

УДК 657.8:004

# ОБЛІК І КОНТРОЛЬ НАДАНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ КАРТОТЕКИ ПАЦІЄНТІВ

**ВОЛОДИМИР МУРАВСЬКИЙ,**канд. екон. наук, старший викладач  
кафедри обліку у виробничій сфері,  
Тернопільський національний  
економічний університет

Розглянуто методику обліку і контролю наданих медичних послуг з впровадженням єдиної електронної картотеки пацієнтів. Розроблено інформаційно-функціональну модель інтегрованої бази медико-облікових даних закладів охорони здоров'я. Досліджено особливості організації обліку та контролю витрат на медикаменти, лікарські засоби, заробітну плату медичного персоналу, харчування пацієнтів та інших прямих витрат в умовах запровадження обов'язкового медичного страхування. Удосконалено порядок контролю державних установ, страхових організацій, громадськості, волонтерських надавачів медикаментів у сфері медичного обслуговування.

**Ключові слова:** облік, контроль, автоматизація обліку, медичні послуги, картотека пацієнтів.

## ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Інформатизація соціально-економічних процесів є визначальною складовою розвитку сучасного соціуму. Серед системних соціально-економічних перетворень вагоме місце займає медична реформа, яка передбачає перехід на електронну картотеку медичних історій пацієнтів, оптимізацію надання медичних послуг населенню, запровадження страхової медицини, мінімізацію бюджетних видатків на охорону здоров'я [1].

Якщо впровадження інформаційних технологій в економіку країни активно відбувається за рахунок розуміння великим та середнім бізнесом переваг інформаційного суспільства, то заклади охорони здоров'я державної форми власності залишаються без належної підтримки. Жодна з програм розвитку сфери медичного обслуговування не стала успішною, що пояснюється відсутністю комплексних перетворень в інформаційно-комунікаційній сфері. Відсутні електронні організаційні комунікації медичних установ з пацієнтами, постачальниками лікарських засобів, страховими організаціями, державними контролюючими та статистичними установами. Проблемним залишається також питання організації ефективного обліку і контролю наданих медичних послуг, що визначили тематику та предметне поле наукової статті.

## АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПУБЛІКАЦІЙ. МЕТА СТАТТІ

Дослідження особливостей автоматизації обліково-контрольної діяльності в медичних установах

проводилося науковцями у сфері бухгалтерського обліку, економіки медицини та інформаційних технологій. Усі автори сходяться на думці щодо необхідності формування спільних інформаційних баз даних.

Зокрема, Н.М. Левченко, С.В. Головань запропонували вести автоматизований облік та відслідковувати рух медикаментів, наданих у формі благодійної допомоги, що дозволить попередити факти розкрадання та нецільового використання [2, с. 199]. Повну економічну інформаційну модель забезпечення якісних медичних послуг розроблено Н.З. Мачуга [3, с. 101]. Методику розрахунку собівартості наданих медичних послуг та інформування зовнішніх користувачів з метою державного та громадського контролю за ціноутворенням у сфері охорони здоров'ям досліджено С. Сорокою [4, с. 322]. Л. Г. Кемарська обгрунтувала необхідність формування єдиної бази даних доплат, надбавок, компенсацій залежно від територіального працевлаштування для нарахування та оплати праці медичних працівників, що сприятиме підвищенню продуктивності та ефективності виконання службових обов'язків [5, с. 119-120]. Дослідження порядку електронного документування руху пацієнтів з метою формування електронних масивів інформації для статистичних цілей проведено С.І. Шкроботом, В.В. Шкроботом, Г.Ф. Корнієнко [6, с. 96].

Проте оптимізація діяльності закладів охорони здоров'я вимагає об'єднання різносторонніх сфер економіко-медичної діяльності, формування електронної картотеки пацієнтів з наданням доступу до неї широкому колу користувачів.

Організація електронних баз даних з дистанцій-

ним доступом набула значного практичного розповсюдження в сучасних закладах охорони здоров'я. Реєстрацію звернень та подальше електронне документування медичних історій практикують великі регіональні лікарні та поліклініки. Проте у зв'язку з ненадлежащим забезпеченням комфорту в процесі комунікації пацієнтів з державними медичними установами все більше осіб користуються послугами комерційних закладів охорони здоров'я. Значного розвитку набула мережа медичних лабораторій, які оперативного та дистанційно забезпечують доступ до результатів проведених аналізів стану здоров'я. Також організації, які надають страхові послуги, об'єднують зусилля з метою формування спільної бази даних застрахованих осіб з метою уникнення фактів перестраховування та страхового шахрайства. Аналогічна ситуація з автоматизацією обліку і контролю в медичних установах. Комерціалізація медичного обслуговування сприяла пришвидшеному впровадженню інформаційних технологій в обліково-контрольні процеси.

Таким чином, здійснюються поодинокі спроби формування інформаційного середовища медичного призначення в електронній формі. Проте, така діяльність носить індивідуальний, несистемний характер та мало стосується бухгалтерського обліку, що унеможливує проведення комплексної реформи у сфері охорони здоров'я.

