безперечно, є однією з ключових умов для старту проекту. Ми вже також не одноразово говорили про те, що такі спеціалісти здебільшого є, але виконують цю процедуру за неформальні оплати. Як вже було зазначено

³⁷ <https://prozorro.gov.ua/search/tender>.

вище, спеціаліст такого рівня здебільшого не отримує від закладу ОЗ додаткового, окрім заробітної плати, фінансового заохочення. З січня 2022 року найбільш успішні фінансово ЗОЗ розпочали практику активнішого проміювання провідних фахівців. Ми вже згадували про те, що такий механізм має певні недоліки. Він не є врегульованим і не має критеріїв виконання. Здебільшого виплата таких нарахувань залишається на розсуд керівника комунального закладу. А це тягне за собою суб'єктивні чинники. Тому ми пропонуємо провідному хірургу і команді підписати із ЗОЗ колективний договір із чіткими цифрами по оплаті праці. До прикладу. Якщо ми виходимо із порахованого нами тарифу, то навіть за реалізації базового пакету з імплантацією найпростішої ІОЛ, ми можемо встановити вартість послуги близько 7700 грн. Собівартість з цієї вартості складає 5 900 грн. Тобто рентабельність в гривневому вираженні складає 1800 грн. Якщо провідний хірургі отримає з цієї суми 800 грн, то за проведення сорока операцій з приводу заміни кришталика на місяць, надбавка до його зарплати складати 32 000 грн. Лікарям-діагностам ми можемо запропонувати по 200 додаткових гривень з пацієнта. За умови закриття тих самих сорока кейсів, лікар отримає додатково 8 000 грн.

Так, розуміючи реальні доходи таких спеціалістів зараз, ми усвідомлюємо, що вони є значно вищими. Аби заохотити таких спеціалістів приєднуватись до команди комунального ЗОЗ або залишатись працювати в ньому, керівник установи повинен забезпечити потік пацієнтів для такого проекту. Найочевиднішим шляхом є маркетингова кампанія, яка базуватиметься на тому, що пацієнт може отримати якісну послугу, рівня приватної установи, але дешевшу на 45%. За такої комунакації і дійсно якісного надання згаданої послуги, є можливість залучити вдвічі або ж і

втричі більше пацієнтів. Відповідно, за збереження умов оплати праці команді відділення на рівні зазначеному вище, ми можемо прогнозувати заробіток провідного хірурга на рівні 70-100 тис грн на місяць. Варто також врахувати, що усі розрахунки базуються на імплантації базового імплантату. В той самий час, значна частина пацієнтів може погодитись, за вірної комунікації, на імплантацію більш якісних та технологічних ІОЛ, вартість яких є вищою. З вартістю кришталіка зростатиме і вартість операції, а отже і сума яку ми отримуємо в цифрі рентабельності. Цей пункт також необхідно занести до колективного договору, адже ми можемо збільшити оплату праці виконавцям процедури за рахунок цього.

3.3. Варіанти надання безоплатно базової послуги «хірургія катаракти з імплантацією штучного кришталіка»

Звісно, ми не повинні забувати про пацієнтів, які не можуть оплатити самостійно вартісну послугу «хірургія катаракти». Зараз система працює так, що здебільшого ці пацієнти залишаються без наданої послуги. Як ми вже бачили вище у цій роботі, не залежно від того, де надається допомога, в приватному чи у комунальному закладі охорони здоров'я, пацієнт оплачує її з власної кишені. Тобто ті пацієнти, які відносяться до групи незаможних, послуга «хірургії катаракти» залишається поза доступом. Дуже обмеженою є практика закупівлі на тендерній основі за кошти громади або певних інституцій розхідних матеріалів для реального надання безоплатної допомоги потребуючим. Ці закупівлі в загальному об'ємі операцій є мізерними. Мова йде про сотні, зрідка до тисячі операційних пакетів на рік на цілу область. В той час, коли операції потребують десятки тисяч пацієнтів. Ці закупівлі теж мають певні обмеження, адже вони часто поширюються лише на ІОЛ і не

враховують потребу в інших розхідних матеріалах, тому пацієнти все одно неформально доплачують за послугу.

Ми вважаємо, що ЗОЗ, який якісно впровадить та розвиватиме проєкт платної послуги «хірургія катаракти» зможе за умовний календарний рік зібрати певну суму коштів для акційного надання відповідної послуги тим пацієнтам, які не мають можливості заплатити за неї. До прикладу, якщо заклад успішно на платній основі, виконає 1500 операцій з приводу катаракти за рік, він може ста пацієнтам таку послугу надати безоплатно. З метою заощадження основного ресурсу, а саме зусиль провідного хірурга, ці пільгові послуги може надавати хірург відділення, який ще перебуває на етапі навчання, під патронажем власне досвідченого колеги. Така практика є притаманною для країн Азії. Багато молодих українських хірургів їздять на практичну частину навчання, до прикладу, до Індії, де вони можуть вдосконалити свої навички, надаючи допомогу незаможним мешканцям цієї країни.

