

ISSN 2523-4536

МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



МАУП

НАУКОВІ ПРАЦІ МАУП

Серія
ЕКОНОМІЧНІ НАУКИ

Випуск 1 (55)
2018

Засновано 2001 року
Видання виходить 4 рази на рік

Київ
ДП “Видавничий дім “Персонал”
2018

УДК 330-339; 321.7; 159.9
ББК 65.9(4УКР)29-2я43

Редакційна колегія

Курко М. Н., д-р юрид. наук, проф. — головний редактор
Головатий М. Ф., д-р політ. наук, проф. — заступник головного редактора
Ігнатченко А. А., канд. техн. наук — відповідальний редактор

Баєва О. В., д-р біол. наук, проф.,
Бойченко Е. Б., д-р екон. наук, доц.,
Дмитренко Г. А., д-р екон. наук, проф.,
Захожай В. Б., д-р екон. наук, проф.,
Куроченко О. В., д-р екон. наук, проф.,
Пила В. І., д-р екон. наук, проф.,
Радзівеський О. І., д-р екон. наук, ст. наук. співроб.,
Романова Л. В., д-р екон. наук, проф.,
Сафонова В. Є., д-р екон. наук, доц.,
Федоренко В. Г., д-р екон. наук, проф.,
Швець В. Я., д-р екон. наук, проф.,
Шостак Л. Б., д-р екон. наук, проф.

Рекомендовано до друку Вченою радою Міжрегіональної Академії управління персоналом (протокол № 6 від 27 червня 2018 р.)

Видання індексується Google Scholar

Наукові праці МАУП. — Серія : Економічні науки. — 2018. — Вип. 1 (55) / [редкол.: М. Н. Курко (голов. ред.) та ін.]. — Київ : МАУП, ДП “Вид. дім “Персонал”, 2018. — 82 с.: іл. — Бібліогр. у кінці ст. — Виходить 4 рази на рік.

У збірнику наукових праць публікуються статті науковців, які займаються проблемами розвитку економіки.

Для науковців, викладачів, студентів, а також усіх, кого цікавить розвиток науки в Україні.

Збірник “Наукові праці МАУП” (Серія “Економічні науки”) за наказом Міністерства освіти і науки України визнано як фахове видання з економічних наук (дата включення 21.11.13).

ББК 65.9(4УКР)29-2я43+67.9(4УКР)я43

© Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП), 2018
© ДП “Видавничий дім “Персонал”, 2018

ЗМІСТ

Відомості про авторів	4
Сафонова В. Є., Грушина А. І. <i>Кредитування підприємств малого та середнього бізнесу в Україні: проблеми та перспективи</i>	5
Баєв В. В., Баєва О. В. <i>Аналіз методів розрахунку вартості медичних послуг в системі медичного туризму</i>	12
Дікареєв О. І. <i>Інвестиційно-правові та геофінансові стратегії Китайської Народної Республіки в регулювання глобальних ланцюгів додаткової вартості</i>	17
Квасний Л. Г., Федішин В. В. <i>Дослідження проблем і перспектив розвитку підприємств туристичної індустрії Прикарпаття</i>	30
Пьохов В. М. <i>Хабарництво, корупція та тіньова економіка — триєдина загроза національній безпеці України</i>	39
Заєць О. С. <i>Інвестиції в трудовий потенціал як джерело збереження і розвитку людського капіталу будівельних підприємств</i>	50
Трайкоска В. А. <i>Економічна сутність реструктуризації підприємства</i>	59
Трайкоскі В. Т. <i>Сутність принципу збалансованості у забезпеченні економічного зростання</i>	71

В. В. БАЄВ

Міжрегіональна Академія управління персоналом, м. Київ

О. В. БАЄВА

Київський медичний університет

АНАЛІЗ МЕТОДІВ РОЗРАХУНКУ ВАРТОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ

Наукові праці МАУП. Серія Економічні науки, 2018, вип. 55(1), с. 12–16

Проаналізовано компоненти ринку медичного туризму та основні методи оплати надавачів медичної допомоги в системі медичного туризму. Системний аналіз дає можливість визначити основні чинники, які дозволять використати досвід країн з розвинутою системою охорони здоров'я при розрахунку медичних послуг у системі медичного туризму.