**Мета статті** полягає в розробці інформаційної моделі електронної бази медико-облікових даних закладів охорони здоров'я (надалі – бази даних) та організації на її основі системи автоматизованого обліку і контролю. Висувається гіпотеза, що електронна картотека пацієнтів повинна бути інформаційно інтегрованою в інформаційне поле не лише медичних установ, але й страхових організацій в умовах переходу на обов'язкове медичне страхування, медичних освітніх закладів, постачальників та реалізаторів медикаментів, громадських та благодійних установ та інших.

Для розкриття мети статті передбачається виконання ряду завдань, які впливають з організаційних особливостей обліку і контролю наданих медичних послуг закладами охорони здоров'я в умовах запровадження єдиної електронної картотеки пацієнтів і пов'язані з дослідженням:

- порядку інформаційної взаємодії усіх учасників ринку медичного обслуговування з єдиною базою даних для цілей автоматизації обліку і контролю;

- схеми електронного документування фактів звернення та лікування пацієнтів в умовах автоматизованого обліку і контролю діяльності медичних установ;

- організаційної складової автоматизованого обліку і контролю наданих послуг закладами охорони здоров'я із запровадженням обов'язкового медичного страхування;

- методики розрахунку собівартості наданих медичних послуг з метою достовірного та оперативного визначення фінансових результатів діяльності у сфері медичного обслуговування;

- системи оплати праці, обліку відпрацьованого часу та заробітної плати з врахуванням коригуючих (доплат або штрафних санкцій) коефіцієнтів, що сприятиме якісному виконанню медичним персоналом функціональних обов'язків;

- форми контролю за рухом лікарських засобів та медичних препаратів на основі облікової інформації з єдиної бази даних.

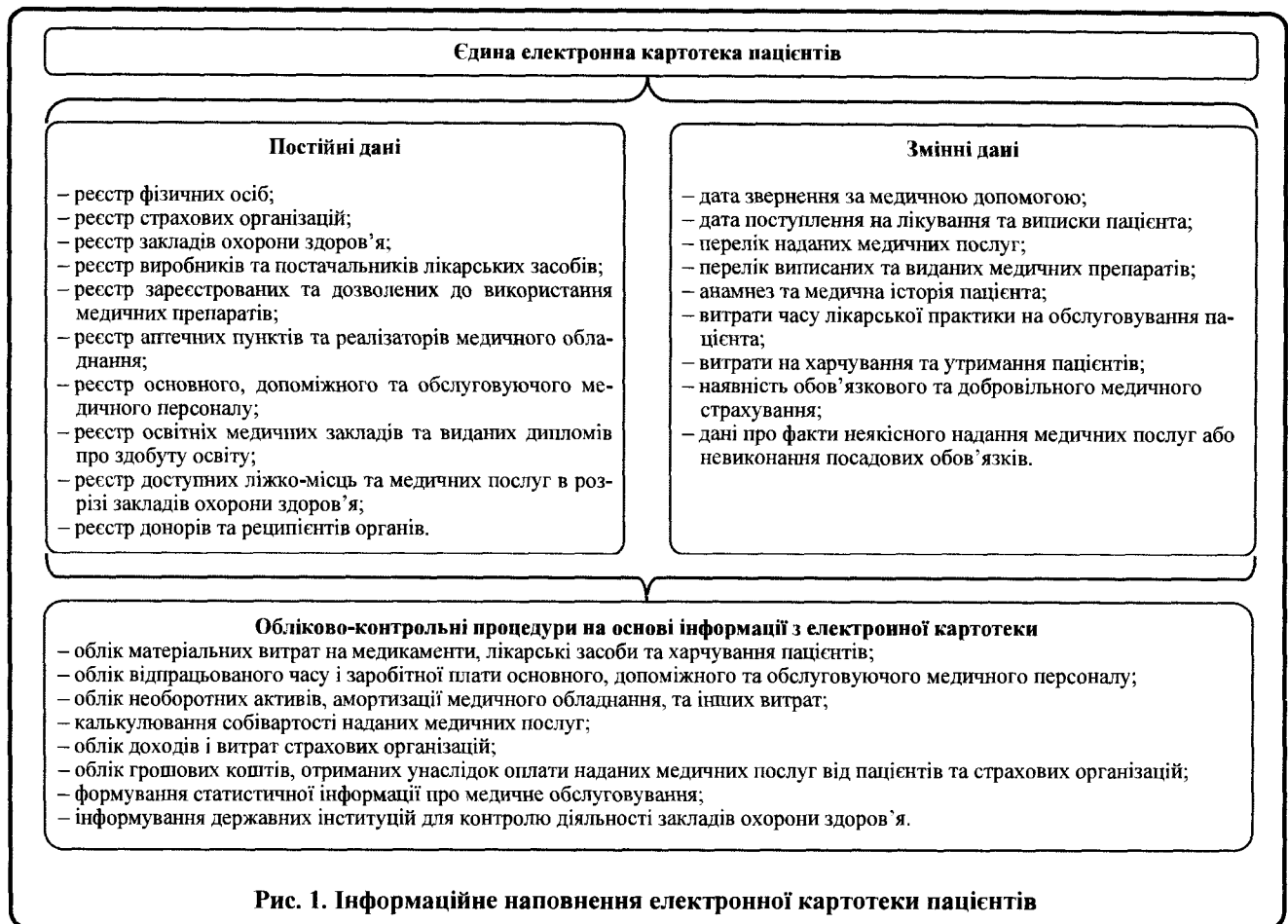
## **ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ**

