

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ В
ЗДРАВООХРАНЕНИИ»**

направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск, 2020

Методические материалы дисциплины «Экономика и управление в здравоохранении», относящейся к вариативной части учебного плана, составленного на основании ФГОС ВО по направлению подготовки 38.03.02 Менеджмент, квалификация выпускника «Бакалавр», утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 января 2016 г. № 7.

Составители методических материалов:

Канд. экон. наук, доцент кафедры
экономики и организации
здравоохранения и фармации

 Е.А. Сергеева

Методические материалы переработаны, рассмотрены и одобрены на заседании кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации протокол № 1 от «27» августа 2020 г.

И.о. заведующий кафедрой экономики
и организации здравоохранения
и фармации, канд. социол. наук

 О.В. Котовская

Методические материалы одобрены учебно-методической комиссией по циклу гуманитарных дисциплин

протокол № 1 от 31 августа 2020 г.

Председатель УМК

 Е.В. Говердовская

Методические материалы утверждены на заседании Центральной методической комиссии

Председатель ЦМК

 М.В. Черников

Содержание

1. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для преподавателей по дисциплине «Экономика и управление в здравоохранении» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата) 4
2. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для студентов по дисциплине «Экономика и управление в здравоохранении» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата) 12
3. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для самостоятельной работы студентов по дисциплине «Экономика и управление в здравоохранении» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата) 18
4. Методическое обеспечение занятий лекционного типа 42
5. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации, обучающихся по дисциплине «Экономика и управление в здравоохранении» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата).....124
6. Методические указания по выполнению курсовой работы по дисциплине «Экономика и управление в здравоохранении» для студентов 3 курса (заочная форма) направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата).....171

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра экономики и организации здравоохранения и фармации

Автор: Е.А. Сергеева

**Методические материалы (указания, разработки, рекомендации)
для преподавателей
по дисциплине «ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ В
ЗДРАВООХРАНЕНИИ»**

Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск 2020

Занятие № 1

ТЕМА: Рынок медицинских товаров и услуг.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков обобщения и использования информации видах рынков, государственном регулировании и конкуренции рынка медицинских товаров и услуг.

Место проведения: учебная аудитория.

Время проведения: 2 часа

Перечень практических навыков:

– обобщения и использования информации видах рынков, государственном регулировании и конкуренции рынка медицинских товаров и услуг.

Формируемые компетенции: ПК 4, ПК 15, ПК 16

Основные вопросы, предлагаемые для обсуждения:

- Общие сведения о рынке.
- Виды рынков.
- Государственное регулирование и саморегулирование рынка медицинских товаров и услуг.
- Конкуренция на рынке медицинских товаров и услуг.
- Конкурентные преимущества и конкурентоспособность.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта карта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Общие сведения о рынке. Виды рынков. Государственное регулирование и саморегулирование рынка медицинских товаров и услуг. Конкуренция на рынке медицинских товаров и услуг. Конкурентные преимущества и конкурентоспособность.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 2

ТЕМА: Экономические ресурсы и экономические отношения в организации здравоохранения

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков применения методов финансового менеджмента в управлении ресурсами организации здравоохранения.

Место проведения: учебная аудитория.

Трудоемкость: 2 часа

Перечень практических навыков:

- Применения методов финансового менеджмента в управлении ресурсами организации здравоохранения;
- Понимание проблем ограниченности экономических ресурсов и цены экономического выбора.
- Проведение оценки индикаторов социально-экономической эффективности здравоохранения как отрасли социального сектора экономики

Основные вопросы, предлагаемые для обсуждения:

- Материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения.
- Проблема ограниченности экономических ресурсов и цена экономического выбора.
- Методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования экономических ресурсов здравоохранения при принятии решений, связанных с операциями на мировых рынках в условиях глобализации.
- Индикаторы социально-экономической эффективности здравоохранения как отрасли социального сектора экономики.

Формируемые компетенции: ПК4, ПК 15, ПК 16

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта карта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения. Проблема ограниченности экономических ресурсов и цена экономического выбора. Методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования экономических ресурсов здравоохранения при принятии решений, связанных с операциями на мировых рынках в условиях глобализации. Индикаторы социально-экономической эффективности здравоохранения как отрасли социального сектора экономики.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 3

ТЕМА: Финансы в здравоохранении.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков анализа и оценки финансирования организаций сферы здравоохранения для принятия управленческих решений.

Место проведения: учебная аудитория.

Трудоемкость: 2 часа

Перечень практических навыков:

– Применение методов финансового менеджмента при оценке эффективности использования финансовых ресурсов в организации здравоохранения: активов, управления оборотным капиталом, принятия инвестиционных решений, решений по финансированию, формированию дивидендной политики и структуры капитала медицинской организации

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

- Источники финансирования медицинской деятельности.
- Бюджетное финансирование здравоохранения в России.
- Медицинское страхование.
- Методы оплаты медицинской помощи.
- Ценообразование на медицинские услуги и товары.
- Методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования финансовых ресурсов в организации здравоохранения: активов, управления оборотным капиталом, принятия инвестиционных решений, решений по финансированию, формированию дивидендной политики и структуры капитала медицинской организации

Формируемые компетенции: ПК4, ПК 15, ПК 16

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта карта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Источники финансирования медицинской деятельности. Бюджетное финансирование здравоохранения в России. Медицинское страхование. Методы оплаты медицинской помощи. Ценообразование на медицинские услуги и товары. Методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования финансовых ресурсов в организации здравоохранения: активов, управления оборотным капиталом, принятия инвестиционных решений, решений по финансированию, формированию дивидендной политики и структуры капитала медицинской организации.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 4

ТЕМА: Предпринимательство в медицинской деятельности.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков организации предпринимательской деятельности в сфере здравоохранения и особенности ее реализации.

Место проведения: учебная аудитория.

Трудоемкость: 2 часа

Перечень практических навыков:

- Использовать информацию о видах и формах предпринимательской деятельности в здравоохранении;
- Планирование предпринимательской деятельности;
- Оценка рыночных и специфических рисков в предпринимательской деятельности в здравоохранении

– Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

- Сущность и функции предпринимательства в здравоохранении.
- Индивидуальная предпринимательская деятельность.
- Малое предпринимательство в медицине.
- Планирование предпринимательской деятельности.
- Бизнес-планы.
- Оценка рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в предпринимательской деятельности медицинской организации, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании

Формируемые компетенции: ПК4, ПК 15, ПК 16

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта карта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Сущность и функции предпринимательства в здравоохранении. Индивидуальная предпринимательская деятельность. Малое предпринимательство в медицине. Планирование предпринимательской деятельности. Бизнес-планы. Оценка рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в предпринимательской деятельности медицинской организации, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
Подведение итогов занятия и проверка

Список литературы:

7.1. Рекомендуемая литература				
7.1.1. Основная литература				
№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Количество
Л 1.1	Решетников А.В.	Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / Решетников А.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.studmedlib.ru	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015	
Л 1.2.	под ред. Е.Н. Жильцова, Е.В. Егорова	Экономика и управление социальной сферой : учебник / Е.Н. Жильцов, Е.В. Егоров, Т.В. Науменко и др. ; под ред. Е.Н. Жильцова, Е.В. Егорова ; Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Экономический факультет и др. - Москва : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2018. - 496 с.: ил. - Библиогр. в кн. - ISBN 978-5-394-02423-8; То же [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://biblioclub.ru	Москва: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2018.	
7.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Количество
Л 2.1	Сост. Блудова, С.Н.	Экономика и управление социальной сферой региона: практикум / сост. С.Н. Бладова ; Министерство образования и науки Российской Федерации, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Кавказский федеральный университет». - Ставрополь: СКФУ, 2016. - 90 с. - Библиогр. в кн.; То же [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://biblioclub.ru	Ставрополь: СКФУ, 2016.	
Л 2.2	Чалдаева Л.А.	Экономика предприятия. [Текст] : учеб. 4-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт, 2015.- 410 с. - (Бакалавр. Академический курс). - Библиогр.: с. 410. - 442,89	М.: Юрайт, 2015.	5
Л 2.3.	Шаркова А.В.	Экономика отраслей [Электронный ресурс] / Практикум для студентов бакалавриата, обучающихся по направлению подготовки 38.03.01 "Экономика" (профили "Финансы и кредит", "Корпоративные финансы", "Государственные и муниципальные финансы") / А. В. Шаркова, Д.В. Швандар, Л.Г. Ахметшина; под ред. проф. А.В. Шарковой. - М.: Издательско-торговая корпорация "Дашков и К°", 2017. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru	М.: Издательско-торговая корпорация "Дашков и К°", 2017.	
Л 2.4.	под ред. И. А. Наркевича	Управление и экономика фармации [Электронный ресурс] / под ред. И. А. Наркевича - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.	
7.1.3. Методические разработки				
	Авторы,	Заглавие	Издательство,	Колич-

	составители	ГОД	ВО
7.2. Электронные образовательные ресурсы			
1	Экономика и управление социальной сферой : учебник / Е.Н. Жильцов, Е.В. Егоров, Т.В. Науменко и др. ; под ред. Е.Н. Жильцова, Е.В. Егорова ; Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Экономический факультет и др. - Москва : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2018. - 496 с. : ил. - Библиогр. в кн. - ISBN 978-5-394-02423-8 ; То же [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://biblioclub.ru	Договор №551-11/19 «Об оказании информационных услуг» от 02.12.2019 г. (ЭБС «Университетская библиотека online»). Срок действия с «01» января 2020 г. по «31» декабря 2020 г.	
2	Савицкая Е.В., Экономика для менеджеров [Электронный ресурс] / Савицкая Е.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 208 с. - ISBN 978-5-4235-0210-2 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru	Контракт №73ИКЗ 191344404847226324300100090026399000 от 12 ноября 2019 г. (ЭБС «Консультант студента»). Срок действия с 1 января 2020 г. по 31 декабря 2020 г.	
7.3. Программное обеспечение			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Microsoft Office 365. Договор с ООО СТК «ВЕРШИНА» №27122016-1 от 27 декабря 2016 г. 2. Kaspersky Endpoint Security Russian Edition. 100149 Educational Renewal License 1FB6161121102233870682. 100 лицензий. 3. Office Standard 2016. 200 лицензий OPEN 96197565ZZE1712. 4. Microsoft Open License :66237142 OPEN 96197565ZZE1712. 2017 5. Microsoft Open License : 66432164 OPEN 96439360ZZE1802. 2018. 6. Microsoft Open License : 68169617 OPEN 98108543ZZE1903. 2019. 7. Операционные системы OEM, OS Windows XP; OS Windows 7; OS Windows 8; OS Windows 10. На каждом системном блоке и/или моноблоке и/или ноутбуке. Номер лицензии скопирован в ПЗУ аппаратного средства и/или содержится в наклеенном на устройство стикере с голографической защитой. 8. Система автоматизации управления учебным процессом ООО «Лаборатория ММИС» 9. Доступ к личному кабинету в системе «4Portfolio». Договор № В-21.03/2017 203 от 29 марта 2017 10. Доступ к личному кабинету в системе «ЭИОС» 11. Система электронного тестирования VeralTest Professional 2.7. Акт предоставления прав № ИТ178496 от 14.10.2015 (бессрочно) <p>Statistica Basic 10 for Windows Ru License Number for PYATIGORSK MED PHARM INST OF VOLGOGRAD MED ST UNI (PO# 0152R, Contract № IE-QPA-14-XXXX) order# 310209743.</p>			

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра экономики и организации здравоохранения и фармации

Автор: Е.А. Сергеева

**Методические материалы (указания, разработки, рекомендации)
для студентов
по дисциплине «Экономика и управление в здравоохранении».**

Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск 2020

Занятие № 1

ТЕМА: Рынок медицинских товаров и услуг.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков обобщения и использования информации видах рынков, государственном регулировании и конкуренции рынка медицинских товаров и услуг.

Перечень практических навыков:

– обобщения и использования информации видах рынков, государственном регулировании и конкуренции рынка медицинских товаров и услуг.

Основные вопросы, предлагаемые для обсуждения:

- Общие сведения о рынке.
- Виды рынков.
- Государственное регулирование и саморегулирование рынка медицинских товаров и услуг.
- Конкуренция на рынке медицинских товаров и услуг.
- Конкурентные преимущества и конкурентоспособность.

Краткое содержание темы:

Общие сведения о рынке. Виды рынков. Государственное регулирование и саморегулирование рынка медицинских товаров и услуг. Конкуренция на рынке медицинских товаров и услуг. Конкурентные преимущества и конкурентоспособность.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 2

ТЕМА: Экономические ресурсы и экономические отношения в организации здравоохранения

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков применения методов финансового менеджмента в управлении ресурсами организации здравоохранения.

Перечень практических навыков:

- Применения методов финансового менеджмента в управлении ресурсами организации здравоохранения;
- Понимание проблем ограниченности экономических ресурсов и цены экономического выбора.
- Проведение оценки индикаторов социально-экономической эффективности здравоохранения как отрасли социального сектора экономики

Основные вопросы, предлагаемые для обсуждения:

- Материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения.

- Проблема ограниченности экономических ресурсов и цена экономического выбора.

- Методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования экономических ресурсов здравоохранения при принятии решений, связанных с операциями на мировых рынках в условиях глобализации.

- Индикаторы социально-экономической эффективности здравоохранения как отрасли социального сектора экономики.

Краткое содержание темы:

Материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения. Проблема ограниченности экономических ресурсов и цена экономического выбора. Методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования экономических ресурсов здравоохранения при принятии решений, связанных с операциями на мировых рынках в условиях глобализации. Индикаторы социально-экономической эффективности здравоохранения как отрасли социального сектора экономики.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 3

ТЕМА: Финансы в здравоохранении.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков анализа и оценки финансирования организаций сферы здравоохранения для принятия управленческих решений.

Перечень практических навыков:

– Применение методов финансового менеджмента при оценке эффективности использования финансовых ресурсов в организации здравоохранения: активов, управления оборотным капиталом, принятия инвестиционных решений, решений по финансированию, формированию дивидендной политики и структуры капитала медицинской организации

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

- Источники финансирования медицинской деятельности.
- Бюджетное финансирование здравоохранения в России.
- Медицинское страхование.
- Методы оплаты медицинской помощи.
- Ценообразование на медицинские услуги и товары.
- Методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования финансовых ресурсов в организации здравоохранения: активов, управления оборотным капиталом, принятия инвестиционных решений,

решений по финансированию, формированию дивидендной политики и структуры капитала медицинской организации

Краткое содержание темы:

Источники финансирования медицинской деятельности. Бюджетное финансирование здравоохранения в России. Медицинское страхование. Методы оплаты медицинской помощи. Ценообразование на медицинские услуги и товары. Методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования финансовых ресурсов в организации здравоохранения: активов, управления оборотным капиталом, принятия инвестиционных решений, решений по финансированию, формированию дивидендной политики и структуры капитала медицинской организации.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 4

ТЕМА: Предпринимательство в медицинской деятельности.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков организации предпринимательской деятельности в сфере здравоохранения и особенности ее реализации.

Перечень практических навыков:

- Использовать информацию о видах и формах предпринимательской деятельности в здравоохранении;
- Планирование предпринимательской деятельности;
- Оценка рыночных и специфических рисков в предпринимательской деятельности в здравоохранении

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

- Сущность и функции предпринимательства в здравоохранении.
- Индивидуальная предпринимательская деятельность.
- Малое предпринимательство в медицине.
- Планирование предпринимательской деятельности.
- Бизнес-планы.
- Оценка рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в предпринимательской деятельности медицинской организации, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании

Краткое содержание темы:

Сущность и функции предпринимательства в здравоохранении. Индивидуальная предпринимательская деятельность. Малое предпринимательство в медицине. Планирование предпринимательской

деятельности. Бизнес-планы. Оценка рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в предпринимательской деятельности медицинской организации, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
 2. Проведение входного контроля
 3. Анализ допущенных ошибок
 4. Выполнение практической работы
- Подведение итогов занятия и проверка

Список литературы:

7.1. Рекомендуемая литература				
7.1.1. Основная литература				
№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Количество
Л 1.1	Решетников А.В.	Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / Решетников А.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.studmedlib.ru	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015	
Л 1.2.	под ред. Е.Н. Жильцова, Е.В. Егорова	Экономика и управление социальной сферой : учебник / Е.Н. Жильцов, Е.В. Егоров, Т.В. Науменко и др. ; под ред. Е.Н. Жильцова, Е.В. Егорова ; Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Экономический факультет и др. - Москва : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2018. - 496 с.: ил. - Библиогр. в кн. - ISBN 978-5-394-02423-8; То же [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://biblioclub.ru	Москва: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2018.	
7.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Количество
Л 2.1	Сост. Блудова, С.Н.	Экономика и управление социальной сферой региона: практикум / сост. С.Н. Блудова ; Министерство образования и науки Российской Федерации, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Кавказский федеральный университет». - Ставрополь: СКФУ, 2016. - 90 с. - Библиогр. в кн.; То же [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://biblioclub.ru	Ставрополь: СКФУ, 2016.	
Л 2.2	Чалдаева Л.А.	Экономика предприятия. [Текст] : учеб. 4-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт, 2015.- 410 с. - (Бакалавр. Академический курс). - Библиогр.: с. 410. - 442,89	М.: Юрайт, 2015.	5
Л 2.3.	Шаркова А.В.	Экономика отраслей [Электронный ресурс] / Практикум для студентов бакалавриата, обучающихся по направлению подготовки 38.03.01 "Экономика" (профили "Финансы и кредит", "Корпоративные финансы",	М.: Издательско-торговая корпорация "Дашков и	

		"Государственные и муниципальные финансы") / А. В. Шаркова, Д.В. Швандар, Л.Г. Ахметшина; под ред. проф. А.В. Шарковой. - М.: Издательско-торговая корпорация "Дашков и К°", 2017. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru	К°", 2017.	
--	--	---	------------	--

Л 2.4.	под ред. И. А. Наркевича	Управление и экономика фармации [Электронный ресурс] / под ред. И. А. Наркевича - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.	
-----------	--------------------------------	---	--------------------------	--

7.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Количество
--	---------------------	----------	-------------------	------------

7.2. Электронные образовательные ресурсы

1	Экономика и управление социальной сферой : учебник / Е.Н. Жильцов, Е.В. Егоров, Т.В. Науменко и др. ; под ред. Е.Н. Жильцова, Е.В. Егорова ; Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Экономический факультет и др. - Москва : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2018. - 496 с. : ил. - Библиогр. в кн. - ISBN 978-5-394-02423-8 ; То же [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://biblioclub.ru	Договор №551-11/19 «Об оказании информационных услуг» от 02.12.2019 г. (ЭБС «Университетская библиотека online»). Срок действия с «01» января 2020 г. по «31» декабря 2020 г.
2	Савицкая Е.В., Экономика для менеджеров [Электронный ресурс] / Савицкая Е.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 208 с. - ISBN 978-5-4235-0210-2 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru	Контракт №73ИКЗ 191344404847226324300100090026399000 от 12 ноября 2019 г. (ЭБС «Консультант студента»). Срок действия с 1 января 2020 г. по 31 декабря 2020 г.

7.3. Программное обеспечение

<ol style="list-style-type: none"> Microsoft Office 365. Договор с ООО СТК «ВЕРШИНА» №27122016-1 от 27 декабря 2016 г. Kaspersky Endpoint Security Russian Edition. 100149 Educational Renewal License 1FB6161121102233870682. 100 лицензий. Office Standard 2016. 200 лицензий OPEN 96197565ZZE1712. Microsoft Open License :66237142 OPEN 96197565ZZE1712. 2017 Microsoft Open License : 66432164 OPEN 96439360ZZE1802. 2018. Microsoft Open License : 68169617 OPEN 98108543ZZE1903. 2019. Операционные системы OEM, OS Windows XP; OS Windows 7; OS Windows 8; OS Windows 10. На каждом системном блоке и/или моноблоке и/или ноутбуке. Номер лицензии скопирован в ПЗУ аппаратного средства и/или содержится в наклеенном на устройство стикере с голографической защитой. Система автоматизации управления учебным процессом ООО «Лаборатория ММИС» Доступ к личному кабинету в системе «4Portfolio». Договор № В-21.03/2017 203 от 29 марта 2017 Доступ к личному кабинету в системе «ЭИОС» Система электронного тестирования VeralTest Professional 2.7. Акт предоставления прав № ИТ178496 от 14.10.2015 (бессрочно) <p>Statistica Basic 10 for Windows Ru License Number for PYATIGORSK MED PHARM INST OF VOLGOGRAD MED ST UNI (PO# 0152R, Contract № IE-QPA-14-XXXX) order# 310209743.</p>
--

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра экономики и организации здравоохранения и фармации

Автор: Е.А. Сергеева

**Методические материалы (указания, разработки, рекомендации)
для самостоятельной работы студентов
по дисциплине «Экономика и управление в здравоохранении»**

Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск 2020

Тема 1: Системное содержание управления здравоохранением. Характеристика и свойства системы здравоохранения.

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Направления развития системного подхода в охране здоровья.
2. Составляющие определения «общественное здоровье».
3. Здоровье как система.
4. Характеристика современной концепции здравоохранения.
5. Закономерности и принципы системы здравоохранения.
6. Системное решение проблем охраны здоровья

Вопросы для самопроверки::

1. Назовите основные направления развития системного подхода в охране здоровья.
2. Что входит в понятие теории формирования здоровья человека?
3. Что включает в себя функционально-структурный подход к изучению здоровья человека?
4. Перечислите основные составляющие алгоритма функционально-структурного подхода к изучению здоровья человека.
5. Укажите основные составляющие определения «общественное здоровье».
6. Перечислите условия, присущие системе здравоохранения.
7. Назовите основные признаки подотраслей системы здравоохранения.
8. В чем заключаются особенности функционирования системы здравоохранения?
9. Назовите характерные признаки функционирования системы здравоохранения.
10. Что представляет собой организационная структура системы здравоохранения?
11. Назовите основные характеристики организационной структуры системы здравоохранения.
12. Дайте краткую характеристику современной концепции здравоохранения.
13. Перечислите задачи, поставленные ВОЗ в основу деятельности систем здравоохранения.
14. Назовите основную задачу современного здравоохранения.
15. Кратко охарактеризуйте структуру комплексной программы деятельности системы здравоохранения.
16. Назовите цель и задачи деятельности системы здравоохранения.
17. Перечислите народно-хозяйственные системы, ответственные за охрану здоровья населения.
18. В чем заключается закономерность функциональной иерархии системы?
19. Что такое признак целостности системы здравоохранения?
20. Охарактеризуйте структуру подсистем системы здравоохранения.
21. Назовите элементы функционирующей системы здравоохранения.

Практические задания

Выберите правильный ответ.

• Экономика здравоохранения - часть современных экономических знаний, относящаяся к блоку:

- а) фундаментальных экономических наук;
- б) конкретных экономических наук;
- в) прикладных экономических наук;
- г) специальных экономических наук;
- д) другому (какому?) блоку экономических наук.

Установите соответствие.

1. Наличие определенных закономерностей развития тех или иных процессов во времени.
2. Возможность поэлементного исследования данного объекта.

3. Формирования категориального состава, понятийного аппарата исследования.
4. Объединение элементов объекта исследования в систему и установление связей между ними.

5. Процесс восхождения от единичных наблюдений к общим выводам.

А. Индукция.

Б. Синтез.

В. Единство логического и исторического.

Г. Научная абстракция.

Д. Анализ.

Продолжите определение.

• Межсекторальные действия при решении проблем охраны здоровья - это:

а) действия различных государственных структур;

б) действия различных специалистов здравоохранения;

в) мероприятия экономического, социального и правового характера;

г) действия центрального и местного правительств, неправительственных организаций и общественных групп, а также частных лиц.

Перечень тем рефератов:

1. Здоровье как экономическая категория, факторы, влияющие на уровень здоровья населения и здравоохранение

Тема 2. Организация и управление охраной здоровья

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Государственная политики в области охраны здоровья населения.
2. Сущность и содержание управления.
3. Методологические подходы к управлению.
4. Методы оптимизации управленческих решений.
5. Характеристика методов принятия управленческих решений.