Євроінтеграційні процеси відкривають український ринок для медичних корпорацій — країн ЄС. Під впливом цього процесу можна очікувати створення умов для чесної конкуренції, що відповідає правилам, встановленим національними та наднаціональними органами влади; відхід від монополії держави на надання медичних послуг; посилення суперництва між медичними закладами різного профілю та форм власності.

Прийнята у 2011 р. Директива ЄС “Про права пацієнтів на отримання транскордонної медичної допомоги” засвідчує остаточний перехід до нео-ліберальної парадигми охорони здоров'я. Відповідно до цієї директиви на ринку медичних послуг ЄС будуть відзначатися певні тенденції. По-перше, в рамках створення єдиної європейської моделі слід очікувати прискорення процесу конвергенції національних моделей охорони здоров'я. По-друге, споживчий попит на медичні послуги не обмежуватиметься кордоном держави, а постачальники медичних послуг з різних країн ЄС отримають рівні умови ведення бізнесу порівняно з місцевими конкурентами [1]. По-третє, Директива ЄС сприятиме розвитку як в'їзного, так і виїзного медичного туризму.

Туристичний пакет у системі медичного туризму включає такі складові:

- послуги туроператора (або турагента), який формує туристичний пакет;
- надання послуг з транспортування як споживача послуг медичного туризму, так і осіб, які його супроводжують;
- медичне страхування;

- оплата проживання осіб, які супроводжують пацієнта;
- надання медичних послуг (діагностичних, лікувальних, реабілітаційних, прийняття пологів тощо);
- екскурсійні послуги для осіб, які супроводжують пацієнта (якщо дозволяє здоров'я, йому також надаються екскурсійні послуги).

Таким чином, туроператор медичного туризму не тільки формує туристичний пакет, а й на нього покладено основний обов'язок з укладання угод про надання медичних послуг з медичними закладами, які мають надавати медичну допомогу в рамках туристичного пакета [2].

Однією з вимог до таких закладів охорони здоров'я виступає наявність міжнародного сертифіката з якості.

Оплату за надані медичні послуги проводять виробники-посередники в рамках туристичного пакета, узгодженого з покупцем і надавачем медичної допомоги. Методи оплати наданих медичних послуг лікувальними закладами визначається системою організації і фінансування охорони здоров'я в країні в'їзного медичного туризму.

Методи оплати медичних послуг у системі медичного туризму умовно можна поділити на:

- ретроспективні, при яких виробнику медичних послуг відшкодовуються витрати за фактично наданий обсяг послуг;
- проспективні (перспективні, попередні), при яких розмір відшкодування за послуги визначається попередньо або виробником-посередником медичних послуг, або під час переговорів між туристичним агентством та надавачем медичних послуг.

Ретроспективна оплата (оплата *postfactum*) передбачає відшкодування витрат за фактично наданий обсяг медичної допомоги. Роль виробника-посередника є мінімальною і полягає в оплаті виставлених лікарнями рахунків. Перевірка обсягу і якості (обґрунтованість госпіталізації, відсутність приписок) проводиться ретроспективно за фактом наданої медичної допомоги. Усі фінансові ризики, пов'язані з оплатою медичної допомоги, несе виробник-посередник — туристичне агентство, яке формує туристичний пакет та визначає його вартість.

Ризики застосування ретроспективної оплати пов'язані з такими чинниками:

- збільшення числа маніпуляцій з прейскурантами цін на медичну допомогу з метою максимального збільшення доходу;
- вмотивованість надавачів медичної допомоги до необґрунтованого призначення більш високовартісних методів діагностики та лікування;
- “підміна втручання” — відсутність стимулу направляти пацієнтів на інший, більш адекватний з точки зору економічної ефективності вид надання допомоги.