### **1. ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЄДИНОЇ ЕЛЕКТРОННОЇ КАРТОТЕКИ ПАЦІЄНТІВ**

Концепція електронної медичної картки базується на запровадженні та використанні єдиної бази даних про пацієнтів, доступ до якої зможуть мати усі учасники ринку медичних послуг. Як доводить С. С. Котова, інформаційна система закладів охорони здоров'я включає дві підсистеми – медичну та економічну, практично незалежні одна від одної у функціонально відокремлених підрозділах [7, с. 37]. З метою досягнення синергетичного управлінського ефекту рекомендовано формувати спільне інформаційне поле діяльності у сфері медичного обслуговування через формування медично-економічної картки пацієнта. Електронну картотеку даних про історію хвороби пацієнтів доцільно доповнити обліковою інформацією. З метою забезпечення контролю необхідно в єдиній електронній картотеці фіксувати факт звернення пацієнтів до медичного закладу, тривалість лікування та виписку хворого з лікарні (рис. 1).

Записи до єдиної бази даних мають здійснюватися протягом тривалості життя особи. Таким чином забезпечується перманентний інформаційний супровід пацієнта при зверненні за медичною допомогою.

Інформація про усі діагнози, медичні процедури, рекомендовані та придбані особою ліки рецептурного відпуску фіксується в електронній картотеці. Електронне документування відбувається від моменту звернення пацієнта і до його виписки з медичного закладу. Формується електронний анамнез пацієнта, який може бути використаний усіма учасниками ринку медичних послуг.



Зокрема, у приймальному відділенні медичної установи відбувається формування електронного примірника форми № 001/о «Журнал обліку прийому хворих в стаціонар», з відображенням паспортних даних, медичної історії, а також автоматичним запитом на перевірку наявності страхового полісу. Доцільно організувати інформаційний обмін із страховими організаціями, які зможуть здійснювати контроль за витратами на медичні послуги з метою попередження страхового шахрайства.

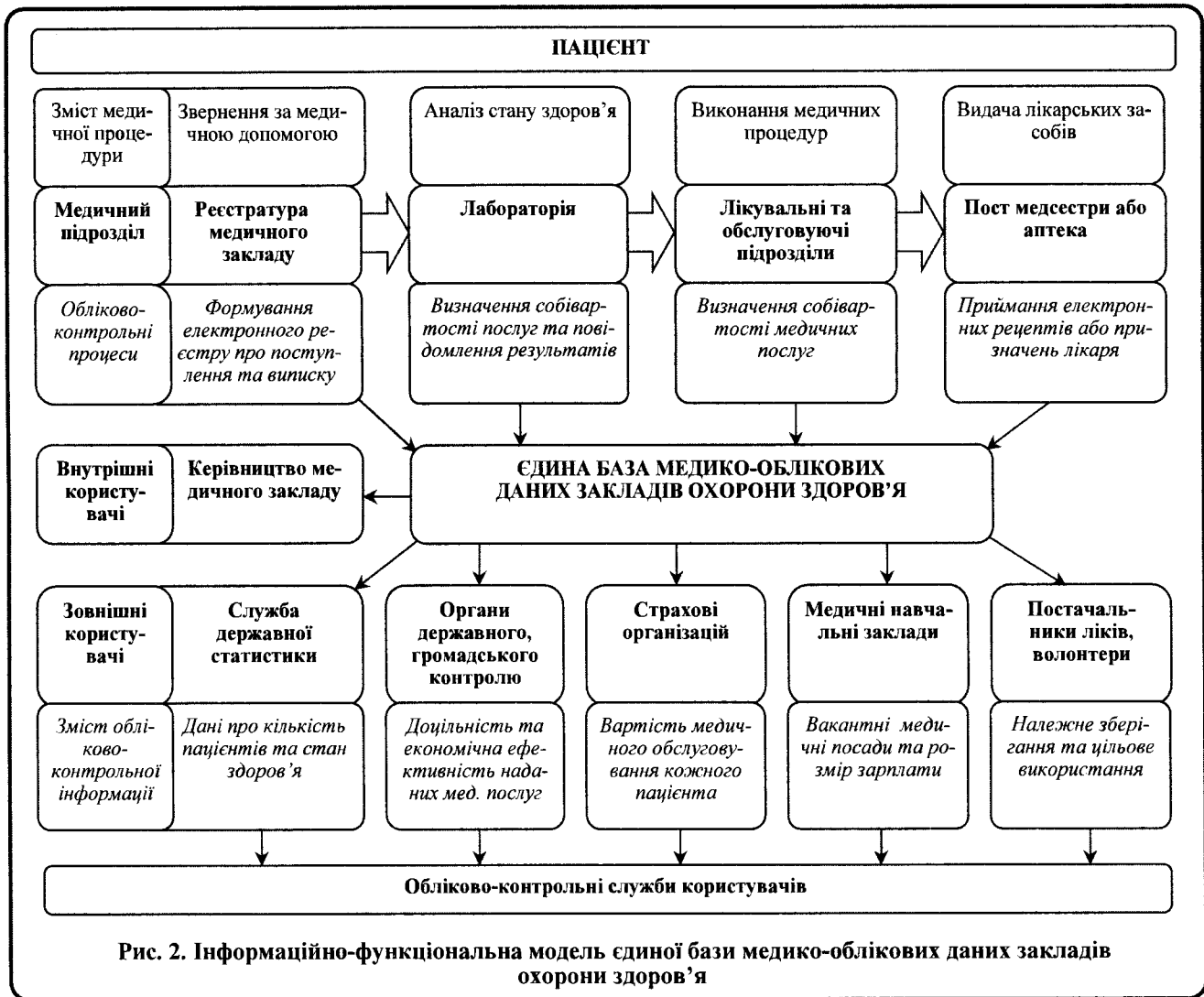
На наступному етапі оформлення звернень пацієнтів автоматизовано заповнюються усі реквізити форми 007/о, «Листок обліку руху хворого і ліжкового фонду стаціонару [6, с. 97]. Аналогічно відбувається фіксування звернень осіб, які скеровані на амбулаторне лікування в електронній версії документа форми 025-б/о «Талон амбулаторного хворого». Надалі усі зміни стану здоров'я відображаються в базі електронних даних. Електронне ведення картотеки пацієнтів гарантує достовірність даних щодо кількості хворих, які звернулися за медичною допомогою. Усі дані рекомендовано автоматично надсилати статистичним органам в електронній формі. Мінімізуються