Керівник закладу може звернутись по допомогу із закупівлею необхідних розхідних матеріалів до власника КП. Звісно мова, для початку, йде про базові ІОЛ, тому що таким чином комунальний заклад зможе надати допомогу більшості кількості потребуючих. Також допомогти в придбанні можуть виробники і дистриб'ютори розхідних матеріалів, які у випадку комплексної закупки установою розхідних матеріалів для надання комерційної послуги, можуть виділи умовні 5-7% від закупленого об'єму у якості пожертви для установи. Ці умови варто одразу прописати в договір із постачальником аби не зіткнутись із зміною позиції з часом. Для самого постачальника, на нашу думку, також буде більш безпечно мати заздалегідь прописані умови, щоб уникати спекуляцій і зловживань на етапі постачання.

Ми переконані, що такі компанії готові йти на подібні кроки навіть з маркетингових та репутаційних цілей. Більше того, така практика є поширеною в країнах заходу, де послуга «хірургія катаракти» надається прозоро і компанії мають низькі ризики наштовхнутись на корупційні схеми. Враховуючи, що зараз в Україні послуга «хірургія катаракти» в комунальному секторі перебуває в сірій зоні, ми не маємо можливості користуватись такими шляхами взаємодії з постачальниками і виробниками. Таким чином ми втрачаємо можливість допомагати нашим малозабезпеченим пацієнтам.

Тим паче варіант надання комунальним закладом ОЗ безоплатно послуги «хірургія катаракти» виглядає можливим, якщо обладнання для реалізації проєкту було залучене шляхом гранту або ж придбане за кошти громади. В такому випадку затратна частина для самої установи значно зменшується, а можливості до надання послуги справді безоплатно, зростають. Цей пункт також може бути гарним обгрунтуванням для жертводавця, який розумітиме, що надані ним кошти мають прозорий шлях для реальної допомоги тим, хто зараз не має до неї доступу. Варто також у заявці вказати майбутній механізм співпраці з постачальниками розхідних матеріалів аби підкреслити те, що наш проєкт поряд із комерційною має також і соціальну складову.

Певним викликом стане реальний підбір пацієнтів, які справді потребують пільгового отримання послуги, яка для решти надається на платній основі. Критерії ЗОЗ може прописати сам. Вважаємо, що для ідентифікації таких громадян варто залучити сімейних лікарів, які значно краще знають і орієнтуються в спроможності пацієнтів і їх сімей оплатити необхідну послугу. Зараз сімейні лікарі мають шлях взаємодії із закладами вторинної та третинної медичної допомоги за допомогою електронного скерування. Подібний механізм ми пропонуємо залучити і у випадку

пацієнтів, які не можуть оплатити послугу «хірургія катаракти» з власної кишені. На практиці це виглядатиме наступним чином. Сімейний лікар скеровуватиме пацієнта на огляд до офтальмолога і, за потреби, до офтальмохірурга. Після підтвердження діагнозу «хірургія катаракти» і погодження оперативного втручання, сімейний лікар надасть пацієнту електронне скерування, яке матиме порядковий номер. Цей номер необхідний для того аби не перевищувати допустиму для комунального закладу кількість місць на безкоштовну процедуру. Ми свідомі того, що не усім охочим вдасться здійснити операцію негайно. Та здебільшого, за виключенням ряду випадків, катаракта є процедурою, яку можна відтермінувати в часі. Таким чином виникатиме певний лист очікування. Просунутись цим листом швидше пацієнт матиме змогу у випадку різкого погіршення стану, про яке повинен повідомити сімейний лікар, який має тісний контакт зі своїми підопічними.

Ми усвідомлюємо, що у випадку появи таких пільгових пацієнтів, можливі зловживання, але також розуміємо, що не залишити шляху для безкоштовної послуги є зовсім не гуманним, тому що зараз, по факту, система неформальних платежів таких шляхів не залишає і тисячі пацієнтів залишаються без необхідного медичного втручання. Як наслідок, пацієнти втрачають належну якість життя. Ми описували соціальні ризики пов'язані із некомпенсованою патологією «катаракта» у першому розділі цієї роботи. Саме тому нашим завданням є не зменшити доступ до послуги «хірургія катаракти» включенням її до переліку платних, а навпаки зробити більш доступною.