Основними методами ретроспективного фінансування надавачів медичної допомоги є:

- метод оплати за кількістю фактично проведених ліжко-днів;
- метод клініко-статистичних груп або групових економічних стандартів.

Сутність методу оплати за кількістю фактично проведених ліжко-днів полягає в оплаті за кількістю фактично проведених ліжко-днів хворим в умовах медичного стаціонару (лікарні). Ліжко-день слугує критерієм системи оплати медичних послуг виробником-посередником послуг медичного туризму.

При проведенні розрахунків з лікарнею — надавачем послуг медичного туризму за таким методом сума виплат лікарні визначається добутком фактичного числа ліжко-днів на фіксовану ставку витрат на ліжко-день. Можливі такі модифікації цього методу:

- оплата за вартістю середнього ліжко-дня;
- оплата за вартістю середнього ліжко-дня за профілем ліжка;
- оплата за вартістю середнього або середньо-профільного ліжко-дня з додатковою оплатою обслуговування та лікування за межами відділення;
- оплата за вартістю середнього або середньо-профільного ліжко-дня з гонорарною оплатою праці лікуючих лікарів;
- роздільна оплата ліжко-дня та специфічних медичних втручань (хірургічних операцій, діагностичних досліджень).

Для оплати за вартістю ліжко-дня розраховують вартість одного ліжко-дня у профільному відділенні лікарні. Цей спосіб дає можливість скоротити обсяг оброблюваної економічної інформації, а також веде до подовження (часто штучно) термінів госпіталізації і ускладнює контроль за реальним обсягом медичної допомоги.

Виокремлюють два способи оплати медичної допомоги за пролікованого хворого на основі ліжко-дня:

1. Добуток вартості 1 л/дня на фактичну кількість л/днів перебування хворого в стаціонарі.
2. Добуток вартості 1 л/дня на директивний термін перебування хворого в стаціонарі відповідно до клінічного протоколу, прийнятого в країні в'їзного медичного туризму.

Варіантом методу оплати за ліжко-днем є метод пакетування послуг, за яким надані медичні послуги групуються в агреговану одиницю вищого рівня (наприклад, ліжко-дні або всі діагностичні процедури групуються в загальну “виписку”), за якою здійснюється нарахування ціни.

Мінімальна кількість параметрів підрахунку ставки оплати за пролікований випадок включає:

- базову ставку або глобальну середню вартість випадку;
- вагові коефіцієнти груп випадків для розрахунку відмінностей між випадками різної ресурсомісткості.

Вагові коефіцієнти груп випадків відображають середню вартість пролікованого випадку в певній групі щодо глобальної середньої вартості випадку.

Наприклад, ваговий коефіцієнт 1,3 для групи випадків X означає, що діагностика та лікування цих випадків в середньому на 30 % більш ресурсомісткі щодо середньостатистичних випадків у системі оплати.

У простій системі оплати за пролікованим випадком лікарням виплачується глобальна середня вартість за кожного пацієнта, тому всі вагові коефі-

цієнти дорівнюють одиниці. В базовій формулі можна використовувати коефіцієнти для оплати ненормально дорогих випадків, оплати перенаправлень в інші лікувальні заклади, оплати незавершених випадків надання медичної допомоги з метою коригування коливань вартості випадків, не підконтрольних постачальникам, зменшення фінансових ризиків, уникнення дублювання оплати і підтримки справедливого розподілу фінансування за всіма послугами.

До нестандартних випадків відносять лікування пацієнта у стаціонарі з нетипово довгим або коротким термінами госпіталізації для конкретної групи захворювань. Пороговий рівень називають “точкою балансування”.

Система оплати послуг медичного туризму, що диференціюється за діагнозами, потребує інструменту для визначення рівня складності або рівня ресурсомісткості кожного випадку щодо інших випадків. Для цього впроваджуються методи оплати за клініко-статистичними групами або групами економічних стандартів.