Вопросы для самопроверки:

1. Охарактеризуйте основные положения государственной политики в области здравоохранения.
2. Что включает в себя государственная стратегия в области охраны здоровья населения?
3. Назовите наиболее вероятные угрозы безопасности России в области здравоохранения.
4. Перечислите факторы, обеспечивающие решение проблем безопасности России в области здравоохранения.
5. Укажите основные направления выработки государственной политики в области охраны здоровья населения.
6. Назовите основные задачи развития российского здравоохранения.
7. Перечислите основные составляющие интегральной оценки качества медицинской помощи.
8. Назовите критерии оценки эффективности деятельности системы здравоохранения.
9. Перечислите основные вопросы решения проблем обеспечения качества медицинской помощи и структурных преобразований в здравоохранении.
10. Перечислите методы регулирования функционирования здравоохранения.
11. В чем заключается сущность государственного регулирования в здравоохранении?
12. Охарактеризуйте основные виды государственных программ в сфере здравоохранения.
13. Дайте определение понятия «управление».
14. Перечислите основные виды управления.

15. Охарактеризуйте понятие «самоуправление».
16. Дайте характеристику организации управления.
17. Укажите виды управленческих отношений.
18. Охарактеризуйте понятие «лидерство».
19. Перечислите и охарактеризуйте методологические подходы к управлению.
20. Дайте краткую характеристику методов оптимизации управленческих решений.
21. Дайте краткую характеристику методов принятия управленческих решений.
22. Дайте определение понятия «результативность управления».

Практические задания

1. Заполните таблицу «Цели реформирования и развития здравоохранения»

Общие цели реформирования и развития здравоохранения	Стратегические цели развития здравоохранения	Цели реформирования и развития хозяйствующих субъектов здравоохранения

2. Заполните таблицу «Классификация государственных программ в здравоохранении»

Критерии классификации	Вид государственной программы

1. Дайте определение понятию «Организация управления»

2. Допишите определения: Выделяют управленческие отношения вертикальные:

горизонтальные _____

3. В управленческих отношениях выделяют связи:

1. _____

2. _____

1. _____

6. Заполните таблицу «Общая структура элементов деятельности по охране здоровья»

Элементы деятельности по охране здоровья	Характеристика элементов деятельности по охране здоровья		
	Общие	Особенные	Специальные

Перечень тем рефератов:

1. Рынок услуг здравоохранения и его особенности;
2. Факторы спроса и предложения на рынке медицинских услуг;
3. Государственное регулирование рынка услуг здравоохранения.

Тема 3. Основные хозяйствующие субъекты в системе здравоохранения.

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Правовые основы деятельности хозяйствующих субъектов.
2. Формы собственности в здравоохранении.
3. Коммерческий сектор в здравоохранении.
4. Некоммерческий сектор в здравоохранении.
5. Особенности организационно-правовых форм организаций здравоохранения Российской Федерации.

Вопросы для самопроверки:

1. Дайте определение понятий «субъект управления» и «объект управления».
2. Дайте краткую характеристику юридического лица.
3. Охарактеризуйте понятие «индивидуальная предпринимательская деятельность».
4. Дайте характеристику субъектов и объектов собственности.
5. Дайте определение понятий: «право владения», «право пользования», «право распоряжения», «право общей собственности», «право долевой собственности».
6. Охарактеризуйте сущность доверительного управления имуществом.
7. Дайте краткую характеристику государственных и муниципальных организаций.
8. Дайте краткую характеристику негосударственных организаций.
9. Назовите основные принципы негосударственного сектора здравоохранения.
10. Дайте краткую характеристику иностранной, смешанной и совместной организаций.
11. Что такое коммерческая организация?
12. Назовите основные признаки коммерческой организации.
13. Дайте краткую характеристику хозяйственного товарищества.
14. Кратко охарактеризуйте производственные кооперативы и унитарные предприятия.
15. Кратко охарактеризуйте хозяйственные общества.
16. Что такое некоммерческая организация?
17. Назовите основные признаки некоммерческой организации.
18. Назовите формы некоммерческих организаций.
19. Дайте краткую характеристику форм некоммерческих организаций: фонд, учреждение, некоммерческое партнерство, автономная некоммерческая организация, объединение юридических лиц, потребительский кооператив, благотворительная организация.
20. Каковы источники финансирования некоммерческих организаций?
21. Дайте краткую характеристику ассигнований из государственного бюджета.
22. Кратко охарактеризуйте виды расходов некоммерческой организации.
23. Перечислите субъекты государственной системы здравоохранения.
24. Перечислите субъекты муниципального здравоохранения.
25. Кратко охарактеризуйте государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения.
26. Назовите типы организационно-правовой формы учреждения.
27. Кратко охарактеризуйте основные проблемы функционирования государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения.
28. Перечислите организации, выступающие как поставщики рынка медицинских услуг.
29. Дайте краткую характеристику сильных и слабых сторон негосударственного сектора здравоохранения.
30. Перечислите основные проблемы эффективного расходования средств государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения.
31. Кратко охарактеризуйте направления по изменению организационно-правового статуса учреждений здравоохранения.
32. Дайте краткую характеристику различий между бюджетным и автономным учреждением.
33. Перечислите основные мероприятия, необходимые для создания условий деятельности автономного учреждения.
34. Перечислите особенности деятельности учреждения здравоохранения, необходимые для учета при переходе на другую организационно-правовую форму.

Практические задания

1. Ответьте на следующие вопросы:

Возможно ли в системе здравоохранения заниматься предпринимательской деятельностью без образования юридического лица

Ответ:

2. Допишите определения:

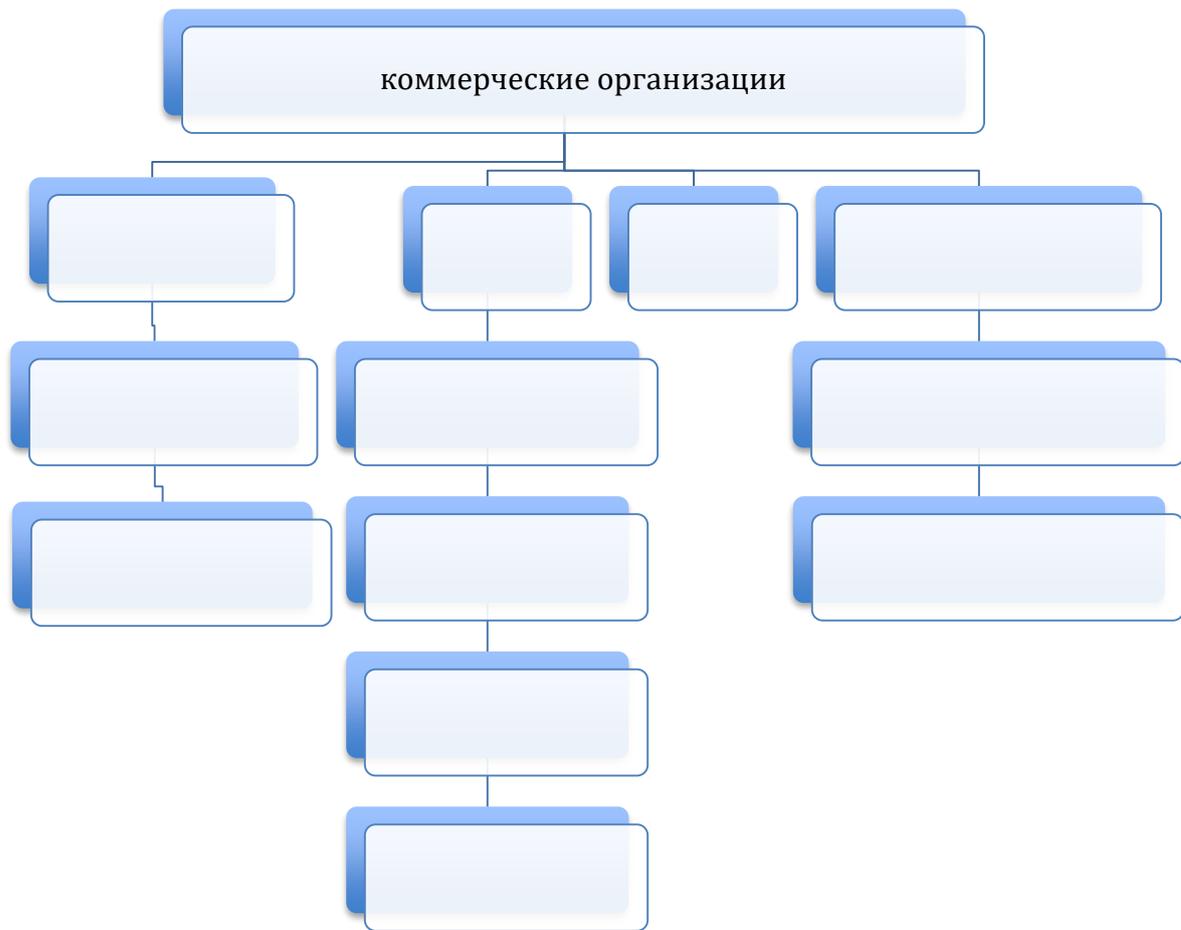
К федеральным организациям относят _____

Региональные организации _____

Муниципальные организации _____

Иностранная организация _____

3. Организационно-правовые формы коммерческих организаций в здравоохранении
(заполните схему)



4. Дайте определения следующим понятиям:

- общество с ограниченной ответственностью _____

- общество с дополнительной ответственностью _____

- акционерное общество _____

- унитарное предприятие _____

Балансовая прибыль – это _____

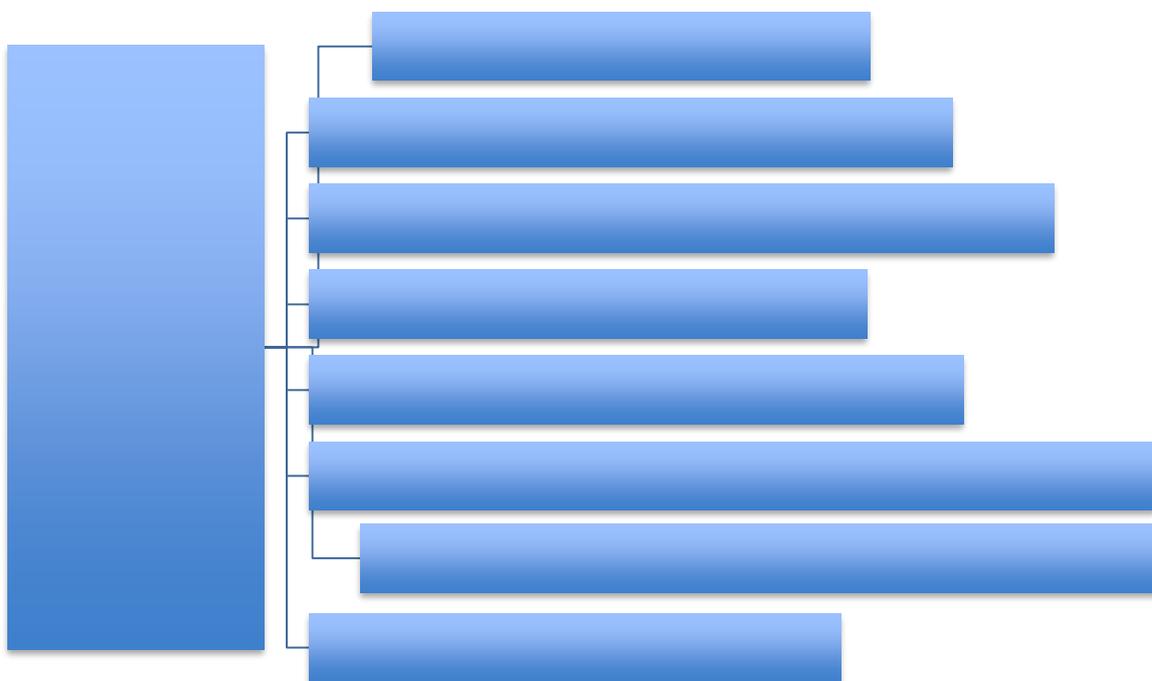
Основной мерой эффективности работы коммерческой организации является

Балансовая прибыль включает 3 укрупненных элемента:

1. _____
2. _____
3. _____

Некоммерческая организация – это _____

5. Основные организационно-правовые формы некоммерческих организаций (заполните схему)



Средства медицинского страхования – это _____

Под добровольными имущественными взносами понимаются _____

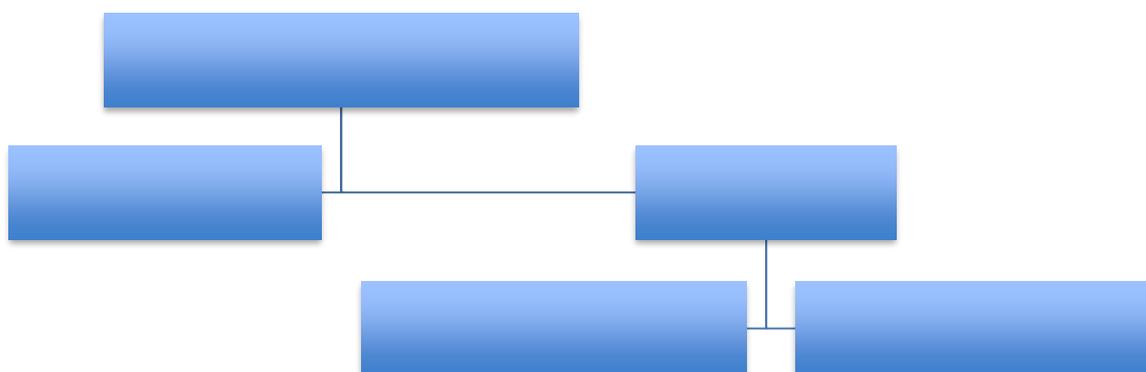
6. Виды расходов некоммерческой организации.

Структура расходов некоммерческой организации в здравоохранении (заполните схему)



Бюджетные учреждения - _____

7. Типы организационно-правовой формы учреждений (заполните схему)



Сильные и слабые стороны негосударственного сектора здравоохранения (заполните таблицу)

Сильные стороны	Слабые стороны
------------------------	-----------------------

Автономное учреждение - _____

Казённые учреждения - _____

8. Выберите правильный ответ.

1. Какой тип государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения преобладает на современном этапе реформирования правового статуса бюджетных учреждений в РФ:

- а) казенное учреждение;
- б) автономное учреждение;
- в) бюджетное учреждение?

2. Какие учреждения здравоохранения могут использовать упрощенную систему налогообложения:

- а) казенные учреждения;
- б) бюджетные учреждения;
- в) автономные учреждения?

3. Какая организационно-правовая форма является основной среди коммерческих МО в РФ на современном этапе:

- а) акционерное общество;
- б) кооператив;
- в) общество с ограниченной ответственностью;
- г) унитарное предприятие?

Перечень тем рефератов:

1. Государственное регулирование здравоохранения и медицинской деятельности как функция государства
2. Предпринимательская фирма и её виды.^[1]_[2]^[3]_[4]
3. Особенности предприятий малого бизнеса.^[1]_[2]^[3]_[4]
4. Государственное стимулирование малого бизнеса
5. Коммерческие и некоммерческие организации.
6. Потребительский кооператив.
7. Предпринимательская деятельность без образования юридического лица.
8. Особенности малого бизнеса.

Тема 4. Экономические ресурсы в здравоохранении

Вопросы выносимые на обсуждение

1. Материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения.
2. Проблема ограниченности экономических ресурсов и цена экономического выбора.
3. Методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования экономических ресурсов здравоохранения при принятии решений, связанных с операциями на мировых рынках в условиях глобализации.

4. Индикаторы социально-экономической эффективности здравоохранения как отрасли социального сектора экономики

Вопросы для самопроверки:

1. Дайте определение понятий «материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения».
2. Дайте краткую характеристику экономических ресурсов в здравоохранении.
3. Охарактеризуйте сущность проблемы ограниченности экономических ресурсов.
4. Дайте краткую характеристику понятию «цена экономического выбора».
5. Назовите основные принципы оценки эффективности использования экономических ресурсов в здравоохранении.
6. Что такое финансовый менеджмент и каково его применение в организации здравоохранения?
7. Назовите основные методы финансового менеджмента для принятия управленческих решений.
8. Что такое индикаторы социально-экономической эффективности здравоохранения?
9. Кратко охарактеризуйте индикаторы социально-экономической эффективности здравоохранения, как отрасли социального сектора экономики.

Практические задания

• Экономика здравоохранения - часть современных экономических знаний, относящаяся к блоку:

- а) фундаментальных экономических наук;
- б) конкретных экономических наук;
- в) прикладных экономических наук;
- г) специальных экономических наук;
- д) другому (какому?) блоку экономических наук.

Установите соответствие.

1. Наличие определенных закономерностей развития тех или иных процессов во времени.
2. Возможность поэлементного исследования данного объекта.
3. Формирования категориального состава, понятийного аппарата исследования.
4. Объединение элементов объекта исследования в систему и установление связей между ними.
5. Процесс восхождения от единичных наблюдений к общим выводам.

А. Индукция.

Б. Синтез.

В. Единство логического и исторического.

Г. Научная абстракция.

Д. Анализ.

Продолжите определение.

• Межсекторальные действия при решении проблем охраны здоровья - это:

- а) действия различных государственных структур;
- б) действия различных специалистов здравоохранения;
- в) мероприятия экономического, социального и правового характера;
- г) действия центрального и местного правительств, неправительственных организаций и общественных групп, а также частных лиц.

Перечень тем рефератов:

1. Экономика здравоохранения в рыночной системе экономических отношений.
2. Материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения: проблемы оценки эффективности использования.
3. Методы финансового менеджмента и их применение в экономике здравоохранения.

Тема 5. Рынок медицинских товаров и услуг

Вопросы выносимые на обсуждение

1. Общие сведения о рынке. Виды рынков.
2. Государственное регулирование и саморегулирование рынка медицинских товаров и услуг.
3. Конкуренция на рынке медицинских товаров и услуг.
4. Конкурентные преимущества и конкурентоспособность.

Вопросы для самопроверки:

1. В чем заключены сущность и природа конкуренции?
2. Охарактеризуйте основные виды конкуренции.
3. Кто выступает в роли конкурентов на рынках медицинских товаров и услуг?
4. Что такое конкурентное преимущество и чем оно обеспечивается?
5. Назовите основные виды конкурентных стратегий на рынке медицинских товаров и услуг, охарактеризуйте их.
6. Что означает понятие «конкурентоспособность товара»? Какие параметры характеризуют конкурентоспособность товаров и услуг медицинского назначения?
7. Посредством каких методов и показателей оценивается конкурентоспособность медицинских товаров и услуг?
8. Как формируется портфель медицинских услуг и товаров медицинского назначения с учетом привлекательности рынка и конкурентоспособности рыночного продукта?

Практические задания

- Проанализируйте влияние факторов спроса на медицинские услуги, таких как уровень доходов населения, изменение в структуре населения, численность пациентов в стране, изменение запросов пациентов, форсирование спроса на медицинские услуги.
- Проанализируйте влияние факторов, воздействующих на объем предложения медицинских услуг, таких как количество врачей, стоимость медицинского оборудования, технология лечебного процесса, налоги, наличие конкурентов.
- Закончите определение: «Вкусы и предпочтения потребителей медицинских услуг, число покупателей на рынке, цены на взаимосвязанные услуги, изменения в ожидании будущих цен, изменения в доходе потребителей есть неценовые детерминанты...».
- Объясните, что неверно в следующем высказывании: «Если рыночная цена упала с 4 до 2 руб. за упаковку лекарственного средства, вы захотите производить и продавать больше по этой низкой цене, чтобы избежать уменьшения прибыли».
- Составьте таблицу спроса/предложения ваших медицинских услуг или товаров медицинского назначения (лекарственных средств, мягкого инвентаря, гигиенических средств) и начертите кривые спроса и предложения по данным.



Найдите точку пересечения кривых спроса и предложения и дайте ей определение.

• Составьте схему «Структура рынка услуг здравоохранения», выделяя виды рынков как элементы этой структуры на основе критериев, таких как объект купли-продажи, степень ограничения конкуренции, отраслевой признак, отношение к закону, территориальный признак, механизм функционирования.

• Ответьте «да» или «нет».

1. Ограниченное благо обязательно является редким.
2. Проблема редкости ограничивает возможность удовлетворения потребностей людей.

3. С ростом доходов потребителей кривая спроса по цене на пластические операции будет смещаться вправо.

• Выберите правильный ответ.

К комплементарным благам относятся:

- а) медикаменты и ржаной хлеб;
- б) простыня и подушка;
- в) мануальный и вакуумный массаж;
- г) чай и кока-кола;
- д) троллейбус и грибы.

Перечень тем рефератов:

1. Структура рынка услуг здравоохранения;
2. Конкурентоспособность товаров и услуг медицинского назначения

Тема 6. Управление организациями здравоохранения

Вопросы выносимые на обсуждение

1. Миссия и цели медицинской организации.
2. Медицинская организация и ее структура.
3. Системно-структурные особенности руководства организациями.
4. Содержание и сущность процесса управления в медицинской организации.
5. Решения в процессе управления.
6. Коммуникативное поведение в организации.

Вопросы для самопроверки:

1. Перечислите факторы, определяющие миссию медицинской организации.
2. Назовите структуру содержания миссии.
3. Укажите цели деятельности организации.
4. Дайте определения достижимости конкретности и стабильности целей.
5. Назовите критерии целей.
6. Дайте краткую характеристику этапов выработки целей организации.
7. Дайте определение понятия «медицинская организация».
8. Перечислите основные принципы построения организации.
9. Назовите основные элементы потенциала организации.
10. Охарактеризуйте понятие «группа сотрудников» организации.
11. Перечислите структурные характеристики группы организации.
12. Перечислите подсистемы организации или совокупности ее элементов.
13. Дайте краткую характеристику внутренней среды организации.
14. Перечислите ресурсы организации.
15. Дайте характеристику организационной структуры организации.
16. Перечислите факторы, влияющие на организационную структуру организации.
17. Дайте краткую характеристику принципов построения организационных структур.
18. Назовите этапы проектирования организационных структур.
19. Перечислите типичные проблемы структурирования организаций.
20. Дайте краткую характеристику линейной структуры управления.

21. Дайте характеристику трехмерного представления структуры деятельности по охране здоровья.
22. Дайте определение понятий «род деятельности», «сфера деятельности», «элемент деятельности».
23. Назовите основные части деятельности по охране здоровья.
24. Охарактеризуйте родовую структуру элементов деятельности по охране здоровья.
25. Дайте характеристику сферной структуры элементов деятельности по охране здоровья.
26. Охарактеризуйте общую структуру элементов деятельности по охране здоровья.
27. Дайте краткую характеристику элементов структуры: «кадры», «средства», «предмет».
28. Дайте определение инфраструктуры.

Практические задания

1. Составьте таблицу «Классификация целей организации»

Критерии	Группы целей по видам и типам	

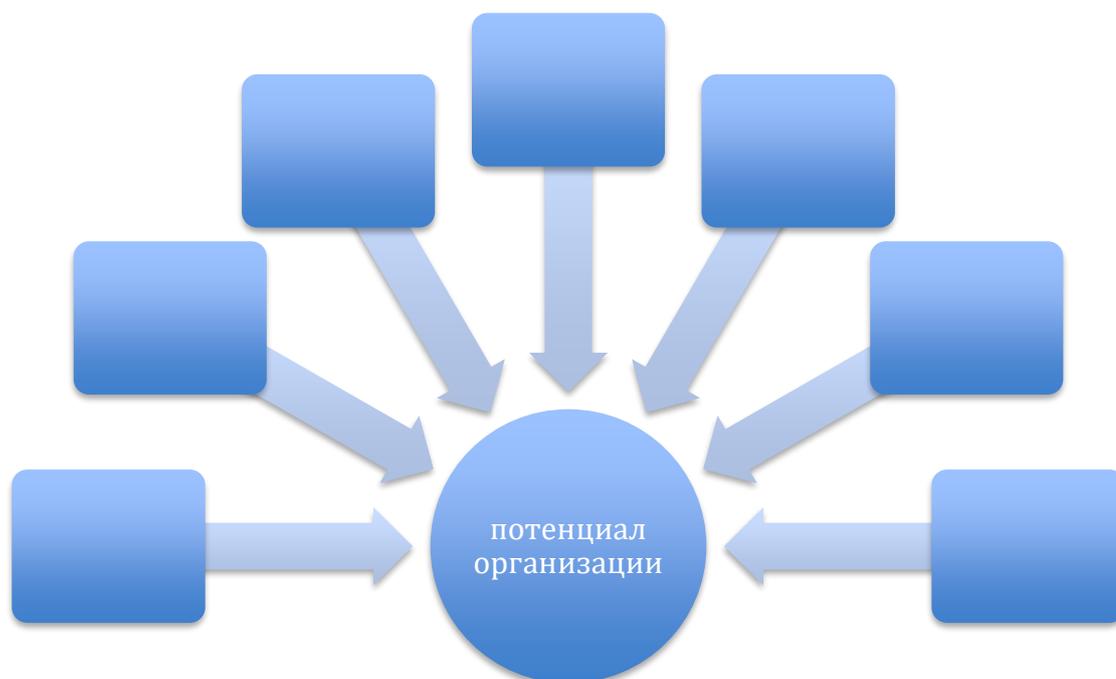
1. Охарактеризуйте основные показатели целей организации в зависимости от деятельности

Направления деятельности организации	Показатели цели

3. Перечислите стадии процесса управления

4. Внутренняя среда организации - это

5. Составьте схему «Основные элементы потенциала организации»



6. Соотнесите понятия с определениями

Социально-психологический климат в коллективе	сложнейшее явление, обладающее своей структурой, взаимодействием социально-демографических и профессионально-квалификационных характеристик, вероятностными динамичными связями и взаимодействиями между членами и отдельными группами коллектива.
Конфликт	это желание добиться чего-либо, совокупность внутренних и внешних движущих сил, побуждающих работника к реализации определенных задач.
Мотивация	открытое столкновение сторон, мнений и сил, связанное с различием ценностных установок, представлений о целях, путях и методах их достижения, о характере задач и способах их решения.
Лидер	человек, умеющий убедить работников в необходимости достижения общих целей и решении поставленных задач независимо от их собственных первоначальных намерений.