можливості маніпулювання статистичними та обліковими даними.

Доступ до бази даних доцільно надати постачальникам, аптекам та реалізаторам лікарських засобів з метою контролю за рухом медичних препаратів. При виготовленні або імпортуванні лікарських засобів необхідно вносити облікову інформацію про них в єдину базу даних. Після призначення медичних процедур та медикаментів лікарями вносяться в електронну картотеку дані щодо найменування та дозування лікарських засобів по кожній особі. Фармацевт або медична сестра в момент звернення пацієнта перевіряє перелік доступних згідно з рецептом лікарських засобів і здійснює їх видачу. Таким чином, у більшості випадків доцільно організувати відпуск ліків виключно за електронними рецептами.

Модель єдиної бази медико-облікових даних відображена на рис. 2.

Також інформаційну базу даних доцільно використовувати й для інших цілей. Зокрема, дієвим методом регулювання територіального розподілу медичних працівників є надання доступу до електронної бази даних освітнім закладам. Медичні навчальні



заклади на основі даних про потребу в фахівцях можуть пропонувати випускникам працевлаштування. Через механізми економічного стимулювання доцільно направляти інтернів в регіони з підвищеною потребою в медичному персоналі.

Інформування про медичну практику фахівців доцільно здійснювати на принципах публічності та відкритості. Кожний факт надання неналежних медичних послуг або їх ненадання доцільно фіксувати в єдиній базі даних з відкритим доступом. Забезпечується громадський контроль за медичними працівниками, до яких застосовані дисциплінарні або штрафні санкції. Унеможливується наступне працевлаштування лікарів, які після «лікарської помилки» були звільненні із закладів охорони здоров'я або відсторонені від медичної практики.

Проте найбільше переваг від формування єдиної бази медичних даних отримують кінцеві споживачі, які здобудуть дієвий механізм контролю за ціноут-

воренням у сфері медичних послуг. Пацієнти зможуть відслідковувати динаміку стану свого здоров'я, результати аналізів, дозування медичних препаратів з визначенням рекомендованої (або регульованої державною) вартості. Забезпечується контроль за використанням обов'язкових чи добровільних внесків осіб в страхові організації чи каси медичної взаємодопомоги.

## 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ОБЛІКУ І КОНТРОЛЮ В УМОВАХ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

Запровадження страхової медицини вносить корективи в обліково-контрольний процес в закладах охорони здоров'я. Доцільно за практикою загальнообов'язкового соціального страхування громадян накопичувати в єдиній електронній картотеці інформацію про розмір обов'язкових та добровільних страхових внесків; види медичних послуг; прописані медикаментозні препарати тощо. Розмір внесків застрахованих громадян визначається автоматично, ви-

ходячи з медичних показників стану здоров'я, шкідливості виробничих умов, віку, посади, тривалості трудового стажу тощо. Утримання із заробітної плати працівників на обов'язкове медичне страхування варто покласти на роботодавців. Для безробітних осіб медичне страхування може бути добровільним через придбання страхового полісу.