Висновки за розділом 3

1. Враховуючи існуючу ситуацію доцільним і виправданим є внесення послуги «хірургія катаракти» до переліку платних в комунальних ЗОЗ.
2. Проблему забезпечення обладнанням варто вирішувати шляхом використання широкого спектру фінансових інструментів, зокрема кредиту на придбання обладнання, лізингу обладнання, оренди приміщення з обладнанням, придбанням вживаного обладнання, фінансування придбання обладнання за рахунок гранту.
3. Ми запропонували варіанти залучення обладнання, необхідних спеціалістів та придбання належних розхідних матеріалів. Розхідні матеріали ЗОЗ повинен закуповувати через систему закупівель Prozoغو. Саме такий офіційний шлях відкриває можливості до пільгових цін від виробників або ж до можливості залучення безкоштовних розхідних матеріалів, з метою реалізації проєкту із надання безоплатної послуги «хірургія катаракти» тим пацієнтам, які не мають можливості оплатити її самостійно. За нашими підрахунками, ми можемо знизити вартість послуги для пацієнтів і в той самий час зберегти гідну оплату командам, які виконують дану послугу. Ми розуміємо, що реальна фінансова вигода, у конфігурації неформальних платежів, для виконавців є вищою. Та ми бачимо ризики продовження таких практик, тому пропонуємо їм не лише цифрові розрахунку, а і ціннісні аргументи, які повинні зіграти свою позитивну роль з метою отримання погодження від цих стейкхолдерів.
4. В нашу концепцію також включений пункт про надання пацієнтам, які не мають можливості оплатити дану послугу, безоплатної допомоги. Реально безоплатної, а не теоретичної, як це працює зараз.

ВИСНОВКИ

1. Станом на сьогодні факоемульсифікація є найбільш ефективним методом лікування патології катаракта. Саме тому, згідно Уніфікованого протоколу в Україні цей метод є рекомендованим для лікування даної групи пацієнтів.
2. Нами вивчено та проаналізовано нормативно-правову базу для впровадження платних медичних послуг в Україні. Фактично є три основні документи, які регламентують згаданий процес. А саме-Конституція України, Постанова Кабінету Міністрів України від №1138 від 17 вересня 1996 року «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах» та Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Вважаємо, що послуги «хірургія катаракти» може бути внесена в перелік платних, згідно цих нормативно-правових актів.
4. Нами проаналізовано досвід трьох країн, Грузії, Великобританії та Польщі, в розрізі надання послуги «хірургія катаракти». Ми вважаємо, що цінною є практика одноразового застосування усіх розхідних матеріалів, як це роблять спеціалісти Великобританії та Польщі. Вважаємо за доцільне прив'язувати оплату праці команди відділення до кількості закритих кейсів, тобто прооперованих пацієнтів, так як це відбувається у Грузії. Доцільним є залишити приватний сектор як окрему частину системи, з точки зору фінансування, за зразком Польщі та Великобританії.
5. Аналіз особливостей надання послуги «хірургія катаракти» в Україні показав, що в комунальних ЗОЗ дана послуга надається на безоплатній

основі лише теоретично. На практиці усі пацієнти здійснюють оплату неформально.

6. Аналізу стейкхолдерів засвідчив, що без консенсусу з боку зацікавлених сторін неможливо змінити ситуацію і досягти поставленої мети, а саме вивести із неформального поля послугу «хірургія катаракти» і перевести її в розділ платних послуг в межах комунального ЗОЗ.
7. Ми прописали для комунальних ЗОЗ шлях впровадження платної послуги «хірургія катаракти». Ми свідомі того, що для типового закладу ОЗ подібний проєкт є вартісним, тому надали ряд рекомендацій по залученню спеціалістів, обладнання та розхідних матеріалів. Ключовою особою в проєкті є хірург-офтальмолог, який виконуватиме втручання. Ми надали розрахунки, згідно яких, такий спеціаліст може отримувати до 100 тис грн зарплати, що повинно стати хорошим заохочення для відмови від неформальних платежів. Вартісне обладнання рекомендуємо закуповувати за договорами лізингу або кредитними. Розхідні матеріали ЗОЗ повинен закуповувати через систему Prozorro.
8. Ми запропонували для типового ЗОЗ варіант надання частині пацієнтів послуги «хірургія катаракти» на безоплатній основі. В цій частині важливим є те, наскільки успішно і за мінімальну вартість заклад закупить обладнання та розхідні матеріали. Ми навіть розглядає варіант надання постачальниками таких матеріалів на безоплатній основі, за умови стабільної закупівлі певної кількості продукції.

