

3. Захарова Н.Ю. Державна підтримка розвитку сільськогосподарських підприємств України / Захарова Н.Ю., Мазурова І.В.. – Мелітополь: Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету ім. Д. Моторного (економічні науки), 2020. – (№ 2 (42)). – с.232.

*Науковий керівник: О. М. Савельєва, к.ю.н., асистентка
Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого*

АВТОМАТИЗАЦІЯ АНАЛІЗУ ЧИННИКІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ВАРТІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ПРИВАТНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Стрельцова І.В.,

*здобувач вищої освіти спеціальності 122 «Комп'ютерні науки»,
Харківський національний університет радіоелектроніки*

Питання державного регулювання приватної медичної діяльності в Україні набули особливої актуальності. Приватні медичні заклади можуть бути рівноправним учасником процесу надання медичної допомоги в умовах проведення реформи сфери охорони здоров'я. Це важливо як для формування єдиного медичного простору, так і для забезпечення і гарантування з боку держави прав пацієнтів.

Основними конкурентними перевагами приватної медицини перед державною є: доступність, оснащеність, кваліфікація персоналу і зв'язок з потужними лікувальними установами. Окрім цього, приватні лікувально-профілактичні заклади знімають навантаження з державних лікарень та поліклінік, адже на сьогоднішній день понад 10% населення України обслуговується у приватних медичних кабінетах або приватних медичних центрах [1].

Правове регулювання цього процесу має відбуватись з урахуванням особливостей їх організаційно-правового статусу та цільового призначення. Державні, комунальні, приватні та відомчі медичні заклади мають здійснювати обслуговування пацієнтів, виходячи з однакових (стандартизованих) правил надання медичної допомоги. Сервісні можливості, додаткові послуги можуть відрізнитись, проте підходи щодо лікувально-діагностичного процесу мають бути однаковими. Саме тому невирішеними в умовах України є питання належного правового регулювання діяльності приватних медичних закладів. Адже з одного боку, вони є суб'єктами підприємницької діяльності та вільні у виборі її здійснення, проте з іншого, вони перебувають у рамках єдиних правил і стандартів, обумовлених побудовою єдиного медичного простору [2].

Більшість медичних центрів надають вузькоспеціалізовану амбулаторно-консультативну допомогу, широко представлені такі напрямки, як стоматологія, хірургія (особливо пластична), урологія, гінекологія, косметологія, неврологія, психотерапія, як найбільш привабливі з комерційної точки зору види спеціалізації [3].

В умовах динамічного ринкового середовища прибуток комерційних закладів охорони здоров'я від надання медичних послуг є одним з найголовніших показників, що визначає ефективність роботи та мету підприємницької діяльності.

У комерційних закладах охорони здоров'я розподілу підлягає чистий прибуток – прибуток, що залишився в розпорядженні підприємства після сплати податків та інших обов'язкових платежів.

Розподіл чистого прибутку характеризує процес формування фондів і резервів для реалізації потреб виробничої діяльності та розвитку соціальної сфери. Комерційні заклади охорони здоров'я мають кошторис видатків, що фінансуються з прибутку. Цей документ має включати видатки, пов'язані з розвитком виробництва медичних послуг, реалізації соціальної програми закладу охорони здоров'я.

До видатків, пов'язаних із розвитком виробництва медичних послуг, відносяться витрати:

- на науково-дослідну діяльність;
- на розробку та впровадження нових методів діагностики, лікування, профілактики та реабілітації тощо;
- на реконструкцію та модернізацію.

Розподіл прибутку на соціальні програми включає витрати на утримання об'єктів соціальної сфери, проведення спортивно-культурних заходів тощо. Тобто видатки, пов'язані із розвитком виробництва медичних послуг, сприяють зростанню майна, процесу накопичення; друга складова – соціальна – характеризує частку прибутку, що спрямовується на споживання [4].