Програмне забезпечення для автоматизації обліку заробітної плати та відрахувань у фонди соціального страхування на підприємстві доцільно інформаційно інтегрувати з єдиною електронною картотекою. Усі зміни в базі даних, що стосуються осіб, працевлаштованих на підприємстві, призводять до формування відповідних облікових проведення. Отримана інформація є підставою для автоматизованого визначення розміру страхового внеску та формування відповідного облікового запису. Аналогічно, в автоматизованому режимі відбувається відображення факту тимчасової непрацездатності особи на основі інформації, одержаної з закладу охорони здоров'я. Факт звернення працівника до медичного закладу автоматично відображається в електронній картотеці з метою підрахунку тривалості перебування на лікарняному. Як наслідок, усувається потреба в поданні оригіналу медичної довідки чи лікарняного листа роботодавцю. На підприємстві спрощується методика зустрічної перевірки достовірності наданих закладами охорони здоров'я документів, що підтверджують факт хвороби працівника. Документальний контроль відбувається автоматично лише в електронній формі.

Доступ до єдиної системи електронних картотек необхідно надати усім учасникам ринку медичного страхування: страховим організаціям, роботодавцям, медичним закладам, виробникам та реалізаторам медичних препаратів, застрахованим особам [8]. Працівники або роботодавці оформлюють договірні угоди з страховальником на основі вільного конкурентного відбору. Грошові надходження від застрахованих громадян є операційним доходом страхових організацій. Витрати характеризуються суттєвим часовим лагом та складністю прогнозування унаслідок непередбаченості виникнення страхового випадку. Іншими словами, витрати будуть понесені страховиком у випадку звернення застрахованої особи до медичного закладу. Після настання страхового випадку медичний заклад вносить запит в єдину електронну картотеку для відшкодування вартості медичних послуг.

Для формування інформаційного запиту медичний заклад оперує показниками норми прибутку та собівартості наданих медичних послуг. При розрахунку собівартості рекомендується закладам охорони здоров'я використовувати наступні калькуляційні

одиниці: медична процедура, діагностика та лікування хвороби, підрозділ, лікувальний заклад, факт лікування пацієнта. В автоматизованій системі обліку витрат можливо одночасно розраховувати собівартість медичних послуг в різних інформаційних розрізах, що може бути корисним для формування управлінської та статистичної звітності. Проте, в умовах запровадження страхової медицини, медичний заклад повідомляє страховика вартість лікування конкретного пацієнта. Тому, оптимальною калькуляційною одиницею є сукупність медичних процедур, наданих одному пацієнту.

При розрахунку собівартості медичних послуг для закладів охорони здоров'я рекомендується використовувати метод згори-донизу (метод моделювання витрат), який передбачає облік загальних витрат за центрами витрат з наступним їх розподілом за категоріями медичних послуг [9, с. 321]. Проте, для достовірного визначення собівартості наданих послуг рекомендовано максимально ідентифікувати та калькулювати прямі витрати. Облік витрат щодо наданих медичних послуг доцільно організувати за центрами відповідальності, якими є управлінські, обслуговуючі та лікувальні підрозділи закладів охорони здоров'я. За кожним підрозділом завдяки запровадженню електронної картотеки пацієнтів стає можливою автоматизація деталізованого обліку прямих витрат. Послідовне включення прямих витрат обслуговуючими підрозділами до собівартості послуг та розподіл непрямих витрат дозволяє оперативно сформувати запис в єдиній базі даних для відшкодування страховою організацією.

Після виникнення страхового випадку та визначення вартості медичних послуг з появою відповідного запису в єдиній електронній картотеці відбувається автоматичне списання коштів з рахунку страховика на користь підприємства з надання медичних послуг. Розподіл страхової винагороди відбувається пропорційно кількості звернень, тривалості обслуговування, вартості передбачених для лікування медичних процедур та медикаментів. Видатки на медичні процедури та медикаменти варто визнати витратами страховика. Інформація про витрати та фінансовий стан страхової організації вноситься в єдину базу даних для подальшого державного контролю та аналізу фінансових показників.

При наданні страхових послуг на основі єдиної бази даних з'являється можливість моніторингу процесів медичного обслуговування з метою попередження та виявлення страхового шахрайства. Багаторазове звертання осіб до медичних закладів протягом обмеженого проміжку часу або призначення медичних процедур, невідповідних встановленому

діагнозу, може бути індикатором страхових маніпуляцій для одержання неправомірної вигоди. З формуванням оперативних записів в єдиній базі даних забезпечується належний контроль страховика над витратами на медичне обслуговування громадян та мінімізуються страхові ризики. В собівартості наданих медичних послуг найбільшу частку займають витрати на заробітну плату персоналу, медикаменти і лікарські засоби та амортизація обладнання.