7. Перечислите принципы организационной структуры

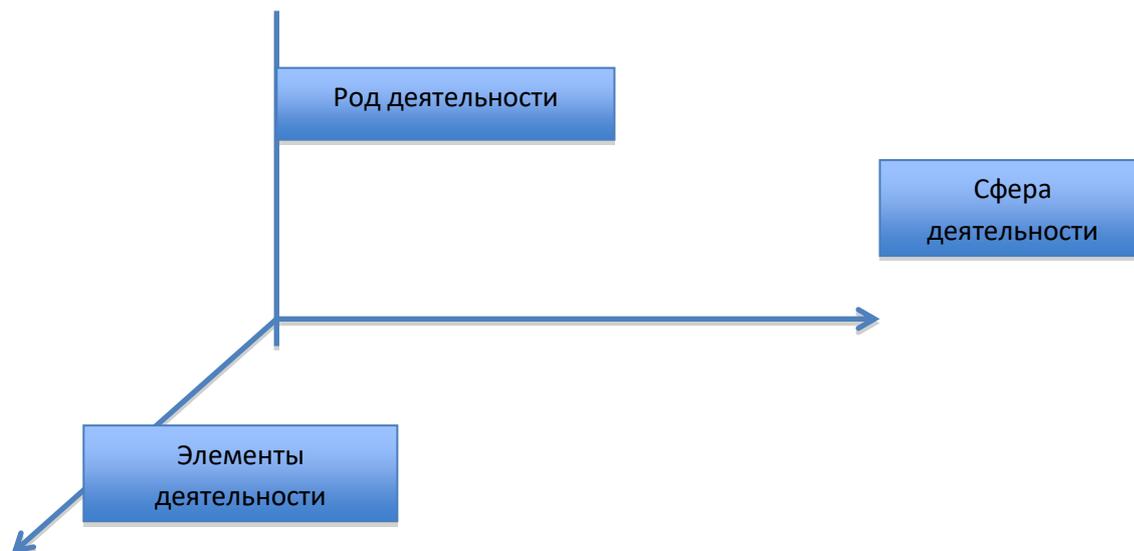
1. Дайте определение понятиям

Род деятельности

Сфера деятельности

Элементы деятельности

9. Допишите недостающие элементы схемы



Перечень тем рефератов:

1. Особенности построения организационной структуры медицинской организации
2. Принятие управленческих решений в медицинской организации.

Тема 7. Организация здравоохранения как субъект экономических отношений

Вопросы выносимые на обсуждение

1. Отношения собственности и организационно-правовые формы деятельности в здравоохранении.
2. Типы учреждений здравоохранения и их сравнительная характеристика.
3. Дополнительные источники финансирования медицинских организаций.
4. Экономические аспекты оказания платных медицинских и сервисных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Оценка рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании

Вопросы для самопроверки:

1. Назовите основные признаки собственности в здравоохранении.
2. Укажите организационно-правовые формы деятельности в здравоохранении.
3. Дайте определения типам учреждений здравоохранения
4. Дайте краткую характеристику дополнительных источников финансирования медицинских организаций.
5. Перечислите экономические ресурсы организации.
6. Назовите основные субъекты экономических отношений организации здравоохранения.

Практические задания

Решение ситуационных задач:

1. В вашей организации имеется главный врач и два заведующих отделением, главный бухгалтер и начальник отдела кадров. К какому типу организационных структур относится организация? Какие ещё бывают типы организационных структур, их преимущества и недостатки. Какие факторы влияют на выбор организационной структуры?
2. Являясь руководителем предприятия, Вы решили отказаться от обязательного медицинского страхования и застраховать работников только по ДМС. Правильно ли это?

Каковы отличия ОМС и ДМС? В чём заключаются Ваши права и обязанности как страхователя?

3. Вы решили заняться коммерческой деятельностью в сфере здравоохранения. В каких организационно-правовых формах она может осуществляться? Какова последовательность ваших действий?

4. Вы решили организовать коммерческий медицинский центр с числом работающих – 20 человек. Какова последовательность ваших действий? Каков порядок лицензирования? В какой организационно-правовой форме может быть создана данная организация? Будет ли она относиться к предприятиям малого бизнеса? Если да, то почему и каковы в данном случае преимущества и недостатки?

5. Руководство вашего ЛПУ вызвали для отчета в органы управления здравоохранения в связи с постоянным увеличением объема его финансирования и ростом числа жалоб на необходимость оплаты медицинских услуг. Какими причинами может быть обусловлена данная ситуация? Каковы источники финансирования здравоохранения и способы оплаты амбулаторной и стационарной помощи?

Тема 8. Экономические ресурсы и экономические отношения в организации здравоохранения

Вопросы выносимые на обсуждение

1. Материальные, финансовые, трудовые ресурсы медицинских организаций.
2. Эффективность использования экономических ресурсов медицинских организаций
3. Сущность труда и виды трудовой деятельности;
4. Количество, качество и эффективность труда в здравоохранении;
5. Трудовые отношения;
6. Трудовая занятость и безработица;
7. Оплата труда медицинских работников.

Вопросы для самопроверки:

1. Назовите основные признаки труда, трудовой деятельности.
2. Какую роль в экономике здравоохранения играют орудия труда и предметы труда?
3. Как сочетаются физический и умственный труд в здравоохранительной деятельности?
4. Что общего и особенного в понятиях «профессия» и «специальность»? Какие профессии и специальности распространены в здравоохранении?
5. В чем состоит природа разделения труда в экономике? Какова специфика разделения труда в здравоохранении? Как сочетаются специализация и кооперация?
6. В чем заключается измерение количества затрачиваемого труда в здравоохранении?
7. Как устанавливаются нормативы трудозатрат в медицине? Что такое нормативы численности, штатные нормативы?
8. Какое содержание вкладывается в понятие «качество труда», «качество медицинской помощи»?
9. Что понимается под эффективностью трудовой деятельности?
10. Что означают производительность труда, трудоемкость, выработка? Как они определяются в медицине?
11. От каких факторов зависит производительность труда медиков?
12. В чем заключаются трудовые отношения между работниками и их нанимателями? Как они связаны с трудовыми контрактами?
13. Что такое коллективно-договорная система? Чьи интересы и каким образом она защищает?
14. Каким образом государство регулирует отношения на рынке труда?

15. В чем заключается принцип рациональной занятости?
16. Что вкладывается в понятие «безработица»? Каковы основные виды безработицы?
17. Как государство борется с безработицей?
18. В какой мере безработица угрожает медицинским работникам?
19. Какие функции выполняет система оплаты труда?
20. Назовите и опишите наиболее распространенные формы оплаты труда.
21. Как устанавливаются сдельные расценки?
22. В чем заключается сущность тарифной системы оплаты труда?
23. Каким образом при оплате труда учитывается его качество?
24. Какова структура формирования заработной платы работников здравоохранения? Каковы элементы этой структуры и от чего они зависят?
25. Как дифференцируется оплата труда?
26. Опишите схему формирования ФОТ, ФЗП и фонда материального поощрения.
27. Каким образом ФОП медицинского учреждения распределяется между его подразделениями и работниками?
28. В чем состоит сущность контрактной, договорной формы оплаты труда работников?
29. Охарактеризуйте форму дифференцированной оплаты труда.
30. Назовите основные принципы формирования системы стимулирующей оплаты труда.
31. Назовите основные требования к форме дифференцированной оплаты труда.
32. Перечислите условия для создания системы дифференцированной оплаты труда.
33. Кратко охарактеризуйте этапы введения системы дифференцированной оплаты труда в организациях ПМСП.
34. Что лежит в основе формирования системы дифференцированной оплаты труда?

Практические задания

1. Рассчитайте заработную плату врача-терапевта федерального ЛПУ, имеющего первую квалификационную категорию и стаж работы 8 лет. Базовый оклад в данном ЛПУ соответствует рекомендуемой величине – 5 800 руб., повышающий коэффициент 0,14. Выплата компенсационного характера отсутствует, выплата за стаж непрерывной работы в данном ЛПУ – 30%. Врач получает выплату стимулирующего характера в размере 41% от базового оклада.

2. Рассчитайте заработную плату врача-хирурга областного ЛПУ, имеющего высшую квалификационную категорию и стаж работы 15 лет. Базовый оклад врача в данном ЛПУ соответствует рекомендуемой величине – 3 500 руб., повышающий коэффициент 0,44. Выплата компенсационного характера – 15%, выплата за стаж непрерывной работы – 30%. В данном месяце врачу причитается выплата стимулирующего характера в размере 84% от базового оклада.

3. Рассчитайте заработную плату врача-оториноларинголога областного ЛПУ, имеющего ученую степень кандидата медицинских наук и первую квалификационную категорию, стаж работы 4 года. Базовый оклад врача в данном ЛПУ составляет 4 000 руб., повышающий коэффициент 0,72. Выплата компенсационного характера отсутствует, выплата за стаж непрерывной работы в данном ЛПУ – 20%, выплата стимулирующего характера – 45%.

4. Рассчитайте заработную плату операционной медицинской сестры, работающей в федеральном ЛПУ. Она имеет высшую квалификационную категорию и стаж работы 12 лет. Базовый оклад в данном ЛПУ соответствует рекомендуемой величине – 4 550 руб., повышающий коэффициент 0,32. Выплата компенсационного характера в данном ЛПУ –

10%, выплата за стаж непрерывной работы – 30%, выплата стимулирующего характера – 79%.

5. Рассчитайте заработную плату врача-дерматовенеролога областного ЛПУ, имеющего ученую степень кандидата медицинских наук и высшую квалификационную категорию, стаж работы 14 лет. Базовый оклад – 3 500 руб., повышающий коэффициент 0,9. Выплата компенсационного характера в данном ЛПУ – 15%, выплата за стаж непрерывной работы – 30%, выплата стимулирующего характера – 82%. 6. Рассчитайте заработную плату врача акушера-гинеколога областного ЛПУ, имеющего вторую квалификационную категорию, стаж работы 3 года. Базовый оклад – 3 500 руб., повышающий коэффициент 0,44. Выплата компенсационного характера в данном ЛПУ – 15%, выплата за стаж непрерывной работы отсутствует, выплата стимулирующего характера – 67%.

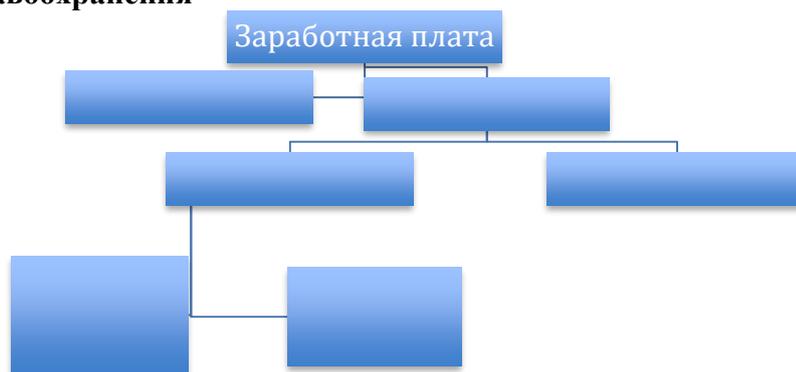
8. Дайте определение следующим понятиям

Предметы труда

Рабочая сила

Трудовые ресурсы

9. Составьте схему формирования заработной платы работников системы здравоохранения



8. Выберите правильный ответ.

1. Оплату за медицинскую услугу можно отнести к:

- а) сдельной форме;
- б) повременной форме;
- в) подушной форме.

2. Принцип дифференцированной оплаты труда в здравоохранении характерен для:

- а) индивидуальной деятельности врача;
- б) коллективной деятельности врачей;
- в) врача общей практики.

3. В основе оплаты труда врачей, работающих в государственных медицинских учреждениях, лежит:

- а) гонорарный принцип;
- б) система должностного оклада;
- в) принцип подушевой оплаты.

4. К какой форме оплаты труда относится НСОТ:

- а) повременной;
- б) сдельной;
- в) одновременно к повременной и сдельной;
- г) комбинированной?

5. Какой из элементов оплаты труда практически не зависит от эффективности труда:

- а) дополнительные выплаты;
- б) бонусы;
- в) базовые ставки;
- г) льготы?

Перечень тем рефератов:

1. Контрактная форма оплаты труда медицинских работников.
2. Дифференцированная оплата труда медицинского персонала.^[SEP]

Тема 9. Финансы в здравоохранении

Вопросы выносимые на обсуждение

1. Источники финансирования медицинской деятельности.
2. Бюджетное финансирование здравоохранения в России.
3. Медицинское страхование.
4. Методы оплаты медицинской помощи.
5. Ценообразование на медицинские услуги и товары.
6. Методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования финансовых ресурсов в организации здравоохранения: активов, управления оборотным капиталом, принятия инвестиционных решений, решений по финансированию, формированию дивидендной политики и структуры капитала медицинской организации.

Вопросы для самопроверки:

1. Определите ключевые понятия: «финансы», «финансовая система», «финансовые институты», «финансовый рынок», «финансовые процессы».
2. Какова роль финансов в странах с централизованно управляемой и рыночной экономикой?
3. Что такое финансовые ресурсы? Как образуются и используются финансовые ресурсы государства и хозяйствующих субъектов?
4. Назовите основные виды и источники финансирования.
5. Обрисуйте в общих чертах финансовую систему страны.
6. Чем обусловлено движение денежных средств?
7. Назовите основных участников денежных отношений и распределения денежных средств.
8. Охарактеризуйте каналы финансирования медицинских организаций.
9. Каковы источники прямого и косвенного финансирования организаций здравоохранения?
10. Каковы возможности кредитного финансирования организаций здравоохранения?
11. Что означают ипотечное кредитование и лизинг?
12. Каково общее состояние и каковы проблемы бюджетного финансирования здравоохранения в России?
13. Каким образом определяются затраты на здравоохранение, финансируемые из федерального, регионального, муниципального бюджетов?
14. Какие виды расходов входят в смету затрат медицинских организаций, учреждений? Как составляются сметные калькуляции?
15. Каким образом определяются запросы (заявки) на бюджетные ассигнования?

16. Как определяются величины расходов на здравоохранение, включаемые в бюджеты разных уровней?
17. Что представляет собой цена на товар, услугу? Что отражает значение цены? Какие функции выполняют цены?
18. В чем состоит процесс ценообразования? Назовите основные подходы к ценообразованию.
19. Определите понятия «розничная цена», «оптовая цена», «тариф», «ставка». Что понимают под тарифами на медицинские услуги?
20. Чем отличаются «твердые» и регулируемые цены? Кто и как регулирует цены на медицинские товары и услуги?
21. Какие цены называют прейскуррантными?
22. Что вкладывается в понятие «рыночная цена»?
23. Охарактеризуйте методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования финансовых ресурсов медицинской организации.
24. Перечислите принципы принятия инвестиционных решений, решений в организации здравоохранения?
25. Как осуществляется дивидендная политика и в чем ее суть?
26. Охарактеризуйте структуру капитала медицинской организации и методы ее оценки.
27. От каких факторов зависит принятие решений по финансированию, формированию дивидендной политики и структуры капитала медицинской организации?

Практические задания

1. Проанализируйте основные проблемы развития ОМС, указанные в тексте. Составьте схему особенностей развития ДМС в современной РФ на основании данных, приведенных в тексте.

2. Приведите примеры источников финансирования системы здравоохранения и представьте их в виде круговой диаграммы, отражающей примерную процентную значимость каждого источника.

3. Проанализируйте известные вам модели движения финансовых потоков в системе ОМС и выявите различия между ними.

4. Известно, что банки осуществляют депозитные и кредитные операции. В современных условиях банки могут предоставить более широкий спектр услуг: депозиты, кредиты, лизинг, овердрафт, мониторинг, факторинг, трастовые операции, инкассовые операции, открытие счетов, информационные услуги и др. Выберите из перечисленных услуг те, которыми реально может воспользоваться БУЗ для практической деятельности.

5. Выберите правильный ответ.

1. Ссудами, выданными банками на срок от 1 года до 8 лет, являются:

- а) краткосрочные ссуды;
- б) среднесрочные ссуды;
- в) долгосрочные займы.

2. Преимущества такой формы финансирования, как лизинг, заключаются в том, что:

- а) данная сделка относится к разряду незавершенных;
- б) данная сделка не числится на балансе лизингополучателя;
- в) выплата взносов лизингополучателем не дебетуется на его счет в качестве

обязательств;

г) все вышеуказанные положения верны.

6. Исключите неправильный ответ.

1. Для БУЗ субъектами финансовых отношений являются:

- а) органы городского бюджета;
- б) казначейства, банки;
- в) фонды ОМС, страховые и лизинговые компании;

- г) налоговая инспекция;
 - д) физические лица.
2. К заемным средствам БУЗ относятся:
- а) устойчивые пассивы;
 - б) кредиты и ссуды;
 - в) кредиторская задолженность;
 - г) амортизационный фонд.

1. Заполните таблицу
Системы финансирования здравоохранения

Система финансирования	Характеристика

8. Рассчитайте стоимость 1 условной единицы трудоемкости (УЕТ) в отделениях городской стоматологической поликлиники с использованием элементов АВ-костинга.

Условие. Предположим, что в городской стоматологической поликлинике пять подразделений. Из них два подразделения (лаборатория и рентгенология) - вспомогательные и три подразделения (хирургическое, терапевтическое и детское) - основные.

Лаборатория за исследуемый период (например, за год) проводит исследования для хирургического, терапевтического и детского отделений в соотношении 15:60:25 соответственно.

Рентгенологический кабинет за тот же период времени делает рентгеновские снимки для хирургического, терапевтического и детского отделений в соотношении 23:48:29.

Найдите цену 1 УЕТ с учетом рентабельности 33% и инфляции 7%. Заполните таблицу.

- Рассчитайте себестоимость платной медицинской услуги с применением стандарта медицинской помощи.

- Выберите наиболее точный ответ, характеризующий понятие «рыночная цена» медицинской услуги.

Цена медицинской услуги - это:

- а) денежное выражение стоимости;
- б) рыночный параметр, зависящий от спроса и предложения на медицинские услуги;
- в) отражение затрат на оказание одной медицинской услуги;
- г) сумма денег, которую пациент готов заплатить и за которую врач готов реализовать свою медицинскую услугу.

- Выберите правильный ответ(ы).

Утверждается, что существуют следующие виды цен на медицинские услуги:

- а) тариф на медицинские услуги;
- б) договорные цены;
- в) страховой тариф;
- г) платные услуги.

Таблица. Цена 1 УЕТ с учетом рентабельности и инфляции

Подразделение	Затраты в год, руб.	Лаборатория	Промежуточные затраты	Рентгенология	Общие затраты	Рентабельность 33%	Совокупная цена за год	Пл. ан УЕТ в год	Совокупная цена с учетом инфляции 7%	Цена на 1 УЕТ в 2013 г.

Лаборатория	270 990									
Рентгенология	2 206 680									
Хирургическое	2 199 060							20 916		
Терапевтическое	3 059 740							43 871		
Детское	2 306 960							26 040		
Итого	10 043 430							90 827		

Перечень тем рефератов:

Особенности развития ДМС в Российской Федерации

Тема 10. Предпринимательство в медицинской деятельности

Вопросы выносимые на обсуждение

1. Сущность и функции предпринимательства в здравоохранении.
2. Индивидуальная предпринимательская деятельность.
3. Малое предпринимательство в медицине.
4. Планирование предпринимательской деятельности. Бизнес-планы.
5. Бизнес-планы.
6. Оценка рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в предпринимательской деятельности медицинской организации, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании.

Вопросы для самопроверки:

1. Охарактеризуйте сущность и основные признаки предпринимательства. В чем состоят особенности предпринимательской деятельности в здравоохранении?
2. Назовите основные факторы (ресурсы) предпринимательства. Каким образом эти факторы используются для получения прибыли?
3. Охарактеризуйте основные виды предпринимательства, используемые в здравоохранении.
4. В чем заключается суть посреднического предпринимательства?
5. Какие общественно полезные функции выполняет медицинский бизнес?
6. Что представляет собой теневой бизнес в медицине и в чем его опасность?
7. Кто вправе заниматься индивидуальной предпринимательской деятельностью?
8. Каковы основные правила индивидуального предпринимательства?
9. Как производится регистрация индивидуально-частных предпринимателей?
10. Какие коммерческие предприятия (организации) принято называть малыми?
11. Каковы направления государственной поддержки субъектов малого предпринимательства в медицине?
12. В каких областях, сферах медицинской, медико-производственной деятельности находит свое приложение малое предпринимательство?
13. Каково содержание программ поддержки и развития малого медицинского и медико-производственного предпринимательства?
14. Что представляет собой предпринимательский проект? Каковы основные этапы его осуществления?
15. Зачем разрабатывается бизнес-план, какова его структура?
16. Какие данные содержит описание предпринимательского проекта и продукта в бизнес-плане?

17. Какие действия должен планировать предприниматель в части изучения рынка сбыта и разработки маркетинговой стратегии?
18. Какие меры по организации производства предусматриваются в бизнес-плане? Как организуется управление предпринимательским проектом?
19. Что означает кадровое обеспечение проекта?
20. Какие данные включает финансовый раздел бизнес-плана?

Практические задания

1. Презентация «Бизнес-план медицинской организации»
2. Составьте общую схему медицинского предпринимательства
3. Дайте определение следующим понятиям
Торговое предпринимательство в сфере здравоохранения

Финансовое предпринимательство

Страховое предпринимательство

Посредническое предпринимательство

4. Перечислите функции медицинского предпринимательства

5. Продолжите предложение

Под малыми предприятиями в современном российском законодательстве понимаются

Перечень тем рефератов:

1. Структура рынка услуг здравоохранения;
2. Конкурентоспособность товаров и услуг медицинского назначения

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра экономики и организации здравоохранения и фармации

Авторы: Сергеева Е.А.

**Методическое обеспечение занятий лекционного типа
по дисциплине «Экономика и управление в здравоохранении».**

направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск 2020

Системное содержание управления здравоохранением. Характеристика и свойства системы здравоохранения

Направления развития системного подхода в охране здоровья. Составляющие определения «общественное здоровье». Здоровье как система. Характеристика современной концепции здравоохранения. Закономерности и принципы системы здравоохранения. Системное решение проблем охраны здоровья

1. Системное содержание управления здравоохранением

В основе системной концепции охраны здоровья лежат представления о человеке как открытой системе с ее принципами целостности и организации. Давно известно, что человеческий организм - открытая система, которая остается постоянной при непрерывном изменении входящих в нее веществ и энергии (так называемое состояние подвижного равновесия).

Это является исходной предпосылкой для разработки общесистемной теории здоровья и его охраны на основе взаимосвязей между различными научными дисциплинами, использования понятий и гипотез, методов и результатов исследований в единой научной области и применяемых в других (смежных) областях. И в этом смысле указанные исходные положения можно рассматривать как своеобразную теорию здоровья и системы его охраны.