Поняття «медичної послуги» в Україні є ще зовсім новим. Ті пацієнти, які мають доступ до приватного медичного сектору, вже краще розуміють це явище. Ті ж, які послуговуються допомогою комунальних та державних ЗОЗ наразі тільки починають знайомство з цим поняттям. Дослідивши практики

надання медичної послуги в комунальних та державних ЗОЗ на прикладі послуги «хірургія катаракти» ми зрозуміли, що вагомою на перешкодою на шляху їх розвитку та наближення до належної якості, є практики неформальних платежів. Вони сягають своїм корінням ще в Радянські часи, коли система ОЗ була побудована таким чином, що без неформальних платежів фактично не могла розвиватись. На даному етапі реформування Україна вже зробила ряд кроків аби позбутись неефективної системи Семашко і впровадити більш ефективну та ринково обгрунтовану. За наявності достатньої кількості коштів в системі, напевне, ми могли би обійтись і без залучення додаткових. Але дослідивши питання фінансування медичної галузі вже після старту реформи ОЗ в Україні, ми побачили, що без залучення додаткових ресурсів, система функціонувати не може. Наразі ці ресурси залучаються найчастіше неформальним шляхом. Ми бачимо вихід з цієї ситуації у вигляді впровадження оплати за ті послугу, за які зараз пацієнт платить неформально. Ми пройшли теоретично увесь шлях до впровадження платної послуги на прикладі «хірургії катаракти». Ми побачили частково нерегульоване законодавство. Зрозуміли, що від думок і рішень ключових стейкхолдерів, залежить старт і успішна реалізація майбутнього проєкту. Ми знайшли рішення, які можуть задовільнити потреби тих учасників процесу, які звикли працювати з практиками неформальних платежів. Ми описали шляхи і методи, якими комунальний або державний заклад ОЗ може залучити необхідні ресурси і кошти для старту проєкту, тому що мова йде про багатомільйонні інвестиції. Порахувавши собівартість послуги і додавши до неї максимально допустиму рентабельність(виходячи із законодавства України) ми побачили, що медичній установі доведеться докласти зусиль і залучити велику кількість пацієнтів аби команді відділення було справді

цікаво залишатись в проєкті, а не переходити в приватний. Наш важливий стейкхолдер, пацієнт, при впровадженні офіційної платної послуги «хірургія катаракти», отримає змогу пройти хірургію з приводу катаракти за вартістю на 45% нижчою аніж в альтернативному приватному або в аналогічному комунальному, тільки на неформальній основі.

Ми переконані, що впровадження платної послуги «хірургія катаракти» навіть в декількох великих відділеннях комунальних або державних ЗОЗ, сколихне ринок. Ми розраховуємо на каскадне зменшення неформальних проєктів в цій галузі та зниження вартості у приватному секторі, що відкриє доступ більшій кількості пацієнтів до цієї послуги. В свою чергу, доступ до послуги зменшить кількість наших громадян, які втрачають зір у зв'язку із некомпенсованим станом, спричиненим діагнозом «катаракта». А це і є основною метою нашої роботи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонов С. В. Правова регламентація надання медичних послуг / С. В. Антонов. Журнал: Управління закладом охорони здоров'я. – К., 2007. – С.18 –22
2. С.В Антонов. Кандидатська дисертація на тему «Цивільно-правова відповідальність за спричинення шкоди здоров'ю при наданні платних медичних послуг»
3. Булеца С. Б. Цивільне партнерство: види та особливості / С. Б. Булеца // Часопис цивілістики : наук.-практ. журн. / редкол.: С. В. Ківалов (голов. ред.), Є. О. Харитонов (заст. голов. ред.), К. Г. Некіт (відп. секр.) [та ін.]. - Одеса, 2017. – Вип. 27.
4. Булеца С. Б. Цивільні правовідносини, що виникають у сфері здійснення медичної діяльності: теоретичні та практичні проблеми [Текст] : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.03 / БулецаСібілла Богданівна ; Нац. ун-т «Одес. юрид. акад.». – Одеса, 2016. – С. 26.
5. Венедіктова І. В. Правова природа медичних послуг / І. В. Венедіктова // Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України. – 2014. – № 5. – С. 44–48.
6. Гайдай Н. Правовые критерии оценки качества медицинских услуг // Медицинское Правове регулювання та особливості договорів про надання медичних послуг / Н. Гайдай // Юридичний жур-нал. – 2010. – № 10. – С. 55–58. – С. 16-21.
7. Гревцова Р. Ю. Деякі питання законодавчого забезпечення розвитку охорони здоров'я в Україні / Р. Ю. Гревцова. // Часопис Академії адвокатури України. - 2013. - № 2