### **3. АВТОМАТИЗАЦІЯ НАРАХУВАННЯ ТА ОБЛІКУ ЗАРОБІТНОЇ ПЛАТИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

В єдиній картотеці пацієнтів доцільно також вести облік лікарської практики медичного персоналу. Іншими словами, рекомендовано здійснювати запис тривалості відпрацьованих годин, кількості прийнятих пацієнтів, наявності ліжко-місць в медичному закладі. Кількісні параметри наданих медичних послуг в розрізі видів персоналу можуть бути використані для визначення розміру заробітної плати персоналу лікарень, поліклінік, аптек, діагностичних кабінетів залежно від кількості звернень пацієнтів. Додатково єдина база даних повинна містити інформацію про місячні посадові оклади згідно з штатним розписом, присвоєні розряди за тарифною сіткою працівників медичної галузі, погодинні тарифи, додаткові доплати, регресивні коефіцієнти тощо.

Облік заробітної плати працівників медичних установ доцільно вести окремо за групами персоналу: лікарського, середнього та молодшого медичного, адміністративно-управлінського та обслуговуючого. Нарахування заробітної плати адміністративного та обслуговуючого персоналу доцільно здійснювати за фіксованими місячними посадовими окладами. Натомість, працівникам, які безпосередньо надають медичні послуги, рекомендовано розмір заробітної плати визначати залежно від часу лікарської практики та кількості прийнятих пацієнтів. Комбінований варіант оплати праці передбачає застосування системи доплат (підвишень) та штрафів (знижень) розміру заробітної плати.

Окрім традиційних надбавок до заробітної плати медичного персоналу рекомендовано здійснювати коригування залежно від географічного розташування закладу охорони здоров'я та лікарського фаху [10]. Іншими словами, через механізм персональних дотацій у державного регулятора появляється можливість впливати на професійну міграцію медичних працівників в регіони (населені пункти) з дефіцитом фахівців певного медичного фаху. Інформацію про підвищений розмір заробітної плати та вакансії в розрізі територіальних закладів охорони здоров'я та затребуваних професій доцільно розмішувати в єдиній

базі даних. Завдяки доступу освітніх медичних установ та лікарських закладів до електронної бази даних появляється можливість направлення молодих фахівців та подальшого їх перерозподілу між місцями майбутнього працевлаштування. Задовольняється потреба медичних установ у фахівців в сільській та гірській місцевості, а також на територіях, наближених до місця антитерористичної операції.

Окрім доплат з метою забезпечення належної якості медичного обслуговування доцільно застосувати систему стягнень і штрафів. Тобто, недостатня якість наданих медичних послуг унаслідок некомпетентності фахівців може призвести до зниження розміру оплати їх праці. Коригування розміру заробітної плати може відбуватися у випадку зменшення кількості осіб, які бажають обслуговуватися в конкретного медичного працівника. Також наявність скарг пацієнтів за умови розгляду кваліфікаційною комісією може бути підставою для застосування штрафних санкцій. Таким чином, кінцевий споживач медичних послуг впливає на розмір заробітної плати працівників закладів охорони здоров'я.

Запровадження системи пропорційного розподілу страхової винагороди та нарахування заробітної плати сприятиме активізації конкурентних механізмів на ринку медичних послуг. Задіюються економічні важелі залучення клієнтів. Медичні заклади будуть зацікавлені в оптимізації якості надання медичних послуг для збільшення кількості пацієнтів. Громадянам пропонується вільно обирати заклад охорони здоров'я залежно від особистих уподобань, незалежних рейтингів, рівня кваліфікації та ділового іміджу окремих лікарів. Комерціалізація ринку медичних послуг дозволить оптимізувати якість та вартість медичних послуг, забезпечити значну публічність діяльності закладів охорони здоров'я.

### **4. ОБЛІК ВИТРАТ МАТЕРІАЛЬНИХ ЦІННОСТЕЙ (ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ПРОДУКТІВ ХАРЧУВАННЯ)**

Значна частина витрат закладів охорони пов'язана із забезпеченням пацієнтів лікарськими засобами.

При виготовленні медикаментів або їх імпортуванні рекомендовано з метою повного контролю вносити інформацію про найменування кожного препарату окремо, із вказівкою його комерційної назви, дозування, форми випуску (таблетки, ампули й т.п.), назви виробника, кількості в упаковці, ціни тощо. Наповнення інформаційної бази необхідно покласти на вітчизняних виробників або імпортерів лікарських засобів з метою уникнення фальсифікації та надмірного завищення вартості. Електронна

ідентифікація та відслідковування етапів передачі медикаментів до кінцевого споживача дозволить уникнути корупційних складових процесу тендерних закупівель.