Системные исследования состояния общественного здоровья легли в основу научной теории, концепции и методов, в которых объект исследования - здоровье человека и отрасль здравоохранения рассматриваются как система в виде множества взаимосвязанных элементов, выступающих в качестве единого целого. Иначе говоря, объект этого исследования представлен сложной динамической системой, состоящей из большого числа взаимодействующих феноменов, свойств, категорий, а также служб, звеньев, секторов и подразделений.

Это множество взаимосвязанных компонентов (элементов) выступает как единое целое со всеми присущими ему внутренними и внешними связями с окружающей средой.

Методологически важно разграничить понятия «объект» и «предмет» изучения при использовании их в организационно-управленческой практике здравоохранения. Здоровье как объект изучения - это та реальность, которая исследуется и охраняется и которая всегда отлична от имеющегося в данный момент ограниченного, относительного знания о ней. Предмет изучения здоровья, его охраны и управления им формируется самим исследователем и организатором здравоохранения - специалистом в области управления.

Здоровье человека обладает одновременно разными характеристиками, свойствами, параметрами, функциями, что требует поиска специфических механизмов взаимосвязи различных его уровней с факторами окружающей среды. Нахождение конкретной формы реализации этой взаимосвязи особенно важно для построения адекватной системы организации и управления здравоохранением.

Источник реформируемых преобразований системы здравоохранения, ее функций, таким образом, лежит в самой этой системе, поскольку это связано с целесообразным характером ее функционирования. Существенная черта охраны здоровья как системного объекта состоит в том, что это не просто система, а самоорганизующаяся система, обладающая множеством индивидуальных характеристик, функций и связей.

В сфере охраны здоровья развитие системного подхода идет по 3 направлениям:

1. Теория формирования здоровья человека.
2. Системный анализ как методология изучения здоровья и организации системы здравоохранения.
3. Системотехника как медико-профилактическая и эколого-гигиеническая практика.

Под теорией формирования здоровья человека можно понимать:

- методы системного исследования окружающей среды (явлений, факторов) и ее влияние на индивидуальное и популяционное здоровье, процессы реформирования медико-социальной системы;

- службы, сектора, подотрасли охраны здоровья различной специализации и назначения (профилактические, лечебно-диагностические, фармацевтические, санитарно-гигиенические, страховые, санаторнокурортные и др.). Все они изучаются, реформируются и развиваются с позиции целостного (интегрированного) восприятия происходящих процессов формирования общественного здоровья, выявления присущих этим процессам общих и частных закономерностей и использования их для анализа, познания и реформирования действующих систем здравоохранения, создания более совершенных организационноуправленческих структур, обеспечивающих более эффективное достижение поставленных целей охраны здоровья человека.

Целостный подход к решению этих проблем базируется на едином понимании существа, роли, значения и взаимозависимости здоровья человека и факторов окружающей среды. Тем самым он позволяет комплексно и всесторонне изучать и решать проблемы, выделять приоритеты и оптимизировать основные параметры системы здравоохранения.

Теория формирования здоровья человека - теоретико-прикладное направление развития социальной гигиены и организации здравоохранения, рассматривающее методологические и практические проблемы охраны, поддержания и воспроизводства здоровья на основе системных организационно-управленческих технологий. Комплексный подход включает ряд методов эмпирического порядка, не имеющих своих принципов, поэтому он отражает организационно-методологический подход в исследовании и проектировании оздоровительных программ, организации медицинской помощи, производстве лекарственных средств (ЛС) и изделий медицинского назначения. В связи с этим комплексный подход является только частью системного, более всестороннего подхода.

Если комплексный подход вырабатывает стратегию и тактику, то системный - методологию и методы. Системный подход имеет дело со здоровьем и его охраной как системами, состоящими из компонентов здоровья (биофизического, социального, психического, генетического и т.д.), а также закономерно структурированных и функционально организованных образований (служб, звеньев, секторов) отрасли.

Получение объективных знаний о здоровье и его охране требует достижения органичной взаимосвязи усилий специалистов всех этих функционально существующих, действующих и участвующих в изучении оздоровительных, лечебно-диагностических, эколого-природоохранных процессов, их организации и реформирования для достижения единой цели. Лишь при этом условии тесного межфункционального содружества или комплексного подхода и может быть получен не конгломерат (социальнопроизводственных) комплексов, а всестороннее, цельное, конкретное знание об объекте исследования, эффективное при решении сложных задач системы управления здравоохранением.

Функционально-структурный подход к системе здравоохранения рассматривается как часть общесистемного подхода с точки зрения ее функций и структур. Это следует из характера взаимосвязи между функцией и структурой как между философскими категориями - содержанием и формой. Другими словами, функция - это содержание, структура - форма системы здравоохранения как типичные взаимосвязи диалектических противоположностей, преодоление которых является источником развития и познания систем.

Изменение потребностей пациентов, потребителей ЛС, изделий медицинского назначения, изменение взаимодействия здоровья и системы его охраны с внешней средой приводят к изменению соответствующих функций. В свою очередь, это ведет к перестройке структуры, ее реформированию и обновлению. Но структура состояния здоровья населения (заболеваемости, инвалидности, смертности, демографических сдвигов) оказывает решающее воздействие на функцию системы здравоохранения, в результате чего структура перестает соответствовать функции. Здесь прослеживается ситуационный подход.

Таким образом, функционально-структурный подход к изучению состояния здоровья и его охраны базируется на взаимозависимости функции и структуры в процессе реформирования и развития системы здравоохранения при определяющей роли функции системы по отношению к ее структуре. Функционально-структурный подход:

- учитывает диалектические взаимосвязи функции и структуры изучаемых систем здоровья и его охраны;
- отличается целостным подходом к анализу (декомпозиции) и синтезу (воссоединению, целого из частей) многокомпонентных и многоуровневых систем здоровья и его охраны, органичной общностью этих двух сторон медико-социального познания;
- учитывает вещественные, энергетические, ресурсные и информационные связи между их компонентами (элементами), а также связи с внешней средой;
- рассматривает эти сложные системы в динамике;
- характеризует единство междисциплинарного и специального знаний, проявляющихся в совместном использовании общих закономерностей развития систем здоровья и его охраны.

Общественное здоровье понимается как суммарная характеристика совокупности процессов здоровья и его охраны, протекающих в определенных условиях природной среды и жизнедеятельности людей.

Термин «общественное здоровье» возник сравнительно недавно. Будучи обязанным своим происхождением мышлению по аналогии, он не имеет исходного «естественного» содержания и является абстракцией управленческой действительности, которую можно и нужно рационально конструировать и реконструировать, исходя из конкретных целей осуществляемых и подлежащих управлению деятельности. Чтобы эта работа имела практическое значение, необходимо осуществить объединение понятия «общественное здоровье» с окружающей реальностью.

Таким образом, здоровье является одновременно и инструментальной, и фундаментальной ценностью. Оно поддается весьма относительному «накоплению» в пределах одной человеческой жизни и в пределах рода. При этом течение времени работает против «накопления» здоровья. Пользуясь метафорой Льюиса Кэрролла, можно сказать, что с возрастом приходится «бежать все быстрее, чтобы оставаться на месте». Поэтому сохранение здоровья и является основной проблемой жизнедеятельности людей.

1.2. ХАРАКТЕРИСТИКА И СВОЙСТВА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Деятельность любой системы осуществляется через выявление основных присущих ей характеристик и свойств. С этой точки зрения система рассматривается как набор элементов (служб, звеньев, подразделений), имеющих определенные свойства, и набор связей между этими элементами и их свойствами, объединенных единой целью деятельности. Параметрами являются вход, процесс, выход, управление с помощью обратной связи и ограничение.

Важным средством характеристики системы являются ее свойства, которые проявляются через целостность, взаимодействие и взаимозависимость через ее функциональность, структуру, связи, внешнюю среду. Свойства - это качество параметров объектов и факторов, т.е. внешние проявления способа, с помощью которого получают знания об этих объектах и факторах внешней среды. Свойства дают возможность описывать объекты и факторы системы количественно, выражая их в единицах определенной размерности.

Свойства - это внешние проявления того процесса, с помощью которого получают знания об объекте, ведут за ним наблюдение. Свойства обеспечивают возможность описывать объекты системы количественно, выражая их в единицах, как имеющие определенную размерность.

Свойства объектов системы здравоохранения изменяются под воздействием лечебно-оздоровительных мероприятий. В этом контексте принято выделять следующие основные свойства системы:

- совокупность ее компонентов в виде структурных преобразований субъектов системы здравоохранения;
- наиболее существенные между ними связи;

- особенности ее организации, определяющие возможность ее создания. Среди этих факторов - социально-экономические и экологоклиматогеографические, условия труда и т.д., а также организации здравоохранения и их количественные связи;

- интегративные свойства, присущие системе в целом, но не свойственные ни одному из ее компонентов в отдельности. Поэтому, разделяя систему на отдельные части, нельзя познать все ее свойства в целом.

Касаясь условий, присущих системе здравоохранения, отметим следующее:

- она функционирует во времени и пространстве, находясь в движении и в процессе реформирования;

- структурные подразделения системы относительно автономны в организационном отношении и зависимы друг от друга в функциональном;

- для системы характерно наличие единого основания классификации ее подразделений;

- система обладает единством.

Функционируя в окружении среды и испытывая на себе ее воздействие, здравоохранение, в свою очередь, все больше влияет на экономические результаты и социальные преобразования, достигаемые в стране, регионах, хозяйственных отраслях. Взаимосвязь среды и сферы здравоохранения можно считать одной из основных особенностей функционирования этой системы, внешней ее характеристикой, в значительной степени определяющей ее свойства (т.е. внутренние характеристики).

Принципиальной особенностью системы здравоохранения является то, что неотъемлемой ее частью выступают пациент, проблемы его здоровья, повышение качества оздоровительной и лечебной помощи. Это предполагает наличие у системы здравоохранения особых свойств, принципиально отличающих ее функционирование от такового других систем, работающих в соответствии с жестко заданными законами. В отличие от последних, системе здравоохранения присущи следующие особенности:

- информативность происходящих оздоровительных и лечебных процессов;

- изменчивость отдельных параметров системы;

- уникальность и предсказуемость происходящих процессов в конкретных условиях;

- наличие у системы предельных возможностей, определяемых имеющимися ресурсами;

- способность изменять, реформировать свою структуру, сохраняя целостность, и формировать варианты поведения;

- способность противостоять разрушающим систему тенденциям и адаптироваться к изменяющимся условиям;

- способность и стремление к целеобразованию, в отличие от закрытых систем, которым цели задаются извне;

- ограниченность формализованного описания.

Эти особенности целесообразно принимать за основу при разработке моделей и методик системного анализа служб, звеньев и секторов здравоохранения. При этом надо учитывать целостность системы, различные типы связей (в том числе системо- и факторообразующие), структуру и организацию, многоуровневость и наличие иерархии уровней, управление,

цель и целесообразный характер функционирования, самоорганизацию, функционирование, реформирование и развитие здравоохранения. Важно знать, какая неопределенность в постановке задачи имеет место на начальном этапе ее реформирования и рассмотрения.

Системный анализ организаций здравоохранения и состояния здоровья людей выявляет высокую степень взаимозависимости различных элементов и аспектов социально-экономического и политического развития. Эти аспекты становятся все более тесно взаимосвязанными, о чем можно судить по результатам анализа уровня здоровья и

демографических процессов в экономически развитых странах мира. Эффективное развитие системы здравоохранения вызывает позитивные последствия в других секторах национальной экономики.

Общесистемное свойство этой сферы жизнеобеспечения заключается в том, что изменение (ослабление) любого ее элемента, например профилактического звена, оказывает негативное воздействие на все другие ее службы и подразделения, приводят к ухудшению работы системы в целом. И наоборот, любое позитивное изменение профилактического звена резко улучшает деятельность всех компонентов системы.

Наиболее характерные признаки, присутствующие во многих определениях системы здравоохранения, сводятся к следующим:

- движение к целостности и функциональному единству;
- увеличение разнообразия структурных подразделений системы и выполняемых ими функций;
- усложнение процессов реформирования и функционирования;
- наличие и расширение связей: количественных и качественных, положительных и отрицательных, одноплановых и многоплановых, внутрисистемных и межсистемных;
- сложность (полифункциональность) поведения, нелинейность характеристик;
- повышение уровня информатизации;
- нерегулярное, статистически не распределенное во времени поступление воздействий (факторов внешней среды);
- многоаспектность: медико-социальная, экономическая, психологическая, экологическая, технико-технологическая;
- контринтуитивность (причина и следствие жестко однозначно не связаны ни во времени, ни в пространстве);
- нелинейность.

Для полноты параметров и свойств системы здравоохранения необходимо выделить еще организационно-управленческие характеристики. Создание управляемой системы здравоохранения требует выявления таких элементов и отношений между ними (структурного устройства системы), которые реализуют целенаправленное ее функционирование. Элементы любого содержания, необходимые для реализации функции, называются частями или компонентами системы. Совокупность частей (компонентов) системы образует ее элементный (компонентный) состав. Упорядоченное множество отношений между частями, необходимое для реализации функции, образует структуру (строение, расположение, порядок) системы, т.е. совокупность ее элементов и взаимосвязей между ними. При этом понятие «связи» может характеризовать одновременно и строение (статическую), и функционирование (динамику) системы.

Материальная структура является носителем конкретных типов и параметров элементов системы и их взаимосвязей. Под формальной структурой понимается совокупность функциональных элементов и их отношений, необходимых и достаточных для достижения системой поставленных целей.

Организационная структура системы - одно из основных понятий теории управления здравоохранением. Эта структура определяется как совокупность служб, секторов, подсистем, объединенных иерархическими взаимосвязями. Они осуществляют распределение функций управления между руководителями служб, подотраслей (главными специалистами), с одной стороны, и подчиненными им структурами для достижения целей системы - с другой.

Организационная структура объединяет кадровые, материально-финансовые ресурсы, задействованные в управлении подразделениями отрасли; упорядочивает связи между ними. Организационно структуру системы здравоохранения определяют следующие характеристики:

- звено (отдел) - это один из организационно-обособленных, относительно самостоятельных органов управления, выполняющий определенные функции управления.

Связи между звеньями одного уровня иерархии называются горизонтальными и выражают отношение взаимодействия (координации);

- уровень (ступень) иерархии - это группа звеньев, в которых организаторы здравоохранения имеют примерно одинаковые полномочия. Связи между уровнями иерархии называются вертикальными и выражают отношение подчинения нижних уровней верхним. Для каждого звена управления связи со всеми подчиненными уровнями называют внутренними, а остальные - внешними. Иногда уровень иерархии определяется как отношение числа исходящих связей к числу входящих;

- степень централизации (децентрализации) управления. Система управления называется централизованной, если принятие решений осуществляется только в центральном (старшем) органе системы. Центральный орган управления имеет право распоряжаться всеми материальными, финансовыми и кадровыми ресурсами системы, принимать решения, перераспределять ресурсы из одной части системы в другую, координировать деятельность всех ее частей.

Система управления называется децентрализованной, если решения принимаются отдельными элементами (уровнями) системы независимо от других элементов и не корректируются центральным органом управления. Децентрализованная система обладает тем преимуществом, что в ней органы управления максимально приближены к объектам управления.

В реальной действительности часть решений принимается централизованно, а часть - децентрализованно.

Здравоохранение как система

В природе традиционно выделяют системы биологические (индивид), социально-экономические (организация) и санитарно-экологические (природа), а также механические. Система, системный подход, системный анализ и др. являются важными категориями при изучении здравоохранения, какую бы его подсистему, службу, звено или элемент мы не рассматривали. В настоящее время, наряду с такими качествами руководителя здравоохранения (менеджера), как знания, умения, навыки, особенно актуализируется такая категория, как системное мышление. Можно утверждать, что наши успехи связаны с тем, насколько мы системно мыслим и подходим к решению тех или иных проблем охраны здоровья, а наши неудачи вызваны отступлением от системности. Данное утверждение особенно актуализируется для врачебного сообщества, всех работников системы здравоохранения, ее руководителей. Именно они имеют дело со всеми известными системами: биологическими, социальными, экономико-управленческими, технико-кибернетическими, информационными.

Цельность системы не означает ее однородности и неделимости: наоборот, в системе можно различать определенные составные части - службы, звенья, подотрасли, их элементы.

Делимость системы охраны здоровья на части не означает изолированности ее структур друг от друга. Цельность этой системы основана на том, что внутренние связи частей (служб, звеньев), образующих структуру системы, в определенном отношении сильнее, существеннее, важнее, чем их внешние связи.

Целостность системы обусловлена тем, что как единое целое она обладает такими свойствами, которых нет и не может быть у составляющих ее частей и элементов. Изъятие или ослабление работы какого-либо звена (например, профилактического) приводят к утрате его существенных системных свойств.

Открытость системы здравоохранения означает, что она входит в какую-то большую систему - экономическую, социальную, политическую.

Внутренняя и внешняя целостность систем обобщаются, объединяются, синтезируются в понятие цели, которая как бы диктует и структуру, и функции системы... Структура системы выступает при этом как вариант реализации цели.

Системы, особенно здравоохранения, не являются застывшими. Они находятся в динамике (жизненный цикл: развитие - рост - равновесие - убыль - деградация; рождение - жизнь - смерть) и др.

Необходимость объединения различных служб, секторов и подотраслей, сфер деятельности, направленных на укрепление и охрану здоровья в единую систему, обусловлена общностью целей их деятельности и тесными взаимоотношениями, существующими между ними. Функционирование здравоохранения в новых условиях хозяйствования еще более способствует установлению взаимосвязей и взаимодействий между ее составными подсистемами и элементами. В первую очередь такие связи возникают между такими взаимодополняющими друг друга подсистемами, как лечебно-профилактическая, лекарственная и санаторно-курортная помощь, санэпиднадзор, медицинская промышленность, протезно-ортопедическая и др.

Эффективное обеспечение охраны и укрепления здоровья нации в значительной степени зависит от того, насколько согласованно развиваются все перечисленные выше подсистемы и службы единой системы здравоохранения страны. Любое рассогласование в их функционировании грозит обществу дополнительными социальными и экономическими потерями. Поэтому при определении путей развития каждого элемента этой народнохозяйственной системы нельзя не учитывать ее взаимосвязь с другими службами и секторами здравоохранения.

Важным аспектом понимания сущности деятельности здравоохранения является рассмотрение вопросов, касающихся возможностей вмешательства здравоохранения в процесс здоровье-болезнь (рис. 1).

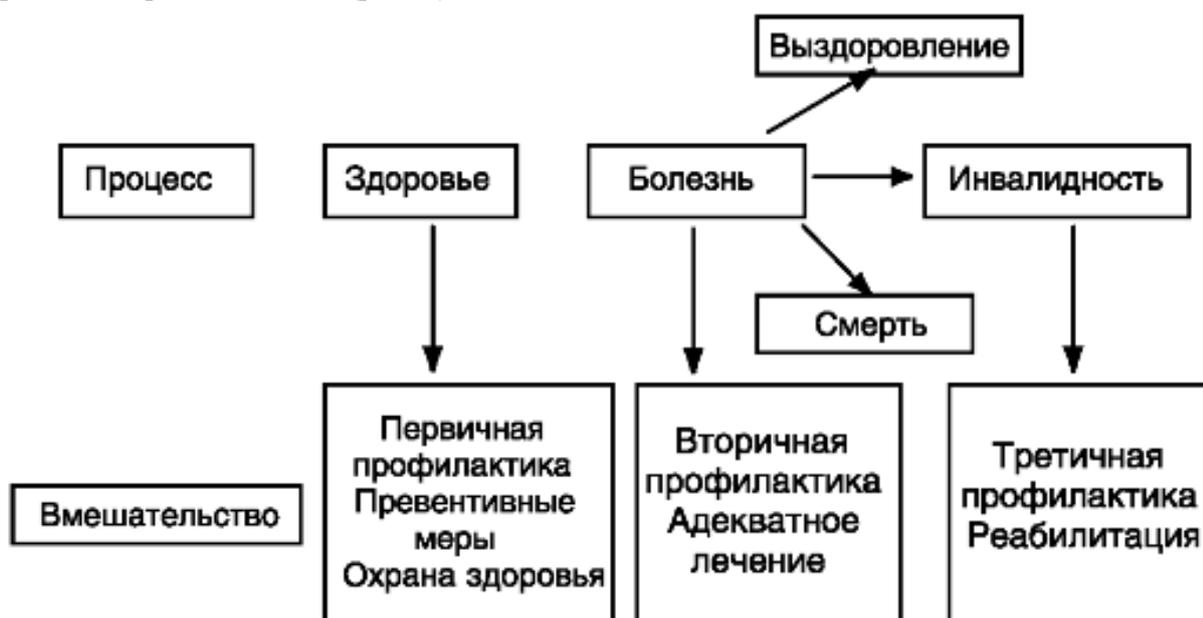


Рис. 1. Процесс здоровье-болезнь и возможности вмешательства в него

В соответствии с возможностями вмешательства здравоохранения в процесс здоровье-болезнь на уровне государства, его региональных структур разрабатывается комплексная программа охраны здоровья населения, в рамках которой система здравоохранения осуществляет свою деятельность.

В структуру комплексной программы входят разделы:

- Управление и охрана здоровья - комплекс законодательных, социальных и экономических мер, направленных на устранение или ограничение факторов риска болезней, травматизма и смерти на уровне индивида, социальной группы и общества в целом.
- Первичная профилактика включает меры, направленные на предотвращение болезней:

- санитарно-гигиенические мероприятия по устранению неблагоприятных факторов труда, быта, экологических нарушений;
- санитарно-противоэпидемические мероприятия (вакцинация, карантинные меры, бактериологический инфекционный контроль, дезинфекция, дезинсекция);
- санитарное просвещение; пропаганда здорового образа жизни;
- оздоровление здоровых людей.
- Вторичная профилактика - активное выявление и эффективное лечение болезни на ранних стадиях. Центральное место при проведении мероприятий вторичной профилактики занимает диспансерный метод (диспансеризация групп населения с высоким риском заболевания: дети, подростки, беременные, работники вредных для здоровья производств, лица, проживающие в неблагоприятных экологических условиях).
- Третичная профилактика - предотвращение осложнений у лиц, перенесших тяжелые заболевания, а также диспансеризация лиц, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, с целью предупреждения обострения их течения. Исходя из перечисленных выше направлений деятельности системы здравоохранения, можно схематично представить ее основные структуры (рис. 2).

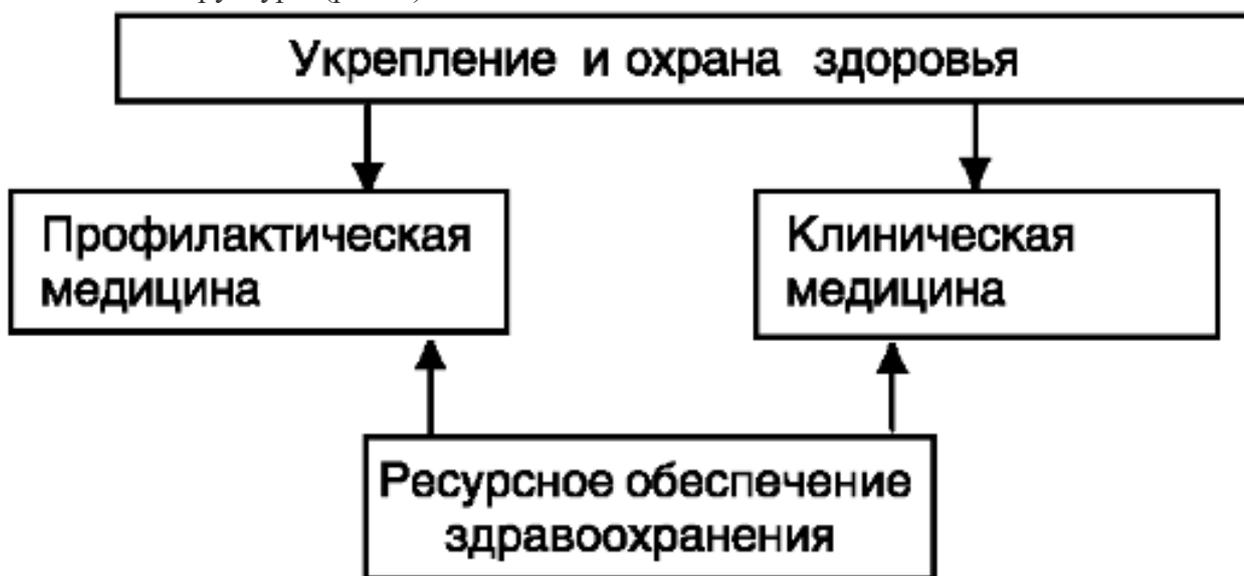


Рис. 2. Связь между основными компонентами здравоохранения

Однако, если данную структуру системы здравоохранения рассмотреть с точки зрения функций субъектов (организаций системы), разделение будет достаточно условным, поскольку практически все они активно взаимодействуют между собой. Например, организации, оказывающие медицинскую помощь пациентам, одновременно с клинической деятельностью проводят большую профилактическую работу (вакцинация, диспансеризация, санитарное просвещение).