8. Р.А Майданик Договір про надання медичних послуг/ Р.А.Майданик// МЕДИЧНЕ ПРАВО 5(1)2010
9. Право на охорону здоров'я: поняття та особливості / А. В. Меленко // Альманах права. - 2016. - Вип. 7. - С. 194-197
10. Оверко Г.Я / Правове регулювання окремих видів публічних і приватних відносин в Україні: монографія / Оверко Г.Я.: Характеристика моральної шкоди, заподіяної пацієнту при наданні медичних послуг (медичної допомоги) 421-442 с. // колектив авторів, керівник авторського колективу доцент Федик Є.І. - Львів: Новий Світ - 2000, 2014, - 482 с.
11. О. І. Прасов О. О. Право на медичну допомогу та його зміст / О. О. Прасов // Сучасне українське медичне право : [монографія]. [за заг. ред. С. Г. Стеценка]. – К.: Атіка, 2010. – С. 74.
12. Смотров / Договір щодо надання оплатних медичних послуг в умовах реформування галузі охорони здоров'я / О. І. Смотров // Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ. - 2001. - № Спец. вип.. - С. 330-334
13. Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я. Медичне право України: Підручник / За заг. ред. д.ю.н., проф. С.Г. Стеценка. - К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. - 507 с.
14. А. А. Телестакова / Окремі питання визначення критеріїв класифікації договорів про надання послуг / А. А. Телестакова // Часопис Київського університету права. - 2011. - № 1. - С. 172-175
15. О.В. Чехун / Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти / О.В. Чехун // Часопис Київського університету права. - 2010.- № 2. - С. 213-216. - Бібліогр.: 10 назв. - укр

16. Шевчук С. С. Правовое регулирование возмездного оказания медицинских услуг: реалии и перспективы / С. С. Шевчук. – Ставрополь : Сев-Кав. ГТУ ; Ставрополь сервис школа, 2001. – 232 с.
17. Чехун О В. Надання платних медичних послуг : цивільно-правові аспекти / О. В. Чехун // Часопис Київського університету права. – 2010. – № 2. – С. 214.
18. Конституція України : Закон України від 28 червня 1996 р. No 254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – No 30. – Ст. 141.
19. Постанова про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.2017 р. No 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19> (дата звернення: 09.06.2021)
20. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 51 народного депутата України щодо відповідності Конституції України (конституційності) положень статей 24, 58, 59, 60, 93, 1901 Кримінального кодексу України від 25 грудня 1998 року No 1-29/98 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/v015p710-98>.
21. PREFERRED PRACTICE PATTERN® DEVELOPMENT PROCESS AND PARTICIPANTS
22. <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ25523>
23. <https://www.gov.uk/eye-conditions-and-driving>
24. <https://www.nhs.uk/conditions/cataracts/>
25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6139750/>

26. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_49_ykpm_d_kat_arakta.pdf
27. <https://www.lasereyesurgeryhub.co.uk/cataract-surgery/costs/>
28. http://www.investplan.com.ua/pdf/5_2021/20.pdf.
29. <https://www.radiosvoboda.org/a/953016.html>
30. https://uk.wikipedia.org/wiki/Список_країн_за_очікуваною_тривалістю_життя
31. <https://suprun.doctor/transformacziya/yak-praczyue-sistema-oxoroni-zdorovya-polshhi.html?=&page=514>.
32. <https://np.pl.ua/2015/07/plyusy-ta-minusy-reform-hromadskoho-zdorovya-v-hruziji-abo-yak-poltavtsi-inozemnyj-dosvid-perejmaly/>
33. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341954/WHO-EURO-2021-2671-42427-58996-ukr.pdf>.
34. <https://www.medsprava.com.ua/article/2445-yak-oplachuvati-pratsyu-medpersonalu-u-2022-rots>
35. <https://contracting.nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2022>
36. <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/u-jakih-privatnih-likarnjah-mozhna-obrati-svogo-likarja>
37. <https://blog.h24.ua/uk/programa-medychnyh-garantij-2022-pakety-poslug-ta-spetsyfikatsiyi/>
38. Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Med.* 2012;9(6):e1001244. doi:10.1371/journal.pmed.1001244.
39. <https://uteka.ua/ua/publication/commerce-12-pravovie-soveti-67-kredit-ilizating-chto-vybrat>

40. <https://prozorro.gov.ua/search/tender.>:

41. tekcom-lease.com.ua/lizing-medichnogo-obladnannya/