В умовах проведення антитерористичної операції суттєвим джерелом поповнення запасів медичних препаратів в закладах охорони здоров'я є благодійні внески. Для оперативного та достовірного контролю за зберіганням та доцільністю використання медикаментів необхідно вносити інформацію про благодійну допомогу в єдину електронну картотеку. Поряд із загальною інформацією важливо відображати джерела надходження безоплатних медичних препаратів. Лікарські засоби для закладів охорони здоров'я можуть надходити як внесок до загального фонду із державного та місцевого бюджету або за кошти волонтерських організацій, фізичних та юридичних осіб, міжнародних благодійних організацій, гуманітарних організацій, фондів соціального страхування, добровільного та обов'язкового страхування, лікарських кас взаємодопомоги. Кожному надавачу благодійної допомоги необхідно забезпечити доступ до інформації про рух безоплатно переданих медичних препаратів. Завдяки відкритості баз даних реалізується громадський контроль за кожним фактом використання медикаментів та лікарських засобів для передбачених цілей.

При появі в базі даних інформації про надходження благодійної допомоги рекомендовано автоматично здійснювати перегляд розміру спеціального фонду кошторису медичного закладу, що передбачене пунктом 2 «Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ», визначеного постановою Кабінету Міністрів України від 28.02.2002 р., №228 [11]. На основі внесених змін автоматично формується електронний примірник Довідки про зміни до кошторису, після погодження керівництвом якої відбувається інформування територіального підрозділу Держказначейства [12]. Відправку уточнюючої планової інформації у вартісних вимірниках доцільно здійснювати виключно в електронній формі до органів Державного казначейства. Після фактичного надходження медикаментів надається друкований примірник Довідки з натуральними показниками кількості та номенклатури медичних препаратів.

Інформування про надходження та зберігання медикаментів має відбуватися за термінами придатності, наявності діючих речовин, взаємозамінності іншими препаратами та цілями використання. Високий рівень аналітичності складського обліку забезпечить ефективні логістичні потоки в умовах надання не-

відкладної медичної допомоги та перерозподілу медикаментів між лікарськими закладами і кінцевими споживачами.

Передача медичних препаратів з місця їх зберігання до відділень закладу охорони здоров'я відбувається на основі первинного документа "Накладна (вимога)" [8]. Призначений лікарем перелік медикаментів доцільно прописувати в персональну електронну медичну картку. Після внесення даних про необхідні лікарські засоби в електронну картотеку доступним стає автоматизоване формування накладної (вимоги), яка відсилається на автоматизоване робоче місце матеріально-відповідальної особи. Для автоматизованого заповнення усіх реквізитів документа "Накладна (вимога)", може використовуватися інформація з електронної картки пацієнта.

Матеріально-відповідальними особами відпускаються лікарські засоби та медичні вироби відповідно до зазначеної потреби у накладних (вимогах) із внесенням до неї даних про фактично видану кількість за кожним найменуванням. Інформація про номенклатуру та кількість відпущених медикаментів є підставою для автоматизованого заповнення реєстру отриманих видаткових накладних та формування облікових проведення без безпосередньої участі фахівців з обліку. Якщо медикаменти видаються пацієнтам через медичний персонал, то додатково в електронну базу доцільно вносити особисті дані медичних сестер поста. Медична сестра поста з електронної картотеки одержує інформацію у формі листка-призначення хворого про добове дозування медичних препаратів. Як наслідок, забезпечується повний контроль за лікувальними засобами та відповідальними особами від надходження до моменту видачі кінцевому споживачу.

Із переведенням облікової інформації про рух медикаментів в електронну форму зменшується необхідність у формуванні накопичувальних реєстрів обліку – "Журналу відділення з обліку отриманих та виданих (використаних) лікарських засобів та медичних виробів" та "Звіт про надходження і відпуск (використання) лікарських засобів та медичних виробів" [8].

Схема автоматизованого обліку і контролю витрат на медичні препарати на основі електронної картки пацієнта подана на рис. 3.

Аналогічно доцільно реалізувати облік видатків на харчування пацієнтів, які можна пов'язати з тривалістю перебування хворого на денному стаціонарі. Відсутність позначки про виписку пацієнта дає можливість подово списувати витрати на його утримання, в тому числі й на харчування, з формуванням

відповідних облікових записів. За схожою схемою можливо нараховувати амортизацію обладнання медичних установ, обчислювати вартість спожитих комунальних послуг виробничого призначення тощо.

Таким чином можна здійснювати облік і контроль усіх прямих видатків медичного закладу виходячи з кількості пацієнтів та зайнятих ліжок-місць за кожний день.



### ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Ефективність реформи у сфері охорони здоров'я залежить від повноти інформаційного охоплення та акумулювання в базі даних усіх медичних та соціально-економічних процесів. Запровадження єдиної електронної картотеки дозволяє об'єднати розрізнені облікові дані про лікування пацієнтів, рух медикаментів, розрахунки з страховими організаціями, нарахування заробітної плати і вносить зміни в систему обліку і контролю закладів охорони здоров'я:

- дозволяє достовірно та оперативно визначити собівартість наданих медичних послуг на онові максимального врахування прямих витрат для відшкодування страховою установою;
- забезпечує перманентний облік і контроль руху лікарських засобів та медикаментів від моменту виготовлення (імпортування) до використання кінцевим споживачем у розрізі термінів придатності, кількості в упаковці, дозування та постачальників, які надають благодійну допомогу;
- сприяє використанню єдиної системи оплати праці, нарахуванню та обліку заробітної плати з врахуванням доплат, надбавок, утримань, штрафних санкцій, територіального та географічного розташування закладів охорони здоров'я, вакантних посад на ринку працевлаштування медичного персоналу;
- удосконалює організацію обліку і контролю медичного страхування у підприємствах – платниках страхових платежів, закладах охорони здоров'я, страхових організаціях.