Важнейшим аспектом в деятельности здравоохранения является определение критериев необходимости и масштабы вмешательства в функционирование системы.

Естественно, что для разных социальных групп и государств критерии и масштабы вмешательства будут различными, исходя из различий социально-экономических, климато-географических, экологических и социокультурных условий, тем не менее имеются научно выработанные критерии вмешательства, характерные для здравоохранения многих стран мира.

Закономерности и принципы системы здравоохранения

Успешное решение проблем охраны здоровья предполагает развитие социальной гигиены, клинических дисциплин и организацию управления. Выявление всеобщей связи человеческого организма с окружающим миром позволяет поддерживать его здоровье оздоровительными технологиями. В самой природе медицины, социальной гигиены, организации и управления здравоохранением заложены единство и синтез знания.

Понимаемый как процесс рождения нового, синтез системного знания возникает на основе определенных типов объединения или взаимодействия его структурно-организационных и управленческих форм. В процессе дифференциации медико-социальных, эколого-гигиенических знаний возникают научные дисциплины и направления, содержание которых связано с выявлением общих закономерностей и принципов в самых различных областях клинико-валеологического исследования. Происходит своеобразная интеграция знаний, компенсирующая многообразие и отграничение друг от друга различных научных дисциплин и направлений.

Наглядный пример - появление новых отраслей знаний и новых научных дисциплин, возникающих на стыках старых, возникновение комплексных («гибридных») дисциплин (экономика здравоохранения, фармакоэкономика, медицинская социология, медицинская антропология и др.), создаваемых на основе многосторонних связей между старыми науками, рождение принципиально новых методов исследования, дающих плодотворные результаты. Попыткой создания новой «синтетической» дисциплины является валеология.

Наиболее крупные открытия нашего времени сделаны на стыке различных наук, так что синтез наук и научных дисциплин оказывается в высшей степени плодотворным. Все эти процессы - результат совместного действия двух внешне противоположных подходов: дифференциации (специализации, т.е. разделения) наук и их интеграции, взаимосвязи (т.е. объединения). Усиливающийся процесс дифференциации наук и их интеграции сопровождается заимствованием, переносом методов и принципов исследования из одних систем в другие, взаимопроникновением методов. Известно, что обычно выделяют системы: механические, биологические, социально-экономические. Так, хирург в своей деятельности должен знать основные закономерности и принципы всех указанных выше систем.

Решение проблем охраны здоровья, их научное толкование все больше опираются на естественные и общественные, технические науки. Для глубокого исследования медико-демографических процессов необходимы синтез, интеграция выводов частных наук и результатов исследования функциональных областей медицины. Единство, целостность и структурнофункциональная сложность многокомпонентного феномена здоровья требуют адекватных методов, которые обеспечивали бы соответствующие его восприятие и исследование, охрану, поддержание, укрепление и воспроизводство. В этой связи закономерно создание общесистемной науки о здоровье в целом и его интегральном представлении.

Здоровье изучается с разных сторон (аспектов) многими дисциплинами с учетом биомедицинских, социально-гигиенических, экономических, правовых, экологических, климато-географических и многих других условий и факторов. Возникает необходимость выявлять степень влияния отдельных факторов на здоровье в конкретных условиях, их взаимосвязь как друг с другом, так и с развитием медико-профилактической деятельности органов здравоохранения. Для такого исследования здоровья надо поднять степень взаимодействия между изучаемыми его дисциплинами на новый, более высокий уровень на основе общесистемных знаний.

Наука о здоровье как сложном саморегулирующемся механизме обладает своей системной спецификой и составом (интегральным характером взаимосвязей между его компонентами), в который входят предмет, теория и гипотеза, метод и фактология, описание и анализ эмпирического материала. Возрастающий объем научных знаний о здоровье требует их систематизации. Систематизация знаний о здоровье - это установление

существенных связей между ними, порядка между частями целого на основе определенных закономерностей, принципов и правил. При этом закономерности проявляются во всем многообразии из связей, зависимостей и опосредствований. Наличие своего, но обогащаемого другими науками и дисциплинами предмета - необходимое условие обособления, выделения той или иной системы знаний в отдельную самостоятельную отрасль. Совокупность процессов, изучаемых наукой о здоровье по мере познания своего предмета, можно понимать как объект этой науки.

Под теорией здоровья понимается система научных знаний, описывающих и объясняющих совокупность характеристик (феноменов, категорий) здоровья, явлений и процессов валеодемографической природы. Специфика этой теории предстает как системное знание о необходимых сторонах и аспектах, связях исследуемого объекта, его сущности и закономерностях. Знания о здоровье основаны на совокупности исходных теоретикоэмпирических принципов.

Аналитические методы, столь эффективные при изучении частных проблем и процессов, в этой области знаний не работают. Нужен новый, более действенный принцип, на основе которого можно было бы глубже разобраться в объективных и логических связях между феноменами (факторами, категориями) личностно-общественного здоровья, эмпирическими фактами, т.е. принцип системного подхода. Этот принцип определяет не только новые задачи, но и характер всей организационно-управленческой деятельности системы здравоохранения.

Системный подход опирается на методологию, логически и процедурно организованную последовательность проводимых исследований, производимых управленческих действий. Методология характеризуется однозначностью и последовательностью процедур, будучи системно скомпонованной, логичной, воспроизводимой структурой. Иначе говоря, в здравоохранении методология системного исследования представляет собой совокупность системных методов и средств, направленных на решение сложных и комплексных, реструктуризационно-реформаторских проблем формирования эффективной системы охраны здоровья населения.

Системное решение проблем охраны здоровья

Успешное решение проблемы охраны здоровья во многом зависит от ее своевременной постановки и точной формулировки, поэтому специалистам по управлению здравоохранением необходимо не только своевременно оценивать параметры, свойства и связи возникающих проблем, но и понимать их сущность. Формулирование проблемы заключается в ее определении, т.е. установлении сущности проблемы в профессиональных терминах.

Зеркальным отражением формулирования проблемы является выработка определения цели. Термин «цель» используется для того, чтобы описать результат, подлежащий достижению. Цель может принимать форму, обуславливающую достижение максимума (или минимума), величина которого еще должна быть определена, или же форму задания диапазона значений, внутри которого должно лежать решение. Принуждающие связи есть условия, ограничивающие и описывающие, как цель должна быть достигнута или измерена. Комбинация целей, устанавливающих курс, и принуждающих связей, ограничивающих цели, образует ограничение, при котором начинаются изучение и практическое решение проблемы. Ограничение есть сумма правил, руководящих принципов, определяющих границу изучаемой проблемы. Существенным является достижение совместимости цели и принуждающих связей. Без достижения согласия относительно ограничений невозможно прийти к согласию относительно решений.

Когда специалист - руководитель здравоохранения ставит условие проблемы, он устанавливает пределы ее исследования и практического решения, а следовательно, и границы ограничения. В санитарно-статистическом смысле условия могут быть определены как избыточные, противоречивые или достаточные. Условие является избыточным, если оно содержит ненужные элементы (вызывающие потери или перерасходы ресурсов). Условие может также содержать противоречие - несогласованность частей проблемы друг с другом. Достаточное условие выполняется, если принуждающие связи совместимы с целью, причем цель определена адекватно требованиям к системе охраны здоровья.

Решение проблемы определяется как деятельность, которая сохраняет или улучшает качественные характеристики функционирования системы здравоохранения, улучшения состояния здоровья населения. Сохранение, реформирование или улучшение этой системы осуществляется путем введения изменений, инноваций, повышающих эффективность

использования ресурсов. Этими ресурсами являются персонал, лекарственные средства, материалы, оборудование, устройства, финансовые средства и время. Эффективность использования ресурсов может проявляться в следующих изменениях:

- повышение качества медицинских услуг;
- увеличение или уменьшение потребности в ресурсах без соответствующего изменения в стоимости и объеме предоставляемой медицинской помощи;
- уменьшение подверженности риску (врачебным ошибкам) пациентов и персонала;
- изменение некоторой относительной величины, измеряемой критериями медицинской, социальной и экономической эффективности.

Системный подход к системе здравоохранения позволяет построить объективный стандарт, помогающий определить в социально-гигиенических, медико-статистических терминах установленных критериев оптимальность требуемых отношений и перспектив развития отрасли. Совокупность выбранных критериев включает конкретные правила и принципы решений. В целом методология системного решения проблем:

- предписывает систему, которая функционально организует общий процесс решения проблемы реформирования отрасли;
- обуславливает параметры системы, которые дают структуру, необходимую для решения проблемы;
- описывает модели системы и ее возможности, позволяющие осуществлять рассмотрение альтернатив выходов процесса решения проблемы.

Качественные проблемы решаются с помощью суждений - операций, выполняемых специалистом и включающих сравнение и различие. Суждение является средством, с помощью которого формулируются знания, оценки и отношения. Процесс нахождения решения концентрируется вокруг итеративно выполняемых операций идентификации условий, целей и возможностей для решения проблемы. Результатом идентификации является их описание в терминах системных объектов (входа, процесса, выхода, обратной связи и ограничения), свойств и связей, т.е. в терминах структур и входящих в них компонентов. Если структуры и элементы условия, цели и возможности данной проблемы известны, идентификация носит характер определения количественных отношений, а проблема называется количественной. Если структура и компоненты условия, цели и возможностей известны частично, идентификация носит качественный характер, а проблема называется качественной, или слабоструктурированной.

Процесс решения представляет собой конструирование, оценку и отбор альтернатив решения проблем по критериям стоимости, времени, эффективности и возможного риска с учетом отношений между предельными значениями приращений этих величин. Выбор границ этого процесса определяется условием, целью и возможностями его реализации. Решение проблем реформирования системы здравоохранения в новых социальноэкономических условиях предполагает осуществление следующих мероприятий:

- выявление проблемы и оценка ее актуальности, определение цели и принуждающих связей, соответствующих критериев;
- анализ структуры существующей системы и определение ее сбойных элементов, ограничивающих получение заданного выхода;
- оценку веса их влияния на выходы системы;
- построение набора альтернатив и их оценку, выбор альтернатив для реализации;
- определение процесса реализации;
- согласование результата найденных решений и их реализации;
- оценивание конечных результатов.

Выбирают такие управленческие решения, которые являются лучшими по комплексу показателей для реально заданных условий: социальными, экономическими, юридическими, экологическими, политическими. Задача заключается не в том, чтобы найти решение лучше существующего, а в том, чтобы найти оптимальное решение, т.е. наилучшее из всех возможных.

Организация и управление охраной здоровья

Государственная политика в области охраны здоровья населения. Сущность и содержание управления. Методологические подходы к управлению. Методы оптимизации управленческих решений. Характеристика методов принятия управленческих решений.

Государственная политика в области охраны здоровья населения

Государственная политика в области охраны здоровья населения предполагает прежде всего необходимость разработки современной стратегии реформирования и развития здравоохранения в целом.

Под государственной стратегией реформирования и развития здравоохранения следует понимать сложную систему управляющих воздействий, осуществляемых на государственном, региональном и местном уровнях, на те или иные конкретные службы, звенья и сектора, на медико-социальные ситуации с целью эффективного функционирования всех структур этой системы для достижения конкретных результатов улучшения здоровья населения.

В основе государственной стратегии и политики развития здравоохранения лежит общепризнанная необходимость концентрации усилий всех активных участников процессов охраны здоровья на одном общем направлении: повышение уровня здоровья, удовлетворение потребности населения в квалифицированной лечебно-профилактической помощи. Каждый пациент вправе рассчитывать на получение такого комплекса медицинских услуг, лекарственных средств, других товаров медицинского назначения, который привел бы к оптимальным для его здоровья результатам в соответствии с современным уровнем мировой науки, возрастом и функциональным состоянием, основными и сопутствующими заболеваниями, реакцией на выбранное лечение.

Государственная политика в области здравоохранения, ориентированная на обеспечение осуществляемых в стране социально-экономических преобразований в среднесрочной и долгосрочной перспективе, развивает и конкретизирует соответствующие положения концепции национальной безопасности Российской Федерации с учетом национальных интересов России в области здравоохранения. В результате ее реализации должны быть созданы все необходимые условия для достижения общих целей национальной безопасности РФ в области охраны здоровья, улучшения демографической ситуации, поскольку без обеспечения безопасности страны в области охраны здоровья невозможно эффективно решить ни одну из стратегических задач развития России.

Главная цель государственной стратегии развития здравоохранения заключается в создании необходимых условий для защиты жизни и здоровья, максимального продления активной творческой жизни каждого гражданина Российской Федерации. В первую очередь необходимо обеспечить защиту гражданских прав населения страны на охрану здоровья и получение эффективной медицинской помощи, повышение качества жизни, связанного со здоровьем; гарантировать использование эффективных процедур решения политических, экономических и социальных задач, исходя из национальных интересов России в области здравоохранения.

Объектами безопасности Российской Федерации в области охраны здоровья являются личность, общество и государство, а также все основные структурные подразделения системы охраны здоровья.

Государственная стратегия в области охраны здоровья населения включает:

1. Характеристику внешних и внутренних угроз безопасности Российской Федерации в области охраны здоровья как совокупности условий и факторов, создающих опасность для жизненно важных интересов личности, общества и государства;
2. Определение и мониторинг факторов, подрывающих устойчивость национальной системы здравоохранения, на среднесрочную и долгосрочную перспективу;
3. Определение критериев и параметров, характеризующих национальные интересы в области здравоохранения и отвечающих требованиям безопасности России;

4. Формирование государственной политики в области здравоохранения, медико-социальной защищенности; проведение соответствующих институциональных преобразований; создание механизмов, устраняющих или смягчающих воздействие факторов, подрывающих устойчивость национальной системы здравоохранения и социальной защиты. Ярким примером является национальный проект по здравоохранению и улучшению демографической ситуации.

Реализация государственной стратегии развития здравоохранения должна осуществляться через систему конкретных мер, предпринимаемых на основе анализа качественных и количественных показателей: демографических, эколого-гигиенических, медико-правовых и производственных (технологических), макро- и микроэкономических, внешнеэкономических и др.

Первостепенное значение для обеспечения безопасности Российской Федерации в области охраны здоровья имеет выявление факторов и условий, сдерживающих ее реализацию. Наиболее вероятными угрозами безопасности России в области охраны здоровья, на локализацию, устранение и блокирование которых должна быть направлена деятельность федеральных органов государственной власти и управления, являются:

1. Ограничение доступности в получении качественной медицинской помощи для большинства населения;

2. Деформация структуры здравоохранения страны, обусловленная такими факторами, как:

- низкое качество большинства медицинских услуг и товаров медицинского назначения;

- снижение результативности научного потенциала медицинской науки, и прежде всего в решении проблем профилактики заболеваний;

- засилье иностранных фирм на внутреннем рынке России по многим видам жизненно важных лекарственных средств и продукции медицинского назначения;

- существенные различия в здравоохранении в субъектах Российской Федерации.

Состояние здравоохранения, отвечающее требованиям безопасности Российской Федерации, должно характеризоваться определенными качественными критериями и параметрами (пороговыми значениями), обеспечивающими приемлемое для большинства населения России качество жизни, связанное со здоровьем и устойчивостью национальной системы здравоохранения, способной противостоять влиянию внутренних и внешних угроз.

При определении критериев и параметров, отвечающих требованиям безопасности Российской Федерации в области охраны здоровья, необходимо учитывать следующие факторы:

1. Взаимосвязь уровня и качества жизни со здоровьем населения;

2. Способность здравоохранения функционировать в режиме стабильного экономического роста и успешных социальных преобразований;

3. Устойчивость финансово-бюджетной и кредитной систем страны, определяемую состоянием бюджетов всех уровней, оптимизацией финансовых потоков и расчетных отношений, стабильностью цен, надежностью национальной валюты, наличием условий для инвестиционной деятельности в здравоохранении;

4. Рациональная структура внешней торговли, обеспечивающую доступ отечественных товаров медицинского назначения на мировой рынок, максимально допустимый уровень удовлетворения внутренних потребностей страны за счет импорта (с учетом региональных особенностей);

5. Укрепление научного потенциала медицинской науки, ведущих отечественных научных школ, способных обеспечить независимость России на стратегически важных направлениях охраны здоровья населения;

6. Соблюдение баланса федеральных, региональных и местных интересов в области здравоохранения;

7. Сохранение на всей территории Российской Федерации деятельности единой системы здравоохранения;

8. Обеспечение эффективного функционирования национального и региональных рынков услуг и товаров медицинского назначения с учетом их производственно-профильной специализации.

Среди множества целей государственной политики в области охраны здоровья населения можно выделить как общие и стратегические цели, так и цели реформирования и развития отдельных хозяйствующих субъектов (табл. 1).

Таблица 1. Цели реформирования и развития здравоохранения

Общие цели реформирования и развития здравоохранения	Стратегические цели развития здравоохранения	Цели реформирования и развития хозяйствующих субъектов здравоохранения
Достижение реальных позитивных сдвигов в показателях индивидуального и общественного здоровья, сокращение прямых и косвенных потерь общества от заболеваемости и преждевременной смерти граждан	Создание современной высокотехнологичной базы здравоохранения, обеспечивающей всеобщую доступность качественной и эффективной медико-социальной помощи населению при одновременном расширении возможностей инвестирования в собственное здоровье	Формирование внутренних и внешних условий для эффективного функционирования и развития организаций здравоохранения в гармоничном взаимодействии с окружающей их социальноэкономической и экологогигиенической средой

Цели формируют определенные задачи. Основными задачами реформирования и развития отечественного здравоохранения являются:

1. Обеспечение адекватности размеров финансирования отрасли государственным гарантиям в сфере здравоохранения;

2. Повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении;

3. Организация эффективного государственного санитарно-эпидемиологического надзора, гигиенической и эпидемиологической экспертизы, мониторинга здоровья людей и среды обитания человека;

4. Сокращение сроков восстановления утраченного здоровья населения путем внедрения в медицинскую практику современных методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, новых медикопроизводственных, информационных и организационно-управленческих технологий;

5. Совершенствование медико-экономического и организационноправового регулирования деятельности хозяйствующих субъектов здравоохранения;

6. Формирование и развитие регулируемого социально-ориентированного рынка медицинских услуг и товаров медицинского назначения;

7. Развитие негосударственного сектора здравоохранения;

8. Повышение уровня квалификации и степени социальной защищенности работников здравоохранения;

9. Актуализация участия профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций в реализации государственной политики в области здравоохранения;

10. Активизация участия населения в решении вопросов здравоохранения.

При формировании экономической политики в области здравоохранения следует исходить прежде всего из необходимости обеспечения преимущественного развития тех направлений охраны здоровья и видов медико-социальной помощи, которые способны в

кратчайшие сроки дать наибольший эффект по показателям здоровья в пересчете на единицу потребляемых ресурсов.

Одним из важнейших направлений государственной стратегии реформирования и развития здравоохранения в России является повышение качества медицинской помощи. Прежде всего необходима интегральная оценка качества медицинского обслуживания населения. По нашему мнению, такая оценка должна строиться на основе совокупности комплексных многопараметрических медико-экономических показателей, которые представлены на рис. 4.

В последние годы в мировой экономической практике все большее значение приобретает идеология всеобщего управления качеством TQM (Total Quality Management). В рамках TQM под качеством услуг и товаров медицинского назначения понимается не столько достижение или превышение уровня каких-либо их частных или общих характеристик, сколько соответствие этих услуг и товаров нуждам и ожиданиям потребителей.



Рис. 4. Показатели интегральной оценки качества медицинской помощи населению

В масштабах Российской Федерации, а также в отдельных субъектах в качестве компонентов интегрального критерия качества медицинской помощи населению могут выступать следующие частные критерии, подлежащие количественной оценке:

- коэффициент медицинской эффективности (отношение числа случаев достигнутых медицинских результатов к общему числу случаев оказания медицинской помощи);
- коэффициент экономической эффективности (отношение получаемого обществом совокупного экономического эффекта от деятельности организаций здравоохранения к общим затратам на здравоохранение);
- коэффициент социально-экономической эффективности (отношение нормативных затрат на один случай медицинской помощи к фактически произведенным затратам и т.п.).

Сущность и содержание управления

Изучение дисциплины «Управление здравоохранением» предполагает формирование общего представления о сущности и содержании его как особого вида человеческой деятельности, общества.

Здоровье является объектом управления, или управляемой подсистемой для управляющей по достижению целей охраны здоровья людей, развития человеческого потенциала. Этот потенциал базируется на ресурсах, необходимых для развития наукоемких технологий, инновационной активности во всех сферах и отраслях общественной жизни.

Любая система управления представляет собой взаимодействие объекта и субъекта, или управляемой и управляющей подсистем (состояния общественного здоровья и его

охраны). Прежде всего нас интересуют вопросы управления столь сложной и социально значимой отраслью, социальным блоком, каким является здравоохранение.

Так, в классической пирамиде потребностей Ф. Маслоу у ее основания выделены потребности физиологические. В первую очередь они включают состояние здоровья индивидуума. Реально подниматься к высшей точке этой пирамиды можно, лишь сохраняя хорошее состояние здоровья. Иначе говоря, социальные потребности, возможности самореализации, самоуправления можно осуществить только при соответствующем уровне здоровья. Можно утверждать, что высшей ценностью на любом уровне указанной пирамиды является статус здоровья индивидуума.

Поэтому и управление здравоохранением должно быть высшим приоритетом любого из управлений - государственного, семейного или личностного (самоуправления). Особенно важна разновидность самоуправления: ведь до 80% потенциала здоровья зависят от самого человека, т.е. от его способности «управлять» собственным здоровьем.

Отсюда возникает объективная потребность в создании единой системы управления и самоуправления личностно-общественным здоровьем, а также важнейшего элемента его профилактики - механизма формирования у людей потребности быть здоровыми и гармонично развитыми. Эффективность такого подхода отчасти подтвердил опыт США, которые с 1970-х годов возвели здоровье американцев в ранг национальной идеи. Здоровый образ жизни и конституционно заявленный высшей ценностью «человек живущий» позволили кардинально перераспределить средства национального дохода в пользу здравоохранения, значительно увеличить уровень ожидаемой продолжительности жизни американцев.

При всех факторах внешнего воздействия (т.е. управления со стороны) такой синтетический показатель, как здоровый образ жизни в самом широком смысле, во многом зависит от самой личности. Это экология, реклама здорового образа жизни, состояние медицины, общая культура с ее ценностями. Факторы внешнего воздействия могут работать как на здоровье человека, так и против здоровья.

Изучение основ управления здравоохранением предполагает формирование общего представления о сущности и содержании управления как особого вида человеческой деятельности, но через призму медико-социальных отношений, приобретающих все возрастающее значение.

Производственное или объектное управление рассматривается с точки зрения специфики объекта (здоровье, демография) и уровня управления (государственный, региональный, муниципальный).

Выделяют также функциональное управление; это уже специализированное управление, возникшее в результате разделения и специализации управленческого труда - как в общем, так и в объектном управлении. К примеру, в организациях здравоохранения можно выделить управление качеством медицинской помощи, финансовое управление, анализ деятельности, перспективное и текущее планирование (в том числе расходов) деятельности, маркетинг, учет и распределение средств, управление персоналом, управление экономической службой и др.

Все эти виды управления характеризуются типологией управления. Различают более 100 типов управления, которые дают видовую характеристику общего, объектного (производственного) и функционального управления. Действительно, в любой из организаций здравоохранения реализуется общее, объектное и функциональное управление. Эти основные виды управления в каждой конкретной организации имеют только свои видовые оттенки.

Из множества видов управления можно выделить такие его типы, как административный, экономический, медико-социальный, трастовый (доверительный), гендерный, возрастной, временный, арбитражный, демократический, авторитарный, корпоративный и др. В поликлиническом учреждении, например, реализуются все виды управления. Осуществляются такие основные функции управления, как планирование,

организация, координация, мотивация и контроль. Объектному управлению соответствует специфическое управление, определяемое основной целью поликлиники - оказание качественной лечебно-профилактической помощи определенной части населения. При этом в поликлинике реализуются и конкретные или частные функции, связанные с финансами, бюджетом, страховкой, персо-

налом и др. Эти виды управления характерны для всей поликлинической сети страны. Но у каждой из поликлиник есть свой профильный тип, индивидуальная типология: стиль управления, этико-деонтологическая культура, возрастной и половой состав персонала и др.

