

- высоким уровнем затрат;
- наличием в структуре активов предприятия затратных объектов.

Конечной целью реструктуризации предприятий является устойчивость его функционирования и развития в условиях глобализирующихся мирохозяйственных связей.

Достижение данной цели сопряжено с решением следующих задач:

- во-первых, оптимизацией количественных и качественных параметров структуры активов в целях минимизации издержек и повышения качества производимой продукции и достижения на этой основе достаточно высокого уровня ее конкурентоспособности;
- во-вторых, формированием организационной структуры управления предприятием, максимально соответствующей его внутренней специфике и обеспечивающей быструю реакцию на изменение внешней среды, а также упрочение и расширение его рыночной ниши;
- в-третьих, обеспечением инвестиционной привлекательности и возможности для бизнес-партнерства на первых порах и за счет перехода на международные стандарты учета, предполагающие прозрачность и достоверность информации об общей стоимости и структуре активов и пассивов, собственном и акционерном капитале, долгах, общей сумме доходов, чистой прибыли, дивидендах, общей численности, фонде оплаты персонала и т.д.

Для структурной перестройки экономики наряду с кардинальным изменением курса рыночных реформ необходимо уменьшение доли неэффективных предприятий и неконкурентоспособных производств. Реструктуризация как комплексное преобразование маркетинговой стратегии организационной структуры и финансов предприятия возможно только при активной поддержке государства, развитии конкуренции на внутреннем рынке, поддержке высокотехнологических производств.

Таким образом, особенность реструктуризации в Республике Беларусь состоит в том, что она является предметом государственного управления, а также требует передачи имущества эффективным собственникам и перехода к активной промышленной, научно-технической и социальной политике.

*Л.Ф. Еськова*

БГЭУ (Минск)

## **ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Здравоохранение является одним из институтов социальной сферы и важнейшим элементом жизнедеятельности любого государства, поскольку здоровье нации — главный капитал общества.

Влияние рыночных отношений на отрасль здравоохранения представляет определенный интерес в связи с тем, что экономические отношения бюджетного здравоохранения в данном аспекте практически мало исследованы. Приведенное обстоятельство можно объяснить повышенным интересом в переходном периоде к приватизации и появлением организаций коммерческой направленности. Учреждения, ориентированные на выполнение социальных задач и оказание общественных услуг, не изменивших своего правового статуса, не привлекли должного внимания. Однако все изменения, происходящие в организационном хозяйственном механизме и структуре медицинских учреждений, происходят прежде всего под влиянием активного внедрения в здравоохранение рыночных отношений и других новаций.

Становление и развитие рыночных отношений в учреждениях здравоохранения осуществляются в следующих направлениях: рынок услуг, страховой рынок и рынок здравоохранения.

С переходом на социально ориентированные рыночные отношения возникает ряд проблем. Наиболее значимые из них — ограничение сферы применения рыночных отношений, ограничения, вводимые в самом рыночном секторе, изменения организационного и хозяйственного механизма отрасли.

Рыночные отношения в здравоохранении не могут носить стихийного, нерегулируемого характера и сфера их применения должна быть ограничена. Необходимость такого ограничения вытекает из специфики самой отрасли, заключающейся в том, что она производит услуги, жизненно необходимые обществу, а также в обязательном соотношении затрат на оказание бесплатной медицинской помощи с приносимым ущербом в случае ее отсутствия.

Необходимость функционирования государственного сектора создает общедоступность определенных видов оказываемой медицинской помощи, что снижает производственные потери, выплаты по больничным листам, предотвращает падение темпов прироста населения и заболеваемость во время эпидемий, стихийных бедствий, и т. д. А в определенных ситуациях действие рыночных законов приведет к более высокой затратности, чем государственная регулируемая система здравоохранения.

Как следствие становления и развития новых рыночных отношений произошли изменения в структуре государственных медицинских учреждений, отличительной особенностью которых является наличие двух принципиально отличающихся организационных моделей оказания платных услуг.

Первая модель — работа в составе бюджетного учреждения в качестве структурной единицы (автономного подразделения), на базе которого оказываются платные медицинские услуги с выделением отдельных площадей, оборудования, штата сотрудников (с отдельным бюджетом рабочего времени). Вторая модель — предоставление платных медицинских услуг персоналом в пределах основного рабочего времени и без образования структурного подразделения в составе учреждения.

При использовании первой модели ЛПУ имеется возможность полного автономного (а следовательно, более точного) учета доходов и текущих затрат на их оказание, стимулируется процесс достижения полной самоокупаемости. Сложностей в учете, распределении косвенных расходов, методике восстановления бюджетных затрат, формировании калькуляций себестоимости платных медицинских услуг данная организационная модель не представляет.

На практике возможны различные модификации данной модели, от создания отдельного подразделения, имеющего практически полную хозяйственную самостоятельность, до образования юридического лица, оказывающего услуги узкой специализации, что получило широкое практическое применение в стоматологии, косметологии гомеопатии и других сферах медицинских услуг.

Более трудоемкий процесс текущего и калькуляционного учета предполагает практическая реализация второй модели, используемой в большинстве ЛПУ. Преимущества второй модели:

1) оказание платных медицинских услуг возможно без увеличения штата медицинского персонала;

2) не требуется выделения площадей и оснащения необходимым медицинским оборудованием, вычислительной техникой, инвентарем, средствами связи, оргтехникой и т.д.;

3) спектр предлагаемых услуг максимально приближен к структуре его основной деятельности, осуществляемой за счет средств бюджета, и практически не ограничен ничем, кроме наличия спроса на те или иные услуги, резерва кадров и материально-технических ресурсов;

4) в условиях фактического недофинансирования из соответствующих бюджетов и необеспеченности полного покрытия затрат на лечение пациентов данная модель позволяет в полной мере использовать производственные мощности, материальные ценности ЛПУ для оказания услуг на платной основе.

В отличие от первой вторая модель отражает интересы всего персонала учреждения и предоставляет шанс интенсифицировать свой труд, получая за него дополнительное вознаграждение без существенного увеличения условно-постоянных расходов, способствует формированию дополнительных к бюджетным финансовым поступлений на развитие учреждений.

Положительными тенденциями в работе обеих моделей являются максимальная приближенность управленческой и функционально-лечебной деятельности, ее направленность на пациента.

Все приведенные обстоятельства могут значительно снизить стоимость платных услуг и в полной мере компенсировать дополнительные усилия по организации учетно-аналитических процедур.