Доступ керівництва закладу охорони здоров'я до інформації електронної картотеки пацієнтів сприятиме оперативному коригуванню діяльності за рахунок своєчасного поповнення запасу медикаментів, оптимізації ліжок-місць, підбору необхідної кількості лікуючого та обслуговуючого персоналу тощо. Облікові дані про діяльність закладів охорони здоров'я доцільно в електронній формі автоматизовано відправляти державним і громадським інституціям, страховими організаціями з метою перевірки доцільності та економічної ефективності наданих медичних послуг.

Проте подальшого дослідження потребує методика розподілу прав доступу до єдиної бази даних зовнішніх користувачів з метою захисту медичної таємниці. Нез'ясованим залишається порядок функціональної відповідальності щодо наповнення електронної картотеки пацієнтів обліковою інформацією. Предметним полем наступного наукового пошуку у сфері автоматизації обліково-контрольних процесів у сфері охорони здоров'я мають бути способи обліку і розподілу непрямих витрат.



СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *МОЗ впроваджує* електронний реєстр пацієнтів / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/printable\\_article?art\\_id=246670188](http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/printable_article?art_id=246670188).
2. *Левченко Н.М.* Удосконалення обліку медикаментів та лікарських засобів в закладах охорони здоров'я / Н.М. Левченко, С.В. Головань. – Інноваційна економіка – 2015. – № 1 (56). – С. 198-202.
3. *Мачуга Н.З.* Методологічні аспекти формування та функціонування системи якісних медичних послуг в Україні [Монографія] / Н.З. Мачуга. – Тернопіль, Крок, 2012. – 199 с.
4. *Сорока С.* Собівартість медичних послуг: суть та порядок формування / С. Сорока. // Економічний аналіз. – 2011. – Випуск 8. – Ч. 1. — С. 321 – 323.
5. *Кемарська Л. Г.* Особливості оплати праці в закладах первинної медико-санітарної допомоги / Л. Г. Кемарська. – Вісник Хмельницького національного університету. – 2015. – № 1. – С. 116-122.
6. *Шкробот С.І.* Доцільність та практична можливість інформатизації обліково-статистичної роботи у психоневрологічній лікарні / С.І. Шкробот, В.В. Шкробот, Г.Ф.Корнієнко //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 95-97.
7. *Котова С. С.* Перспективи розвитку бухгалтерського обліку видатків бюджетних установ / С. С. Котова. – Технологічний аудит і резерви виробництва – 2014. – №. 6/2(20). – С. 36-39.
8. *Методичні рекомендації* ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів в закладах охорони здоров'я. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 9 вересня 2014 року № 635 // Баланс-Бюджет. – 2014. – № 40 (504) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medsprava.com.ua/regulations/2340/2592/2593/413948>
9. *Солоненко І. М.* Оцінка ефективності державної політики з охорони громадського здоров'я в Україні [Текст] / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова // Охорона здоров'я України. — 2009. — № 2(34). — С. 65–69.
10. *Наказ* МОЗ України «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту» від 05.10.2005 № 308/519 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/308-519>.
11. *Порядок* складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ» від 28.02.2002 р., №228. – [Електронний ресурс]. – <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/228-2002-%D0%BF>.
12. *Порядок* бухгалтерського обліку та звітності в бюджетних установах гуманітарної допомоги, затверджений Наказом Головного управління Державного казначейства України від 10.12.1999 р., №113 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.treasury.gov.ua/main/doccatalog/>

Рассмотрена методика учета и контроля предоставляемых медицинских услуг с использованием единой электронной картотеки пациентов. Разработано информационно-функциональную модель интегрированной базы медико-учетных данных учреждений здравоохранения. Исследованы особенности организации учета и контроля затрат на медикаменты, лекарственные средства, заработную плату медицинского персонала, питание пациентов и других прямых расходов в условиях введения обязательного медицинского страхования. Усовершенствован порядок контроля государственных учреждений, страховых организаций, общественности, волонтерских поставщиков медикаментов в области медицинского обслуживания.

**Ключевые слова:** учет, контроль, автоматизация учета, медицинские услуги, картотека пациентов.

The article focuses on features of accounting and control method the medical services with the introduction of integrated electronic filing patients. The information-functional model of the medical and accounting database of health care is developed. An accounting and control organization of expenses on medicines, drugs, medical staff salaries, patients food and other direct costs by introduction of mandatory health insurance is researched. Improved the control procedures for monitoring government agencies, insurance companies, public, voluntary providers of medical products in healthcare.

**Keywords:** accounting, control, automation of accounting, medical services, card index patients.