При розрахунку вартості таких послуг після визначення всіх видів витрат, які складають собівартість певної послуги, закладається прибуток на підставі заданого рівня рентабельності. Зокрема, розпорядженням голови обласної державної адміністрації встановлена гранична рентабельність у розмірі 20% на платні послуги, що надають лікувально-профілактичні та санітарно-профілактичні заклади охорони здоров'я [5].

Також згідно з п.п. 1 п. 1 ст. 13 Закону № 5007 державне регулювання цін здійснюється Кабміном, органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування відповідно до їх повноважень шляхом установаження обов'язкових для застосування суб'єктами господарювання:

- фіксованих цін;
- граничних цін;
- граничних рівнів торговельної надбавки (націнки) та постачальницько-збутової надбавки (постачальницької винагороди);
- граничних нормативів рентабельності;
- розміру постачальницької винагороди;
- розміру доплат, знижок (знижувальних коефіцієнтів) [6, 7].

Тарифи на платні медичні послуги, що надаються державними і комунальними закладами охорони здоров'я, визначаються лікувально-профілактичними закладами, які безпосередньо надають такі послуги. Формування тарифів відбувається з урахуванням багатьох факторів, наприклад, вартість лікарських засобів і витратних матеріалів, вартість роботи медичного обладнання, кваліфікація фахівців, що виконують прийом та лікування хворих, тощо. Також потрібно брати до уваги наявність малозабезпечених верств населення, соціальні державні програми та інші чинники. З огляду на це, під час формування вартості медичного обслуговування дово

диться аналізувати велику кількість поточних показників і показників за минулі роки з метою порівняння.

Таким чином, доцільно розробити програмне забезпечення, яке дозволить зберігати тарифи та показники, на основі яких ці тарифи були розраховані, за попередні роки, виконувати кореляційний аналіз цих показників і прогнозування зростання цін.

Також програма повинна дозволяти формувати повну структуру витрат для кожної послуги; надавати функціонал з керування плановими та нормативними витратами на медикаменти, зарплатню, амортизацію обладнання; виконувати розрахунки щодо вартості окремих послуг або комплексу послуг за будь-який період; виконувати планування закупок та аудит витрат медикаментів і матеріалів, інвентаря, тощо.

Крім того програмне забезпечення подібного призначення повинно дозволяти імпортувати або вводити в ручну інформацію номенклатурного, класифікаційного, нормативного, розрахункового та іншого характеру, зберігати її та експортувати у зовнішні інформаційні системи у вигляді структурованих даних. З огляду на сферу застосування подібне програмне забезпечення можна віднести до програмно-технічних засобів з організації безпеки життєдіяльності пацієнтів та персоналу медичних закладів.

Список використаних джерел:

1. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я України. URL:<http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=381>
2. Бедрик І.О., Буравльов Л.О. Державне регулювання приватної медичної діяльності: організаційно-правові засади // Економіка та держава. – 2008. – № 6.
3. Удовиченко Н.М. Ефективність як складова об'єктивізації державного регулювання розвитку системи охорони здоров'я / Д.В. Карамішев, Н.М. Удовиченко // Теорія та практика державного управління. – Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2008. – Вип.. 1 (20).
4. Щербина І. Ф. Бюджетні аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні / І. Ф. Щербина.
5. Деякі проблеми правового регулювання діяльності приватних медичних закладів. URL:https://forumprava.pp.ua/files/075-082-2020-1-FP-Sedelkovsky_11.pdf
6. Про ціни і ціноутворення: Закон України від 21.06.2012р. № 5007-VI. Відомості Верховної Ради, 2013, № 19-20, ст.190.
7. Урсол Г.М., Скрипник О.А., Бугро В.І. Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я: від державного до приватного сектору. – Кіровоград: ТОВ “Імекс_ЛТД”, 2009.

*Науковий керівник: А. Ю. Кальницька, асист. каф. ІУС
Харківський національний університет радіоелектроніки*