Чем выше руководящий пост, чем больше ответственности, тем больше должно быть и прав, тем шире властные полномочия. Власть дает возможность ставить цели и задачи, распределять потребные для них ресурсы, контролировать их аккумулирование и использование; рассматривать и утверждать отчеты. В рамках предоставленных властных полномочий руководитель, неся ответственность за порученный ему участок работы, вправе приказывать занятым в нем работникам, давать указания, распоряжения. В противном случае он не может отвечать перед вышестоящим управляющим, владельцем или акционерами за то направление деятельности организации, какое вверено его руководству. Характер реализации властных полномочий обусловлен особенностями восприятия подчиненными начальника и применяемыми им методами воздействия.

В настоящее время особенно актуализируется влияние лидеров, механизм которого может быть различен в зависимости от типа лидерства. Если власть - атрибут формальной организации и воздействие, исходящее от нее, основывается на правах (властных полномочиях), то авторитет - атрибут неформальной организации, и воздействие, исходящее от нее, основывается на харизме. Для усиления управляющего воздействия, реализуемого по официальным каналам, руководителям рекомендуется дополнять его неформальным влиянием лидера, для чего целесообразно также соединять их в одном лице.

Власть - это способность и (или) потенциальная возможность оказывать определяющее воздействие на деятельность, поведение людей с помощью каких-либо средств, приемов для достижения каких-либо целей, даже вопреки воле и сопротивлению других.

Возможность воздействия в экономике, а значит, и в управлении обуславливалась собственностью, позднее - капиталом. Сегодня же все большую роль играет не столько возможность, сколько способность воздействия, т.е. источником власти служит сплав знаний, умений, навыков, системного управленческого мышления профессиональных управляющих. При этом и профессиональный управляющий воздействует уже не на «пролетариат», преимущественно работавший за счет мускульных сил, а на «когнитариат», реализующий не столько физические силы, сколько знания, здоровье, интеллект, опыт и т.д.

В то же время преобладание групповых, а не только индивидуальных воздействий составляет отличительную черту современного управления крупными клиническими (научно-производственными) комплексами, т.е. речь идет не столько об индивидуальной власти и влиянии, сколько о власти и влиянии организации.

Власть можно отличать от полномочий, воздействия (влияния), хотя большинство определений относят эти понятия к одной категории.

Организация управления - создание, образование системы управления или внесение прогрессивных изменений в построение и порядок функционирования ранее образованной и действующей системы управления с целью повышения организационного потенциала этой системы, в том числе выбор переменных организационной формы управления реорганизуемой организации. При этом «организация» как система выступает исходной предпосылкой процесса управления, а значит, и процесса организывания и вместе с тем, видоизменяясь вследствие его реализации, является и его конечным продуктом. Управляющему воздействию, выработанному в сложных, иерархически построенных службах, звеньях и секторах здравоохранения, присуще организаторское содержание, когда оно направлено на создание каких-либо новых подсистем, добавляемых к уже имеющимся в

структуре. Это может быть и повышение организованности как за счет упорядочения строения и (или) порядка функционирования какого-либо одного (поликлинического) звена, так и за счет улучшения взаимодействия других звеньев и служб данного уровня. С другой стороны, процесс управления, осуществляемый уже на этом уровне, протекает в рамках, установленных границами соответствующих медицинских организаций.

Управление - не только наука, реализация функций управления, процесс, которые учитывают и реализуют медицинские работники (субъекты управления), создавая для этого соответствующие органы или аппарат управления, но это еще и искусство.

Методы оптимизации управленческих решений - способы, используемые при выборе решения, обеспечивающего получение максимального или минимального значения выбранного критерия: высококвалифицированная медицинская помощь, эффективное лекарственное средство, максимальная прибыль, доход, минимальные затраты, цены, сроки и т.п. В качестве методов оптимизации управленческих решений используются экономикоматематические методы, модели (линейного, нелинейного, динамического, параметрического программирования, теории массового обслуживания), экспертные оценки (метод взвешенных критериев), метод аналогии, эвристические методы и др.

Методы принятия управленческих решений - способы, позволяющие выбрать окончательный вариант решения. В управлении организацией широко используются индивидуальные и групповые методы принятия управленческих решений: метод номинальной группы, планирования согласия, опытный, интуитивный, методы экспертных оценок, функциональностоимостного анализа и др.

Перечень методов управления будет неполным, если не рассмотреть существующие способы и приемы воздействия для достижения поставленных целей. Методы управления отвечают на вопрос: как, каким образом достигается управленческое воздействие. Рассматриваемые методы носят альтернативный характер и не являются набором готовых рецептов для руководителя. Они основаны на методах мотивации - способах, приемах, используемых руководителями для побуждения людей к выполнению целей, решению задач, к осуществлению определенных действий.

Существует большое разнообразие методов мотивации, включающих поощрение и санкции экономического, социального, психологического, административного характера, воздействующих на интересы и потребности человека. Это - продвижение по службе, изменение условий оплаты труда, благодарность, признание заслуг, повышение квалификации и т.п. Можно образно определить количество методов мотивации количеством интересов мотивируемых.

Особого внимания заслуживают вопросы эффективности и результативности управления, а также такие понятия, как эффект, эффективность и результативность управления.

Эффект представляет собой объемный показатель достижения цели управления, не всегда измеримый и «уловимый»; его непросто формализовать и адресно выделить из общего эффекта деятельности всей (например, медицинской) организации (с ее многопрофильными отделениями, лабораториями и др.). Поэтому эффект обычно измеряют в условных единицах - денежных или натуральных эквивалентах. Эффективность управления - относительный показатель степени достижения цели, и определяется он соотношением полученного эффекта с произведенными затратами или результата с целями. Полученный эффект, результат достижения цели не совпадают по времени с произведенными затратами, что также усложняет соответствующие расчеты.

Результативность управления - составная часть или необходимое условие его эффективности. Она служит мерой точности управления, характеризуемой достижением ожидаемого состояния объекта управления, цели управления или степенью приближения к ней. Результативность управления организацией определяется значениями выходных переменных ее как системы, отражающих конечный результат ее функционирования, полученный за определенный период. Результативность управления измеряется

не показателями работы субъекта (аппарата) управления или труда самого менеджера (сколько провел времени на работе, деловых встреч, принял решений, подписал бумаг и т.п.), а итоговыми показателями управляемого объекта.

Итак, эффективность и результативность управления, т.е. достижение целей с оптимальными затратами является важнейшим условием деятельности любой организации.

Изложенные выше обобщенные взгляды на сложные проблемы общего управления и его прикладные аспекты, недостаточно широко отраженные в литературе, позволят освоить тематику организации и управления на конкретном объекте - системе здравоохранения.

Основные хозяйствующие субъекты в системе здравоохранения

Правовые основы деятельности хозяйствующих субъектов. Формы собственности в здравоохранении. Коммерческий сектор в здравоохранении. Некоммерческий сектор в здравоохранении. Особенности организационно-правовых форм организаций здравоохранения Российской Федерации.

Правовые основы деятельности хозяйствующих субъектов

Принято выделять субъект и объект управления. Субъектом управления может выступать отдельный руководитель, аппарат (орган) управления, т.е. управляющая подсистема. Объектом управления выступают как здоровье человека, так и определенная организация (больница, поликлиника, аптека, центр санэпиднадзора др.). Это управляемая подсистема. Большинство хозяйствующих субъектов в системе здравоохранения имеют статус юридического лица. В соответствии с ГК РФ (часть I) юридическим лицом признается организация, которая имеет в собственности, хозяйственном ведении или оперативном управлении обособленное имущество и отвечает по своим обязательствам этим имуществом; может от своего имени приобретать и осуществлять имущественные и личные неимущественные права; нести обязанности; быть истцом и ответчиком в суде.

Юридическое лицо должно иметь самостоятельный баланс или смету. Оно вправе открывать счета в банках на территории России и за ее пределами. Юридическое лицо имеет печать с полным наименованием организации на русском языке, штампы и бланки со своим наименованием, а также зарегистрированную в установленном порядке эмблему.

Юридическое лицо подлежит государственной регистрации в органах юстиции. Данные государственной регистрации включаются в единый государственный реестр юридических лиц, открытый для всеобщего ознакомления.

Юридическое лицо считается созданным с момента государственной регистрации. Юридическое лицо действует на основании учредительных документов: устава либо учредительного договора и устава либо только учредительного договора.

В учредительных документах должна содержаться следующая информация:

- наименование юридического лица, указывающее на его организационно-правовую форму;
- место нахождения;
- порядок управления;
- другие сведения.

Юридическое лицо может быть реорганизовано путем слияния, присоединения, разделения, выделения, преобразования. Реорганизация происходит по решению учредителей (участников) либо органа юридического лица, уполномоченного на то учредительными документами.

Юридическое лицо может быть ликвидировано. Это может произойти:

- по решению его учредителей (участников) либо органа юридического лица, уполномоченного на то учредительными документами;
- по решению суда;
- в случае признания юридического лица несостоятельным (банкротом).

Юридическое лицо, в том числе в здравоохранении, может быть создано в форме коммерческой или некоммерческой организации.

Таким образом, современная система здравоохранения - это синтез коммерческих и некоммерческих организаций, основанный на оптимальном сочетании материальных и социальных ценностей, рыночных и нерыночных методов хозяйствования.

Каждый дееспособный гражданин вправе заниматься предпринимательской деятельностью без образования юридического лица с момента государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя. В системе здравоохранения к ним могут быть отнесены частнопрактикующие врачи, фармацевты и др.

К индивидуальной предпринимательской деятельности граждан в системе здравоохранения применяются правила ГК РФ, регулирующие деятельность коммерческих организаций, если иное не вытекает из закона, иных правовых актов или существа правоотношения.

По своим обязательствам граждане-предприниматели отвечают всем принадлежащим им имуществом, за исключением имущества, на которое в соответствии с законом не может быть обращено взыскание. Перечень такого имущества устанавливается гражданским процессуальным законодательством. Если кто-нибудь из индивидуальных предпринимателей окажется не в состоянии удовлетворить требования кредиторов, связанные с осуществлением им предпринимательской деятельности, он может быть признан судом несостоятельным (банкротом). С момента вынесения решения суда о несостоятельности (банкротстве) гражданина утрачивает силу его регистрация в качестве индивидуального предпринимателя.

Требования кредиторов индивидуального предпринимателя в случае признания его банкротом удовлетворяются в порядке, установленном гражданским законодательством. После завершения расчетов с кредиторами банкрот освобождается от исполнения оставшихся обязательств, связанных с его предпринимательской деятельностью, и иных требований, предъявленных к исполнению и учтенных в процессе банкротства, но попрежнему остаются в силе требования граждан, перед которыми он несет

ответственность за причинение вреда жизни или здоровью, а также иные требования личного характера.

По своей сути понятие «индивидуальная предпринимательская деятельность» коренным образом отличается от весьма схожего с ним по названию термина «индивидуальная трудовая деятельность» (ИТД). В Законе РСФСР «О предприятиях и предпринимательской деятельности», действовавшем до принятия в 1994 г. ч. I ГК РФ, под ИТД понималась предпринимательская деятельность, осуществляемая без привлечения наемного труда. Теперь это ограничение снято, и граждане-предприниматели наравне с другими субъектами предпринимательской деятельности могут вступать в трудовые отношения с нужными им работниками.

Для получения статуса индивидуального предпринимателя каждому гражданину достаточно, предъявив свой паспорт, представить в соответствующий орган государственной регистрации по месту жительства заявление по установленной форме с указанием всех предполагаемых видов его будущей предпринимательской деятельности и документ, свидетельствующий об оплате им регистрационного сбора. Для регистрации индивидуальных предпринимателей - врачей, фармацевтов - необходимо еще и наличие государственного диплома о высшем медицинском образовании и соответствующей лицензии.

Гражданин-предприниматель может заниматься только теми видами деятельности, которые перечислены в его регистрационном свидетельстве. Любое последующее расширение сферы его предпринимательской деятельности невозможно без повторной регистрации.

Отношения собственности являются определяющими во всей совокупности экономических отношений общества. Они оказывают существенное влияние на

хозяйственный механизм, развитие экономической системы, а также на практическую реализацию социально-экономической политики.

Формы собственности в здравоохранении

Мировой опыт показывает, что здравоохранение наиболее эффективно функционирует при многообразии форм собственности. Это позволяет более эффективно использовать преимущества той или иной формы собственности и в то же время корректировать возможные отрицательные социально-экономические последствия. Поэтому в условиях становления рыночных отношений в здравоохранении надо достичь рационального соотношения государственной и негосударственной форм собственности, государственного и негосударственного секторов. Это соотношение должно соответствовать уровню социально-экономического развития страны и обеспечивать надежную социальную защиту населения, удовлетворение его запросов и потребностей по охране и укреплению здоровья.

Многообразие форм собственности в нашей стране закреплено в ст. 8 Конституции РФ: «В Российской Федерации признаются и защищаются равным образом частная, государственная, муниципальная и иные формы собственности».

Государственные организации. В здравоохранении на базе государственной формы собственности создаются и действуют федеральные и региональные организации. Государственный сектор в обязательном порядке обеспечивает населению гарантированный минимум услуг в сфере охраны и укрепления здоровья и принимает долевое участие в ОМС (рис. 15).

К федеральным организациям относятся государственные организации, имущество которых принадлежит на праве собственности федерации в целом. Это могут быть крупнейшие медицинские, научные организации.

Деятельность таких организаций здравоохранения обеспечивается за счет средств федерального бюджета.

Региональные организации объединяют государственные организации, имущество которых на праве собственности принадлежит субъектам Федерации. К таким организациям в здравоохранении можно отнести крупные медицинские центры, находящиеся в собственности краевых, республиканских, областных органов власти. В ряде стран в качестве одной из форм государственной собственности рассматривается муниципальная (коммунальная) собственность. В России муниципальная собственность на законодательном уровне характеризуется как самостоятельная форма собственности. На ее основе функционируют муниципальные организации.

Муниципальные организации - это организации, имущество которых принадлежит на праве собственности городским и сельским поселениям. В здравоохранении они включают поликлиники, больницы, роддома, станции скорой медицинской помощи, диспансеры, аптеки и др. Имущество муниципальных организаций закрепляется за ними во владение, пользование и распоряжение. Муниципальный сектор обеспечивает основной объем ПМСП, из его источников осуществляется финансирование многоотраслевых служб здравоохранения (см. рис. 15).



Рис. 15. Виды государственных и муниципальных организаций в здравоохранении

В России в соответствии с п. 4 ст. 214 ГК имущество, находящееся в государственной собственности, закрепляется за государственными организациями во владение, пользование и распоряжение.

Деятельность государственных организаций в здравоохранении позволяет обеспечить единое централизованное регулирование процесса создания и распределения услуг и товаров медицинского назначения с соответствующим выделением необходимых ресурсов. Этим создаются предпосылки равных возможностей для членов общества в области охраны и укрепления здоровья.

Вместе с тем государственным организациям здравоохранения присущи и определенные недостатки. К ним относятся неизбежная ограниченность средств, направляемых государством на охрану и укрепление здоровья населения, бюрократический стиль управления, недостаточная заинтересованность в использовании новых технологий, оборудования, отсутствие стимулов к рациональному использованию ресурсов, росту качества ко-

нечных результатов труда. Все это часто приводит к снижению результативности деятельности государственных организаций в области охраны и укрепления здоровья населения.

Необходимо отметить, что существует острая необходимость в преобразовании системы управления государственным сектором здравоохранения. Уже сейчас назрела проблема раздела собственности, прав и ответственности в деле охраны здоровья граждан между Федерацией, ее субъектами, муниципальными образованиями. Решение этого вопроса особенно актуально для крупных клиник и больниц.

Негосударственные организации. Преимущественную долю в здравоохранении составляет негосударственный сектор. Субъектами негосударственной собственности в некоммерческом секторе являются граждане и (или) юридические лица. Негосударственные организации в индустрии здоровья создаются и действуют в виде коммерческих и некоммерческих организаций.

Негосударственные организации можно подразделить на два вида: действующие на основе индивидуальной и коллективной форм собственности.

Становление и развитие негосударственного сектора в здравоохранении обусловлено недостаточной эффективностью государственных структур, бюджетного финансирования, постоянным ростом диверсификации потребительского спроса на конечные результаты деятельности организаций здравоохранения.

Мировой опыт свидетельствует о том, что высокообеспеченная часть граждан предпочитает услуги и товары медицинского значения негосударственного сектора как более квалифицированные, с высоким уровнем обслуживания и информирования, правом выбирать врача, медицинскую организацию, медицинскую страховую компанию.

Необходимо отметить, что деятельность негосударственного сектора здравоохранения предполагает не замену услуг и товаров медицинского назначения, созданных в

государственном секторе, а напротив, их альтернативное, дополнительное предоставление с соответствующим дополнительным привлечением средств за счет включения конкурентных механизмов. С этой точки зрения деятельность негосударственного сектора, безусловно, способствует усилению конкуренции, повышению качества помощи, созданию рабочих мест и обеспечению дополнительных налоговых поступлений. Например, частные стоматологические клиники и кабинеты могут успешно конкурировать с аналогичными государственными структурами как за участие в разработке, так и за реализацию государственных целевых программ по стоматологической помощи.

Негосударственный сектор в здравоохранении выполняет своего рода функцию «эффекта демонстрации», сигнализируя потребителям и производителям о недостатках и «узких» местах в организации государственного сектора. Поэтому негосударственному сектору отводится своеобразная роль новатора в применении научно-технологических достижений и передового опыта в оказании медицинской помощи населению.

Эффект конкуренции негосударственного сектора сводится к дополнению государственного сектора здравоохранения, компенсации его негативных сторон, а следовательно, и к усилению потенциала здравоохранения в целом.

Становление негосударственного сектора в здравоохранении в России пока не подготовлено в той степени, которая необходима для его устойчивого функционирования. Нужны соответствующая правовая база, институциональные преобразования, формирование бюджетной и налоговой политики, обеспечивающей возможность пользоваться негосударственным сектором здравоохранения значительной части населения.

Формирование негосударственного сектора здравоохранения затормозилось на стадии коммерциализации отрасли, в большинстве случаев заключающейся в торговле услугами, частично оплаченными из бюджета на базе государственных учреждений. Необходимо всесторонне и глубоко изучить опыт развитых стран в области негосударственного сектора здравоохранения, выработать стратегический курс его совмещения с российской государственной системой, определить наиболее эффективные пути развития.

Первостепенное значение приобретает правовая защита субъектов негосударственного сектора наравне с правами субъектов государственного и муниципального секторов здравоохранения в условиях ее многоукладности и отсутствия специального медицинского законодательства по этому вопросу. Целесообразно разработать и реализовать целевую комплексную программу развития негосударственного сектора здравоохранения.

По результатам проводимых обследований большая часть руководителей лечебно-профилактических организаций рассматривает практику формирования и развития негосударственного сектора, в том числе через механизмы разгосударствления и частной медицинской деятельности, как единственную возможность решения финансово-хозяйственных и организационно-управленческих проблем, соответствующих структурным изменениям экономики в целом.

Создание негосударственного сектора здравоохранения предполагает учет особенностей социально-экономической ситуации в России. По мнению авторов, из этого условия вытекают следующие принципы:

- негосударственный сектор не может заменить государственные формы обслуживания населения в области охраны здоровья. Он является их равноправным дополнением в плюралистической системе охраны здоровья граждан;
- негосударственный сектор функционирует в виде негосударственных организаций (юридических лиц) и индивидуальных предпринимателей (частная практика). Его основой является частная собственность на факторы производства или их аренда с государственной регистрацией арендных отношений, включая лизинг; производственной базой функционирования негосударственного сектора могут быть объекты любой формы собственности.

Особую роль в условиях России играет обязательное страхование профессиональной ответственности участников негосударственного сектора в системе здравоохранения в целях финансового возмещения возможного ущерба, причиняемого жизни и здоровью граждан.

Становление и развитие негосударственного сектора здравоохранения не может обойтись без помощи и участия государства. Прежде всего необходимо соответствующее законодательство для установления статуса частных организаций, государственных предприятий (малых), коммерческих организаций на праве полного хозяйственного расчета, регулирования их взаимоотношений с государственным сектором, системой медицинского страхования, инвентаризация коечного фонда, приведение его в соответствие со структурой заболеваемости, ожидаемой продолжительностью жизни и уровнем рождаемости, устранением структурных диспропорций и др.

В конечном счете развитие негосударственного сектора здравоохранения следует рассматривать как одно из органических звеньев реформирования российского здравоохранения, тесно увязывая его с уровнем благосостояния населения.

Иные формы организаций. В современном здравоохранении помимо государственной и негосударственной собственности, существуют и другие виды и производные формы собственности (иностранная, смешанная, совместная). На их основе функционируют соответственно иностранные, смешанные и совместные организации.

Иностранная организация - организация, имущество которой принадлежит на праве собственности иностранному лицу: международной организации, организации иностранного государства, иностранному юридическому лицу, иностранному гражданину, лицу без гражданства. В Российской Федерации к иностранным организациям в соответствии с Общероссийским классификатором форм собственности также относятся организации, имущество которых принадлежит на праве собственности российским гражданам, имеющим постоянное местожительство за границей.

Активное участие в охране и укреплении здоровья населения играют смешанные и совместные организации. Смешанная организация основана на сочетании различных форм собственности без участия иностранной собственности. Совместная организация функционирует на основе различных форм собственности, включая иностранную собственность.

Коммерческий сектор в здравоохранении

Коммерческая организация - это юридическое лицо, преследующее в качестве основной цели своей деятельности извлечение прибыли. В здравоохранении коммерческие организации преимущественно функционируют в таких сферах, которые связаны с оказанием стоматологических, ортопедических, лечебно-косметологических, гинекологических, наркологических услуг. Коммерческие организации также действуют в области лечебной физкультуры (ЛФК), нетрадиционных методов лечения и др. Конечные результаты деятельности этих структур здравоохранения, как правило, представляют собой частные блага, которые обладают «принципом исключения» и оказываются потребителям в основном по рыночным ценам.

Коммерческой организации присущи следующие признаки:

- наличие юридического лица;
- основной целью деятельности является получение прибыли;
- возможная прибыль может быть распределена между участниками коммерческой организации.

Организационно-правовые формы коммерческих организаций. В здравоохранении в соответствии с российским законодательством коммерческие организации могут создаваться в организационно-правовых формах, представленных на рис. 16.



Рис. 6. Организационно-правовые формы коммерческих организаций в здравоохранении

Некоммерческий сектор в здравоохранении

Некоммерческая организация - это юридическое лицо, не имеющее в качестве основной цели своей деятельности извлечение прибыли и не распределяющее полученную прибыль между участниками организации.

В странах рыночной экономики некоммерческий сектор в здравоохранении объединяет множество клиник, больниц, различного рода ассоциаций, союзов. Некоммерческие организации - это неотъемлемый элемент рыночного хозяйства, который играет существенную роль в социальноэкономическом развитии ведущих рыночно ориентированных стран.

Для России термин «некоммерческая организация» является относительно новым.

Некоммерческой организации присущи следующие признаки:

- наличие юридического лица;
- основной целью деятельности не является извлечение прибыли;
- возможная прибыль не может быть распределена между участниками некоммерческой организации.

В здравоохранении некоммерческие организации могут создаваться и действовать в целях охраны и укрепления здоровья; образовательных; научных; управленческих; защиты прав, законных интересов граждан и организаций; разрешения споров и конфликтов и др., а не получения прибыли.

Некоммерческие организации не ставят главной своей целью извлечение прибыли. Однако законодательства многих стран, в том числе и нашей, допускают возможность получения прибыли некоммерческой организацией. Вместе с тем в рамках некоммерческого сектора распределение прибыли носит ограниченный характер.

Формы некоммерческих организаций. В здравоохранении некоммерческая организация может быть создана в различных организационно-правовых формах. Конкретный выбор формы зависит от целей, ради которых создается некоммерческая организация, ее отношений с учредителями, возможных источников финансирования и др. Наиболее распространенные на практике организационно-правовые формы некоммерческих организаций в здравоохранении представлены на рис. 7.