Сутність методу клініко-статистичних груп або групових економічних стандартів (DRG) полягає у нормуванні витрат на лікування схожих захворювань, об'єднаних до групи на основі однорідності клінічної картини в пацієнтів і приблизно однакової ресурсної місткості наданої допомоги. На сьогодні в більшості країн з розвинутою системою охорони здоров'я система DRG загалом охоплює стаціонарну медичну допомогу, хоча в деяких країнах розроблено DRG для амбулаторно-поліклінічної допомоги. Наприклад, для оплати роботи відділень хірургії одного дня.

У системах DRG, особливо австралійською і запозиченою з неї німецькою, а також у Франції і Нідерландах, більше уваги почали приділяти всім видам процедур, що проводяться під час госпіталізації. Групи в таких системах точніше можна визначити не як діагностично-пов'язані, а як діагностично-терапевтичні — саме так їх називають у Нідерландах. У США існує тільки диференціація на рівні наявності або відсутності супутніх захворювань. У Франції використовується 4-рівнева градація за складністю стану пацієнта, а в Німеччині — близько 9 рівнів для кожного DRG.

Кожне захворювання в рамках окремої DRG має середньозважені оцінки складності виконаних лікувально-діагностичних процедур, тривалості госпіталізації і, відповідно, середній обсяг витрачених коштів. Оплата за пролікованого хворого здійснюється за заздалегідь визначеною нормованою вартістю лікування випадку госпіталізації. Тобто система DRG здійснюється за допомогою класифікацій пацієнтів, що дозволяє пов'язати кожен пролікований випадок з використаними ресурсами та є зручним при формуванні туристичного пакета у сфері медичного туризму.

Джерела

1. Новіков В., Никонюк К. Соціальні наслідки Євроінтеграції України. Система охорони здоров'я [Електронний ресурс] // Friedrich-Ebert-Stiftung. Bibliothek der Friedrich-Ebert-Stiftung. URL: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/ukraine/09542.pdf>

2. Медицинский туризм: Рейтинги и обзоры [Электронный ресурс] // Лечение за рубежом. Price Watch 2009. URL: <http://www.medicare-4u.com/ru/medical-tourism/>
3. Баєва О. В., Чебан В. І. Економіка та підприємництво в охороні здоров'я. Чернівці: Вид-во БДМУ, 2013. 360 с.

Баєв В. В., Баєва О. В. Аналіз методів розрахунку вартості медичних послуг в системі медичного туризму. Проаналізовано основні складові туристичного пакета в системі медичного туризму. Досліджено методи оплати медичних послуг у системі медичного туризму та розрахунку вартості медичних послуг з використанням досвіду країн з розвинутою системою охорони здоров'я.

Baiev V. V., Baieva O. V. Analysis of methods for calculating the cost of medical services in the medical tourism system. The components of the tourist package in the system of medical tourism are determined. The components of the medical tourism market are analyzed. The system of payment for the provided medical services conducted by the intermediary producers within the framework of the tourist package agreed with the buyer and the provider of medical aid is researched. Methods of payment of medical services provided by medical institutions are determined by the system of organization and financing of health care in the country of entry medical tourism. And retrospective and prospective methods of payment of medical care providers in the system of medical tourism. The system of payment for medical tourism services differentiating according to diagnoses requires an instrument for determining the level of complexity or level of resource intensity of each case in other cases. To this end, payment methods are implemented through clinic-statistical groups or groups of economic standards. The essence of the method of clinical-statistical groups or group economic standards (DRG) is investigated, which consists in the normalization of the costs of treatment of similar diseases, grouped together on the basis of homogeneity of the clinical picture in patients and approximately the same resource capacity provided in the payment of medical services in the medical system tourism and calculating the cost of health services using the experience of countries with advanced health care systems.

Баев В. В., Баева Е. В. Анализ методов расчета стоимости медицинских услуг в системе медицинского туризма. Проанализированы основные составляющие туристического пакета в системе медицинского туризма. Исследованы методы оплаты медицинских услуг в системе медицинского туризма и расчета стоимости медицинских услуг с использованием опыта стран с развитой системой здравоохранения.

Надійшла 21 червня 2018 р.