Рис. 7. Основные организационно-правовые формы некоммерческих организаций в здравоохранении

Рынок медицинских товаров и услуг

Общие сведения о рынке. Виды рынков. Государственное регулирование и саморегулирование рынка медицинских товаров и услуг. Конкуренция на рынке медицинских товаров и услуг. Конкурентные преимущества и конкурентоспособность.

Экономика - это, с одной стороны, производство и потребление материальных и духовных ценностей, услуг, а с другой - непрерывное встречное движение продаваемых товаров, услуг и уплачиваемых за их приобретение денег. Без такого движения не могло бы быть разделения труда, товары не нашли бы своего покупателя и потребителя, продавец и покупатель не встретились бы на рынке.

Значительное число участников рыночного обмена и изобилие представленных на нем товаров и услуг, являющихся объектом купли и продажи, порождают сложную картину перехода каждого товара и уплачиваемых за него денег из одних рук в другие. Но если мы стремимся познать общие принципы действия рынков и складывающиеся на них экономические отношения участников товарно-денежных процессов, достаточно изучить природу и сущность обращения в целом, не прибегая к микроэкономическим исследованиям, а ограничившись общей макроэкономической картиной **рынка**.

Ясно, что на рынке представлены два главных действующих лица: продавец и покупатель товаров, между которыми и складываются отношения купли и продажи. Продающую сторону представляют производители товаров, производители услуг, обладатели ресурсов, материальных и духовных ценностей, торговые посредники. Покупающая сторона представлена потребителями товаров, услуг, торговыми посредниками. В качестве продавцов и покупателей могут выступать:

1) **государство** (государственные структуры), продающее на рынке природные ресурсы, государственное имущество, государственные услуги, государственные ценные бумаги, деньги, валюту и приобретающее трудовые ресурсы для госслужбы, продукцию государственных заказов, товары, услуги, деньги, валюту, ценные бумаги;

2) **организации, предприятия, предприниматели**, продающие на рынке средства производства, потребительские товары, услуги, имущество, деньги, валюту, ценные бумаги и приобретающие природные ресурсы, трудовые ресурсы, средства производства, деньги, валюту, ценные бумаги;

3) **население, граждане, домашние хозяйства**, продающие труд, личное имущество, услуги, деньги, валюту, ценные бумаги и приобретающие потребительские товары и услуги, имущество, деньги, валюту, ценные бумаги.

В итоге образуются рыночные связи, товарные и денежные потоки, простейшая схема которых представлена на рис. 49.



Рис.. Схема товарных потоков на рынках

Все участники процессов купли-продажи, рыночных отношений используют деньги в качестве средства оплаты покупок и получают их в виде платежа за проданный товар. Разница состоит лишь в мере использования наличных и безналичных денежных средств, а также чеков и во времени осуществления денежных расчетов за покупку. Не исключается использование древней формы взаимных расчетов в виде натурального обмена товаров (бартерные сделки).

Обыденное понятие «рынок», под которым принято понимать место встреч продавцов и покупателей, массовой купли-продажи товаров, лишь частично отражает содержание, которое вкладывается в слово «рынок» экономической наукой и хозяйственной практикой. **Рынок** в широком представлении объединяет в себе несколько понятий.

Во-первых, рынок - это любое **место торговли** товарами и услугами. В советской экономике рынок как место купли-продажи в бытовом представлении ассоциировался прежде всего с колхозными, продовольственными рынками, рынками сельскохозяйственной и кустарной продукции, базарами, ярмарками. Магазины розничной и оптовой торговли не принято было называть рынками. Отсюда искаженное представление о рынке даже в простейшем понимании этого слова. Ведь если рынок есть место купли-продажи, какая разница, где происходит торговля, - в магазине или на площади?

Во-вторых, рынок есть вся **совокупность процессов** торговли, актов купли-продажи. В подобном представлении рынок характеризуется такими признаками, как вид продаваемых товаров, объем продаж (емкость рынка), способ торговли, уровень цен (высокий, низкий). При этом рынок уже понимается как торговля в широком смысле слова, как рыночный процесс соединения продавца и покупателя.

В-третьих, рынок представляет собой **систему экономических отношений** между его участниками, возникающих в процессе купли-продажи, т.е. товарно-денежных отношений.

Наконец, в-четвертых, в самой универсальной трактовке понятие «рынок» ассоциируется с рыночной экономикой в целом, становится сокращением

термина **«рыночная экономика»**. Так, стало общепринятым говорить и писать о вхождении России в рынок, о переходе к рынку.

В пределах настоящей главы под словом «рынок» будем понимать преимущественно процессы обмена товаров (услуг) на деньги и денег на товары (услуги), а также сферу обращения, в которой имеют место такие процессы.

Сущность и роль современного рынка медицинских товаров и услуг отражаются в функциях, выполняемых таким рынком.

Основными функциями рынка медицинских услуг и товаров медицинского назначения являются:

- **воспроизводственная**, обеспечивающая непрерывность процесса производства и воссоздания, расширения всего многообразия медицинских услуг, лекарственных средств, специального оборудования и других товаров медицинского назначения, их доступности, качества и развития. Поставляя и сбывая на рынке свою продукцию потребителям медицинских товаров и услуг, предприниматель приобретает на вырученные средства необходимые ему производственные ресурсы и за счет этого продолжает оказывать услуги и производить товары не только в прежних объемах, но и увеличивать их посредством инвестиций, создавать новые рабочие места во внебюджетном секторе здравоохранения, уменьшая число бюджетополучателей;

- **регулирующая**, обеспечивающая сохранение управляемости в медикопроизводственном комплексе (МПК) при возникновении в нем негосударственного, частного сектора. Реагируя на происходящие изменения в производстве и потреблении медико-фармацевтической продукции, рынок помогает приспособлять производство к структуре потребностей населения страны в целом и ее регионов в медикофармацевтической помощи, устанавливать и поддерживать прямые и обратные связи между производителями и потребителями медицинских услуг, работ, товаров, налаживать взаимовыгодное сотрудничество врачей с производителями медицинских средств, препаратов, способствуя тем самым укреплению и развитию единого МПК на основе производственно-торговых связей;

- **ценообразующая**, заключающаяся в том, что, объединяя и сопоставляя спрос и предложение товаров и услуг, рынок уравнивает их и одновременно формирует рыночную цену как результат торга между продавцами и покупателями. Ценообразующая функция сочетается и объединяется с регулирующей;

- **стимулирующая**, выполняющая роль эффективного инструмента снижения удельных производственных затрат, содействующая экономии общественного труда и повышению продуктивной занятости работников МПК. Реализация этой функции непосредственно зависит от состояния конкуренции в отрасли и уровня рыночных цен, в которых учитываются необходимые затраты труда врачей, фармацевтов и других специалистов, потребительские качества услуг и товаров, предложение и спрос на них. Рыночный механизм, благодаря конкуренции и возможности выбора, заставляет организации МПК повышать производительность и эффективность труда, улучшать качество, совершенствовать лечебно-диагностические и другие производственнотехнологические и организационно-технологические процессы. Даже

самый строгий административный контроль не способен устранить с рынка услуги и товары низкого качества так эффективно, как это делает конкурентный рынок;

- **санирующая**, проявляющаяся в том, что рыночные отношения укрепляют «здоровье» экономического организма медико-фармацевтических структур, излечивают их от разного рода «болезней» консервативным, а нередко и хирургическим путем. Вынуждая предпринимателей совершенствовать технологию производства, снижать издержки, заниматься информационно-рекламной деятельностью, экономно расходовать материальные, финансовые, трудовые и временные ресурсы, заниматься санитарно-просветительской работой, повышать эффективность медицинского обслуживания населения, рынок очищает здравоохранение от профессионально слабых и экономически неэффективных организаций и

субъектов, создавая в то же время дополнительные возможности для более продуктивных и перспективных;

- **конкурентная**, выражающаяся в профессиональном и социальноэкономическом рыночном соперничестве организаций МПК за достижение высоких результатов в диагностике, лечении и реабилитации больных, в сервисном обслуживании пациентов, в производстве лекарственных средств и других товаров медицинского назначения, а также в их стремлении к наиболее полному удовлетворению потребностей здравоохранения в услугах и товарах повышенного спроса.

Следует иметь в виду, что успешная реализация перечисленных функций рынка медицинских услуг и товаров имеет место лишь в условиях развитых, законодательно подкрепленных, цивилизованных рыночных отношений, гармонично сочетающихся с надежным государственным регулированием коммерческой деятельности в сфере здравоохранения и подкрепляемых высокой культурой субъектов этой деятельности. В противном случае рыночные механизмы вступают в противоречие с государственными, конкуренция вытесняется монополией и рынок становится «полем чудес» для коррумпированных элементов.

Практически все участники медицинской, медико-производственной деятельности в той или иной степени вовлечены в рыночные отношения, представлены на рынке товаров и услуг. Коммерческие организации, предприниматели непосредственно связаны с рынком, продавая на нем результаты своей деятельности и приобретая необходимые ресурсы. Но и государственные по форме собственности медицинские организации, и даже государственные учреждения не избавлены от участия в рынке медицинских товаров и услуг, так же как и СМО. Если государственный заказ медицинским организациям или заказ на предоставление медицинских страховых услуг предоставляется на конкурентной основе, с применением торгов, то и здесь налицо рыночные отношения. Индивидуальные потребители медицинских товаров и услуг напрямую участвуют в рыночных отношениях, избирая производителя, продавца и оплачивая приобретаемые блага. Но и потребители товаров и услуг, оплачиваемых из бюджетных средств, внебюджетных, страховых фондов, косвенно участвуют в рынке медицинского продукта, будучи его потребителем.

Управление организациями здравоохранения

Миссия и цели медицинской организации

Медицинская организация создается и существует для осуществления миссии, достижения общей цели, направленной на удовлетворение потребностей пациентов в здоровье. Во имя этой миссии, ее предназначения объединяются специалисты и осуществляют свою деятельность. Наличие миссии и ее реализация придают организации индивидуальный профиль, определенность и специализацию.

Миссия - понятие неоднозначное. Значение определения миссии организации состоит в том, что она:

- представляет собой базис, точку опоры для всех плановых решений организации, для определения ее целей и задач;
- создает уверенность, что организация преследует непротиворечивые, ясные, сравнимые цели;
- помогает сосредоточить усилия персонала на выбранном направлении, объединяет их действия;
- создает понимание и поддержку среди внешних участников организации (органов здравоохранения, государственных и ведомственных структур).

Миссия приобретает большее значение для профессионально-деловой среды организации. Ее имидж привлекает пациентов (потребителей), партнеров, акционеров. Имидж медицинского учреждения является основой для выработки его целей и стратегии, определяет его организационноуправленческую структуру и формирует этико-

деонтологическую культуру. Всем сотрудникам организации надлежит разделять цели и задачи организации, осознавать их и вносить вклад в их достижение, равно как и разделять ценности и принципы предназначенной миссии.

Миссия организаций конкретно воплощается, выражается и проявляется в следующих признаках:

- потребности, которые организация призвана удовлетворять;
- главная цель, к которой она стремится;
- услуги и продукция, которые она производит; медико-производственные технологии, которые она использует;
- рынки, на которых организация реализует свои услуги и товары;
- ценности, которые она исповедует;
- эτικο-моральные (деонтологические) принципы ее деятельности.

На уровне организации (например, больницы), особенно крупной, миссия может быть сформулирована очень широко, диверсифицированно. На уровне ее подразделений миссия формулируется конкретнее, четче и, как правило, отражает лишь участок - фрагмент деятельности и производимых услуг (продуктов).

После определения миссии руководство официально формулирует смысл существования организации и доводит его до каждого сотрудника в доступной и понятной форме. В предпринимательском секторе услуг и товаров миссия организации (предприятия) отражается в средствах массовой информации, а также в таких документах, как бизнес-план, годовой отчет и т.д.

Миссию организации можно трактовать в широком и узком понимании. В широком понимании миссия рассматривается как философия, видение и смысл существования и функционирования организации. Такая миссия характерна для организаций с длительным жизненным циклом и определяется ценностями, принципами, в соответствии с которыми организация существовала и намерена развиваться. Ясно, что организация, не меняя основное содержание такой миссии, будет менять формы ее реализации, реформироваться.

В узком понимании миссия рассматривается как сформулированная цель деятельности организации, в которой проявляются ее уникальность, главные отличия от подобных ей. Миссия отражает также сложившийся имидж организации.

Неоценима роль миссии для профессионально-деловой среды организаций здравоохранения. Влияя на имидж организации, миссия привлекает пациентов, страховые медицинские организации, инвесторов и др. Миссию организаций здравоохранения определяет учет совокупности внешних и внутренних факторов, к которым относятся:

- потребители (пациенты) услуг и продукции медицинского назначения;
- конъюнктура их рынка;
- руководители организаций здравоохранения и их персонал, собственники, заинтересованные в получении прибыли;
- поставщики ресурсов, заинтересованные в длительных связях с организацией и своевременных расчетах по приемлемым ценам: лекарств, оборудования, сырья, энергии, рабочей силы, знаний, опыта и навыков, информации;
- служащие профессионально-деловой среды различных органов, контролирующей выполнение организацией различных медико-правовых норм (налоги, санитарно-эпидемиологическая и пожарная безопасность и др.);
- местные сообщества: политические, общественные, религиозные и др., заинтересованные в активизации деятельности организаций здравоохранения;
- общество (в целом) и социальные группы, прямо и (или) косвенно заинтересованные в эффективной работе организаций здравоохранения.

В этом смысле миссия - свод основополагающих правил или принципов, в соответствии с которыми производятся услуги и товары, ведется бизнес. По характеру миссии организации сверяют свои решения или производят выбор между конкурирующими альтернативами. Миссия доводится до всех участников организации (предприятия) в

лаконичной, сжатой и четкой формулировке, отражающей провозглашенные ее намерения. Подобная формулировка должна быть ясной и понятной, технологичной и определенной во времени, вызывать доверие. С другой стороны, она должна быть довольно общей (а не являться конкретной инструкцией), чтобы предоставить сотрудникам организации возможность для проявления инициативы.

Цели лежат также в основе структурного и (или) процессуального подходов. Как научная категория цели имеют свои виды и типы, т.е. их можно классифицировать (табл. 3).

Цели достигаются, а следовательно, и ставятся на разные периоды времени. На самый длительный период ориентируются стратегические цели, из них выводятся конкретизирующие среднесрочные и краткосрочные цели.

Таблица 3. Классификация целей организации

Критерии	Группы целей по видам и типам		
	Стратегические	Тактические	Оперативные
Содержание	Экономические Организационные Научные		Социальные Технические Политические
Функциональные	Маркетинговые Инновационные Кадровые		Производственные Финансовые Административные
Среда	Внутренние		Внешние Деловые
Приоритетность	Особо приоритетные Приоритетные		Прочие
Измеримость	Количественные		Качественные Смешанные
Повторяемость	Постоянные		Разовые
Иерархия	Организации		Подразделения
Стадии жизненного цикла	Проектирование и создание объекта Рост объекта		Зрелость объекта Завершение жизненного цикла объекта

Направления, по которым устанавливается вся совокупность целей (табл. 4), координация векторов интересов имеют не линейную, а гораздо более сложную зависимость, которую трудно формализовать. Каждая организация характеризуется множеством целей, ценностей и интересов. Все это требует от специалистов управления здравоохранением (менеджеров) не только знания современных технологий управления, но и интуиции, системного управленческого мышления, обладания искусством управления.

Таблица 4. Основные показатели цели по направлениям деятельности

Направления деятельности организации	Показатели цели
Результативность	Производительность, эффективность управления, фондоотдача и др.
Положение на рынке	Объем реализации услуг и товаров, их доля на рынке в целом и по отдельным видам и профилям
Финансы	Структура капитала, ликвидность, оборотный капитал и др.
Прибыльность	Рентабельность, доход на акцию, прибыль и др.
Трудовые ресурсы	Качество квалификации персонала, текучесть кадров, продвижение по должности

Лечебно-профилактические технологии	Качество услуг и фармацевтической продукции, фондовооруженность, затраты на НИОКР, сроки введения инноваций, новых технологий управления и др.
Потребители (пациенты), покупатели, поставщики лекарств и оборудования	Качество и комфортность обслуживания, число жалоб в динамике
Некоммерческие организации и сообщества	Объем благотворительности, количество и виды общественных акций, расходы на медико-фармацевтическую рекламу

Примечание. НИОКР - научно-исследовательская и опытно-конструкторская работа.

Таким образом, управленческие решения по поводу целей, целеполагания являются наиболее существенными в деятельности любой организации (табл. 5).

Таблица 5. Классификация решений, принимаемых руководством организации (предприятия) при целеполагании

Критерии целей	Классы решений
Степень структурированности	Слабоструктурированные (незапрограммированные) Высокоструктурированные (запрограммированные)
Содержание	Медико-социальные. Медико-фармацевтические, производственные. Организационноэкономические. Учебно-научные
Количество целей	Одноцелевые, многоцелевые
Длительность	Стратегические (долгосрочные). Тактические (среднесрочные). Оперативные (краткосрочные)
Лицо, принимающее решение	Индивидуальное Групповое
Уровень целеполагания	Организация в целом. Ее структурные подразделения. Функциональные службы. Отдельные сотрудники
Глубина воздействия	Одноуровневое, многоуровневое
Направления целеполагания	Внутренние, внешние

Управленческие решения должны соответствовать общим требованиям, которые предъявляются к ним при их выработке, принятии и выполнении. Исходя из целеполагания, управленческим решениям надлежит быть:

- действенными и прагматичными, четко определенными - что, когда и как будет сделано по системе целей;
- выработанными в интересах достижения целей организации;
- осуществленными эффективно, т.е. приносящими организации определенную выгоду при реализации решения.

Процесс управления включает ряд стадий: цель, ситуация, проблема, решение. Процесс целеполагания как часть всего процесса управления также имеет свои стадии, этапы, операции и др., т.е. определенную технологию. Этой технологией предусматриваются следующие стадии:

1. Анализ факторов окружающей среды, влияющих на состояние организации, осмысление его результатов.
2. Выработка соответствующей миссии и (или) стратегической цели.
3. Процесс выработки системы целей (целеполагание).

Каждая стадия целеполагания имеет свои этапы. Стадия процесса выработки системы целей (целеполагание) предусматривает ряд этапов.

I этап - анализ и выявление факторов и тенденций, происходящих в окружающей среде (внутренней и внешней); установление целей организации; построение иерархии целей; установление индивидуальных целей.

Окружающая организационная среда влияет не только на установление миссии. От состояния среды сильно зависят и цели организации. Поэтому своевременное выявление и учет тенденций - экономических, правовых, научно-медицинских и технологических, эколого-гигиенических - позволяет руководству организации предвидеть состояние среды при реализации им соответствующих целей. Управляющим на стадии целеполагания надлежит учитывать ситуационные составляющие среды, особенно на стадии неопределенности развития организации.

На II этапе устанавливаются цели организации и из множества направлений ее деятельности выбираются основополагающие. Соответствующая технология целеполагания предусматривает инструментарий качественной и количественной формализации целей по определенным критериям. Критерии диктуются миссией организации, состоянием, тенденциями развития окружающей среды, ее факторов и условий. Процесс целеполагания зависит от положения организации в этой среде, особенно от ресурсообеспеченности.

III этап связан со структуризацией целей или построением их иерархии - по всем направлениям и видам целей.

На IV этапе структуризация приобретает логическую завершенность. Ее цели доводятся до каждого члена коллектива. При этом каждый исполнитель осознанно, через индивидуальные обязанности, интересы и цели включается в процесс совместного достижения конечных целей организации, реализации ее миссии. Наиболее важным и решающим фактором является переход исполнителя со своими ценностными ориентациями, профессиональными знаниями, опытом и навыками, эмоциями и желаниями к действиям и деятельности (рис. 5).



Рис. 5. Традиционный процесс целеполагания

МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ И ЕЕ СТРУКТУРА

Категория «организация» неотделима от понятия «система». Применение термина «организация» в современной науке и практике настолько же общепринято, насколько и многообразно. Однако чаще мы видим не организацию в целом, а ее продукцию, услуги, сотрудников, помещение. О самой же организации мы имеем лишь самое общее представление.

Между тем все, что нас окружает, или то, что можно себе представить, мы так или иначе рассматриваем с позиций системы и организации. В понимании термина «организация» можно выделить определенный ряд самостоятельных и наиболее часто встречающихся дефиниций, отражающих достаточно широкий спектр общепринятых представлений и применений. Термин «организация», прежде всего, может рассматриваться

с точки зрения статики и динамики: школа, вуз, аптека, поликлиника, больница, государственное учреждение.

В каждодневном (бытовом) употреблении под организацией, таким образом, понимается официальное учреждение или общественная структура, т.е. реально существующая, целенаправленно функционирующая социально-экономическая система.

При этом, исследуя, анализируя и описывая цели, формы, внутреннее устройство структуры, процедуры и механизмы формирования, функционирования и взаимодействия такой организации с другими субъектами, мы употребляем словосочетание «организация системы», имея в виду уже нечто иное, чем собственно данное образование. В этом смысле понятие организации применяется с целью отражения внутреннего устройства учреждения, представления его составляющих в их взаимосвязях и зависимостях.

Выбор и употребление этого понимания термина «организация» направлено на определение и представление внутреннего строения, структуры, функционально-процедурного разделения, распределения, специализации, взаимосвязи и взаимодействия составляющих элементов и подсистем рассматриваемой системы, в том числе охраны здоровья.

С другой стороны, организация представляется самым распространенным видом целенаправленной деятельности человека, необходимо обеспечивающим в той или иной степени эффективное решение любой стоящей перед ним задачи. Все, что осуществляется человеком, так или иначе организуется им или другими субъектами в отношении него. В этом смысле организация представляет собой определенным образом планируемый и реализуемый человеком, специалистом процесс установления соотношений, связей, зависимостей, построения форм и процедур, т.е. сам процесс управления (цель - ситуация - проблема - решение).

Именно установление количественных, качественных, временных, пространственных и других связей между отдельными составляющими и представляет собой сущность организации как процесса. Понятно, что основным субъектом определения и установления таких связей, в соответствии с конкретными представлениями о необходимом порядке, становится специалист-управленец, привносящий в них свое субъективное, интеллектуальное начало.

В процессе поиска, накопления, построения и применения системы научных знаний исследователь целенаправленно изучает организацию того, что было создано без его участия и помимо его воли. Он определяет и изучает внешние формы, структуры, свойства объектов внешней среды с позиций выяснения, формализации и классификации их организации.

Уже такой, довольно поверхностный, первичный анализ приводит к выводу о том, что исключительно широкое и разнообразное восприятие, понимания и применения термина «организация» отражают явления и события. Они могут представлять собой как процесс, так и систему, иметь как субъективную, так и объективную, смешанную природу; проявляться в материальных, интеллектуальных и смешанных формах.

Таким образом, медицинская организация - это относительно автономная группа специалистов определенного профиля с четко структурированной совместной деятельностью и установленными границами, которая создается или существует для достижения миссии и общей цели (целей) - диагностики, лечения, осуществления реабилитационно-оздоровительных процессов. Так что вне зависимости от объекта управления, будь то организации здравоохранения, аптечной сети или предприятия медицинской промышленности, необходимо иметь общее представление об организационных структурах управления как мощном и эффективном рычаге управления для руководителя любого ранга.

Любая организация при проектировании или изменении организационной структуры должна выполнять определенные правила или соблюдать принципы их построения, а также учитывать факторы внутренней и внешней среды.

Внутренняя среда организации - существенная часть профессионально-деловой среды, в которой находится организация. Именно она оказывает постоянное и непосредственное воздействие на всю деятельность организации. Внутренняя среда организации включает набор ключевых процессов и элементов организации, состояние и совокупность которых определяет ее потенциал.

Основные элементы внутренней среды, ее ресурсы как бы полностью пронизываются организационной (этико-деонтологической) культурой. Для эффективной работы организации в перспективе руководства необходимо предвидеть как трудности, так и появление новых возможностей, что выясняет стратегическое управление.

Потенциал организации, его основные элементы. С точки зрения статического и динамического состояния внутренняя среда организации обладает определенным потенциалом. Менеджерам предстоит, познав этот потенциал, превратить его в реальные ресурсы для достижения целей организации. Наиболее важные элементы потенциала организации представлены на рис. 6.

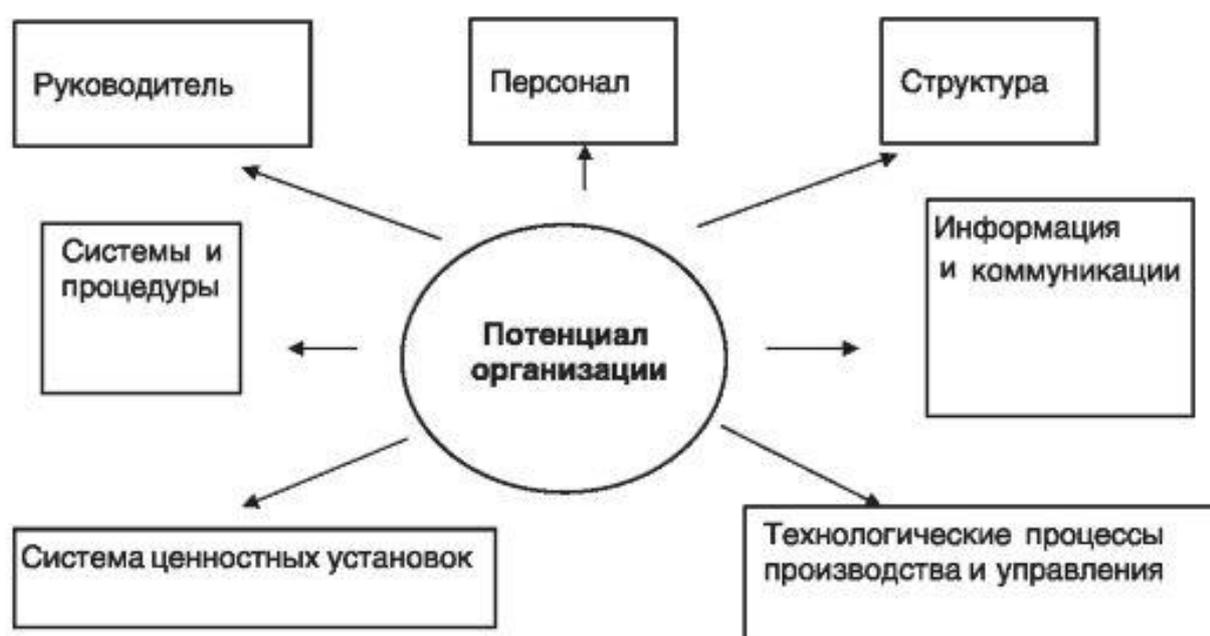


Рис. 6. Основные элементы потенциала организации

Основа организации - потенциал человеческих ресурсов - специалисты и их группы с ценностными установками. За последние 20-30 лет существенно изменилось отношение менеджмента к человеческим ресурсам, что нашло свое отражение во многих концепциях и теориях управления. Для эффективной работы организации овладели огромным арсеналом инструментов и методов общения с персоналом, «балансируя» между технократическим и гуманистическим подходами.

Большой потенциал и привлекательность технократического подхода опираются на компьютеризацию, автоматизацию и роботизацию, которые связаны с вытеснением из производства рабочей силы и не оправдывают себя в должной мере.

Хотя гуманистический подход более «дорогостоящий» и не всегда удобен (а порой и конфликтен), именно он позволяет эффективнее поддерживать и повышать результативность деятельности организационных структур.

Поэтому в реальной практике каждый руководитель вынужден как бы балансировать между технократическим и гуманистическим подходами.

Индивидуум, группа, организация и характер их взаимодействия. Различные аспекты этого взаимодействия касаются соответствующих интересов: что, когда, где, в каких объемах во времени и пространстве (количественно и качественно), в каких условиях предстоит действовать специалисту и что он будет получать от группы и организации? От этих и

других факторов зависят степень удовлетворенности человека от взаимодействия с организацией и ее субъектами, а также его отношение к ним.

Бесспорно, различия индивидуумов проявляются во всем многообразии их характеристик. Каждый человек обладает устойчивым набором черт и качеств, которые формируют его индивидуальность. Но со временем устойчивость индивидуальности человека может существенно меняться под воздействием коллектива.

Этим сложным процессом занимаются представители многих научных дисциплин. При этом специалисты выделяют следующие группы факторов:

- наследственность и физиологические особенности индивидуума;
- среда воспитания (семья, культура, принадлежность к определенным группам и организациям);
- активная роль личности в собственном развитии.

В основе конфликтов, скандалов и трудностей в общении и взаимодействии людей нередко лежат неверные выводы руководителя об индивидуальности сотрудника, что чревато как для него самого, так и для организации в целом.

Группа сотрудников в организации. Человек в организации выполняет свою работу во взаимодействии с людьми, являясь членом соответствующей группы.

Группа - относительно обособленное объединение людей, находящихся в достаточно устойчивом взаимодействии в течение довольно длительного промежутка времени. Взаимодействие членов группы базируется на общих интересах и связано с определенной целью. При этом группа обладает синергическим потенциалом.

Состояние и функционирование группы сотрудников определяются ее структурными и ситуационными характеристиками, а также особенностями отдельных индивидуумов.

Вкратце структурные характеристики группы охватывают:

- ее коммуникации и нормы поведения;
 - статус и роли;
 - личные симпатии и антипатии как между отдельными членами группы, так и ее формальными и неформальными лидерами;
 - силу влияния и конформизм.
- Ситуационные характеристики группы включают:
- размер группы;
 - пространственное расположение членов группы;
 - характер решаемых задач;
 - системы вознаграждения в группе.

Одним из основных результатов взаимодействия члена коллектива с организацией, с группами, их руководителями и лидерами является осознание им своего статуса. Это обстоятельство отражается на его поведении, степени его адаптации к организации с той или иной мотивацией.

Социально-психологический климат в коллективе - сложнейшее явление, обладающее своей структурой, взаимодействием социальнодемографических и профессионально-квалификационных характеристик, вероятностными динамичными связями и взаимодействиями между членами и отдельными группами коллектива. Каждая отдельная личность обогащает коллектив и обогащается сама.

Социально-психологический климат в коллективе - это система морально-этических (деонтологических) взаимосвязей между членами коллектива, возникающих по поводу производственных и внепроизводственных отношений.

Если руководитель не уделяет необходимого внимания социальнопсихологическому климату в коллективе, возникают различного рода конфликты. В целом, социально-психологический климат оценивается количеством конфликтных ситуаций и уровнем дисциплины.

Конфликт - это открытое столкновение сторон, мнений и сил, связанное с различием ценностных установок, представлений о целях, путях и методах их достижения, о характере

задач и способах их решения. Конфликты весьма разнообразны по силе, продолжительности, количеству вовлеченных в них работников, последствиям (как разрушительного, так и возможного созидательного характера).

Стимулирование мотивации. Одна из важнейших задач руководителя состоит в том, чтобы мотивировать, т.е. так организовать процесс творческого воздействия на работника, чтобы побудить в нем определенные мотивы для реализации целей и задач организации.

Мотивация - это желание добиться чего-либо, совокупность внутренних и внешних движущих сил, побуждающих работника к реализации определенных задач.

Помимо традиционных экономических стимулов (таких, как премии, прогрессивная система заработной платы, деление прибыли и пр.), руководитель располагает возможностью поощрять каждого сотрудника организации таким образом, чтобы он ощущал уважение к себе, свою причастность к общим делам организации.

Решению этих задач призвана способствовать система методов управления. Эмпирически разработаны концепции и соответствующие подходы к решению проблем мотивации, содержания этого сложного процесса. При этом основное внимание уделяется тому, как различные группы потребностей влияют на особенности поведения людей.

Лидерский потенциал как ресурс. Эффективное применение концепции управления человеческими ресурсами в конкретной организации во многом определяется степенью реализации лидерского потенциала как руководителей, так и сотрудников.

Лидер - это человек, умеющий убедить работников в необходимости достижения общих целей и решении поставленных задач независимо от их собственных первоначальных намерений. Любая организация обладает лидерским потенциалом, поскольку каждый член коллектива в определенных условиях и ситуациях способен влиять на других сотрудников.

Проблема

состоит в раскрытии этого потенциала, соответствующем его использовании и превращении его в ресурс. Искусство лидерства - не только данность или благоприобретение. Одновременно оно и дается от рождения, и приобретается в процессе совместной работы с коллективом, а также обучения в системе непрерывного образования и самообразования. Но даже обладание знаниями, оптимальным набором профессиональных качеств еще не гарантирует лидерства. В менеджменте, в условиях профессионально-деловой среды (как «бурлящей воды») не менее важен случай, шанс проявить свои знания и качества. И задача руководителя состоит в создании возможностей и условий для самореализации сотрудников, проявлении ими своих потенциальных возможностей.

Человек - существо социальное, и одним из наиболее сильных психологических мотивов и результатов, которые приносит ему работа, является чувство сопричастности к деятельности процессу. Соответствующие интересы и потребности могут быть удовлетворены стилем руководства, ориентированного на работника.

Стиль руководства - это система сложившихся отношений между руководителем и коллективом по поводу реализации процесса управления. Готовых рецептов стилей управления не существует: каждая ситуация и каждый руководитель уникальны. Существуют самые различные классификации стилей управления как ориентиры. Но собственный и адекватный (подходящий) стиль зависит прежде всего от руководителя как личности и от ситуации, масштаба организации, уровня дисциплины и фазы ее жизненного цикла. При этом речь идет о разновидностях таких стилей управления, как авторитарный (властный), либеральный (покровительственный) или демократический (консультативно-соучастный).

Медицинская организация - это открытая система, которая развивается, приспособляясь к быстроменяющейся внутренней и внешней среде под влиянием соответствующих факторов и условий. Разобраться во всем многообразии организаций и предприятий индустрии здоровья, особенностях ее функционирования помогает системный подход.

Системный подход позволяет руководителю создавать различные организации для достижения определенных целей с учетом важнейших законов и принципов систем. При таком подходе каждое явление и структурное образование рассматриваются как единое целое с учетом всех их взаимосвязей; четко формулируются цели и задачи системы, учитываются все обстоятельства, связанные с решением этих задач. Системный подход базируется на общей цели системы и последовательном подчинении этой цели множества подсистем в их развитии.

Организация как открытая система взаимодействует с профессионально-деловой средой. Так, она получает из окружающей среды ресурсы в виде человеческого потенциала, финансов, энергии, информации и т.п. Ресурсы на основе определенных технологий (лечебно-диагностических, производственных) преобразуются в организации в виде услуг, продукции, информации и передаются во внешнюю среду (рис. 7). Таким образом, в любой организации реализуются три процесса: получение ресурсов из внешней среды, производство продукта и передача его во внешнюю среду. При этом процесс производства включает больше, чем просто производство продукции: добавляются ценности (эффект или преимущества) к тому, что перерабатывается.



Рис. 7. Медицинская организация как открытая система

Созданные из множества элементов (подразделений), сами организации являются подсистемами более крупных систем (служб, звеньев, секторов). Существуют также суперсистемы (сверхсистемы): экономическая, социальная, экологическая, техническая и др. Одновременно организация может составлять подсистему какой-либо ассоциации (медицинской, страховой, врачебной) или объединения (научно-производственного).

Руководитель любого ранга и уровня здравоохранения имеет дело с разными системами: медико-биологическими (пациент в его клиникобиологическом понятии, биотехнологическом), социально-экономическими (организации, федеральные и муниципальные образования, министерства и др.), техническими (компьютеры, оборудование).

Первичным звеном системы является элемент - объект, не подлежащий дальнейшему делению на части. В свою очередь, и сам элемент можно рассматривать как некую систему. В медицинской организации можно выделить следующие наиболее важные элементы: персонал, оборудование, лекарственные средства и материалы, финансы, энергия, информация.

Совокупность элементов организации составляет определенную подсистему:

- управляемую (объект) и управляющую (субъект);
- социальную - совокупность работников, занятых в организации со сложным комплексом отношений между ними. Основу этой подсистемы составляет процесс кадровой

работы: набор, подбор, отбор и расстановка кадров; их обучение и развитие, вознаграждение и обеспечение соответствующих условий работы;

- производственно-технологическую - материальные и финансовые средства, лечебно-диагностическое и лабораторное оборудование, материалы, инструменты, энергия. Подсистема обеспечивает переработку входящих ресурсов в виде оказываемых услуг (продуктов), предлагаемых внешней среде;

- информационную - совокупность организационно-технических средств, обеспечивающих каналы и сети организации с учетом внешней ее профессионально-деловой среды соответствующей информацией для эффективных коммуникаций в управлении организацией;

- медико-экономическую - совокупность экономических процессов, происходящих в организации: движение денежных средств, соотношение издержек и выгод, другие клиничко-экономические показатели;

- маркетинговую - обеспечение потребностей пациентов в услугах (изделиях медицинского назначения) путем изучения медикофармацевтического рынка, создания системы их реализации, организации оптимального ценообразования и эффективной рекламы, а также через активное воздействие на существующий спрос для увеличения рыночной доли и повышения рентабельности продаж. Внутренняя среда организации представляет собой органическое сочетание таких составляющих или внутренних переменных, как цели, структура, лечебно-диагностические и реабилитационные технологии, персонал, организационная этико-деонтологическая культура, денежные средства.

Основные элементы внутренней среды, ее ресурсы как бы пронизываются организационной этико-деонтологической культурой, профессиональными принципами. Для эффективного выживания организации в перспективе ей необходимо предвидеть как трудности, так и появление новых инновационных возможностей. Поэтому стратегическое управление при изучении внешней среды выясняет как возможные угрозы, так и дополнительные возможности для оздоровления внутренней среды.

СТРУКТУРИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ

В качестве критериев структурирования деятельности по охране здоровья можно использовать род, сферы и элементы этой деятельности. Эти 3 критерия позволяют получить трехмерное представление о структуре деятельности по охране здоровья (рис. 12). Данное представление может дать только общий контур или очертание этой деятельности, поэтому является достаточно общей структурной композицией для здравоохранения.

Род деятельности - это то, что осуществляет данная деятельность. В деятельности по охране здоровья в качестве рода деятельности будут выступать процессы, направленные на сохранение, восстановление и укрепление здоровья человека.

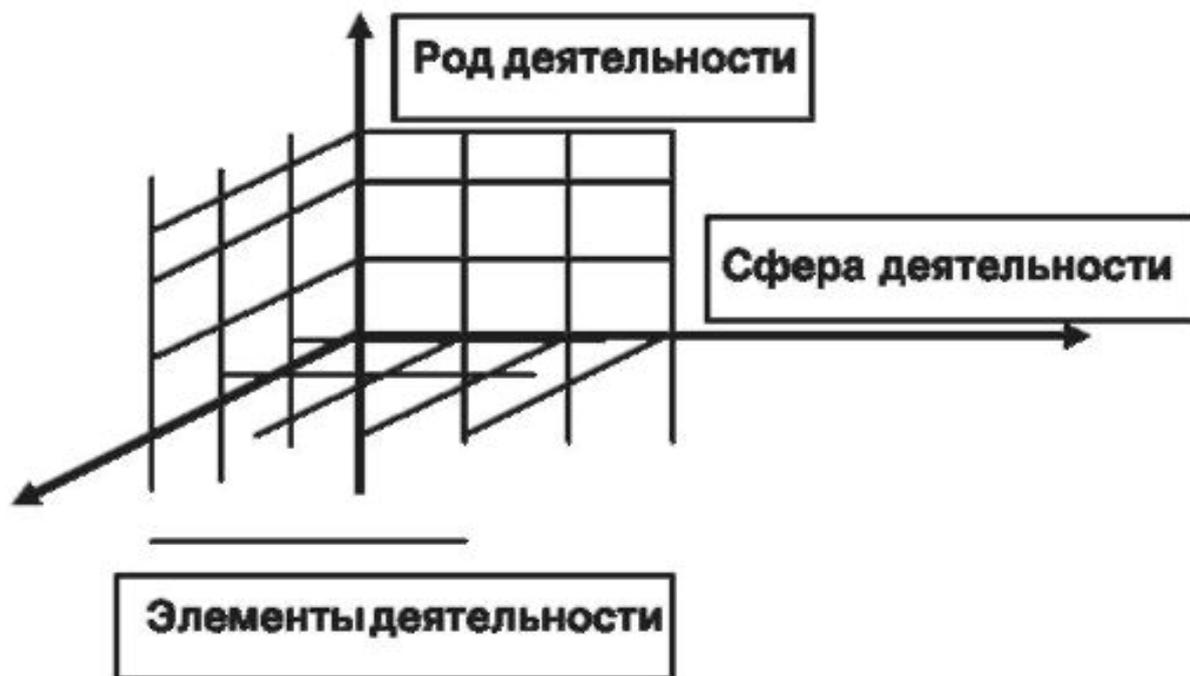


Рис. 12. Трехмерное представление структуры деятельности по охране здоровья

Сфера деятельности - это то, что является объектом осуществления данной деятельности. В деятельности по охране здоровья объектом деятельности является человек, точнее, состояние его здоровья.

Элементы деятельности - это то, что участвует в процессе осуществления деятельности. Осуществить любую деятельность не представляется возможным без участия самих деятелей (кадров), т.е. самого человека, который является основным элементом всякой деятельности. Для осуществления деятельности необходим также предмет или объект, на который направлена данная деятельность. Разная деятельность имеет разные предметы для человеческого воздействия. Для воздействия на предмет своей деятельности человеку, как правило, необходимы также определенные средства, которые позволяют усилить или улучшить данное воздействие.

Кадры, предмет и средства - это общие названия элементов деятельности, каждый из которых имеет вполне конкретные наименования. Конкретные названия элементов деятельности должны определяться характером, родом, сферой и областью осуществляемой деятельности. Деление деятельности по охране здоровья на 3 меры: род, сферу и элемент - дает трехмерное представление о структуре этой деятельности. Деление каждой из этих мер еще на 3 составляющие делает это трехмерное пространство еще и трехуровневым. Пересечение разных уровней из разных мер создает структурную решетку разных сторон этой деятельности. Такое объемное представление о структуре деятельности по охране здоровья сложно изобразить на плоскости. В наиболее общем виде это показано на рис. 13. Если заполнить ячейки полученных решеток, каждая из которых сама является одной из структур деятельности по охране здоровья, можно получить системное представление о здравоохранении, которое является одной из форм осуществления деятельности по охране здоровья в современном обществе.

Каждая сфера деятельности по охране здоровья имеет также свою конкретную область. Если разделить эти сферы деятельности еще на более конкретные, то более полную ее структуру можно представить в табличной форме.

Как уже было сказано, деятельность по охране здоровья можно рассматривать с разных позиций. Если смотреть на нее с позиции того, что происходит со здоровьем человека в процессе ее осуществления, то можно получить структуру, которая характеризует

направления или род этой деятельности: сохранение, восстановление и укрепление здоровья (табл. 7).

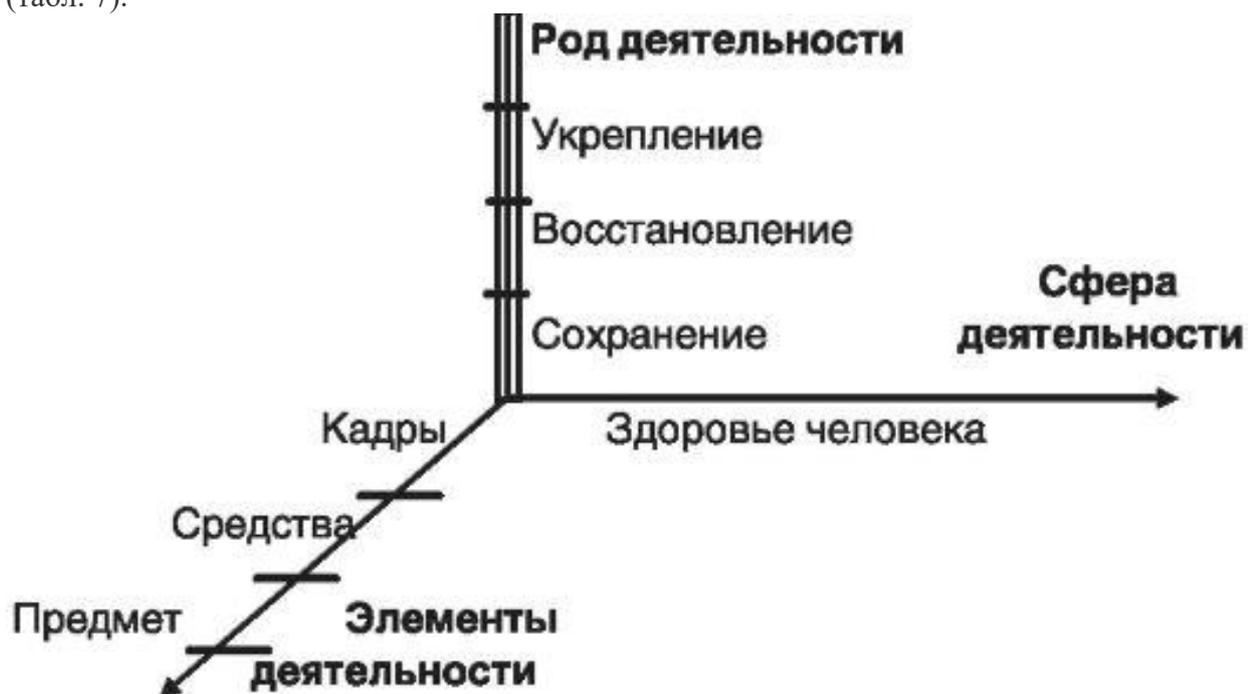


Рис. 13. Основные составные части деятельности по охране здоровья

Таблица 7. Родовая структура элементов деятельности по охране здоровья

Элементы деятельности по охране здоровья	Род деятельности по охране здоровья		
	сохранение здоровья	восстановление здоровья	укрепление здоровья
Кадры			
Средства			
Предмет (человек)			

Если посмотреть на деятельность по охране здоровья с позиции здоровья человека, то можно получить структуру, которая характеризует область или сферу этой деятельности: физическую и психическую, социальную (табл. 8).

Таблица 8. Сферная структура элементов деятельности по охране здоровья

Элементы деятельности по охране здоровья	Сфера деятельности по охране здоровья		
	физическая	психологическая	социальная
Кадры			
Средства			
Предмет (человек)			

Для обозначения деятельности по сохранению и укреплению здоровья можно использовать такие общепризнанные категории, как санитария и гигиена, а для восстановления здоровья - медицина.

Для обозначения деятельности, связанной с душевным состоянием здоровья человека, тоже можно использовать общепринятые в здравоохранении категории. Деятельность, которая направлена на сохранение психического здоровья человека, можно было бы с учетом сказанного выше назвать психогигиеной, которая не только изучает влияние окружающих условий на психическое здоровье человека, но и разрабатывает меры для его сохранения и укрепления, а также предупреждения возникновения психических расстройств.

Что касается социального здоровья человека, то официальная медицина не занимается этим или фиксирует его как социальное благополучие, которое зависит от социума, а не от здравоохранения.

В качестве критериев специальных структур элементов деятельности по охране здоровья могут выступать род и сфера этой деятельности. Данные структуры являются двумя сторонами трехмерного представления об общей структуре деятельности по охране здоровья.

Сложность заполнения «клеточек» этих таблиц связана с тем, что требуется определенная конкретизация для рода деятельности - ее сфер, а для сфер - областей деятельности. Области деятельности, видимо, можно еще районировать и т.д. Видимо, можно найти термины, определяющие общие названия элементов деятельности для рода и сферы деятельности по охране здоровья, но это будут слишком абстрактные названия, которые мало о чем будут говорить. Кроме того, логика понимания индустрии здоровья строится от общего к частному: от рода деятельности - к сфере, от сферы деятельности - к области, от области деятельности - к предмету, от предмета деятельности - к средствам и людям, осуществляющим эту деятельность. Каждый род деятельности может иметь несколько сфер, областей и предметов деятельности. В этом случае общее название необходимо определить для основания (рода) деятельности, а не для его «крыши» (предмета), которая имеет большую специфику и специальное название.

Правда, если абстрагироваться от рода и сферы деятельности, то можно «построить» общую структуру элементов деятельности по охране здоровья. Для этого в качестве характеристики каждого элемента деятельности можно использовать такие философские категории, как общее, особенное и отдельное (специальное). Данная структура (табл. 9) позволяет получить наиболее общую характеристику элементов деятельности по охране здоровья.

Таблица 9. Общая структура элементов деятельности по охране здоровья

Элементы деятельности по охране здоровья	Характеристика элементов деятельности по охране здоровья		
	общие	особенные	специальные
Кадры	Управление персоналом	Обслуживающий персонал	Предметные специалисты
Средства	Электроэнергия, связь, тепло- и водоснабжение	Здания, сооружения и оборудование	Техника, инструменты, медикаменты и материалы
Предмет	Социальные условия человека	Состояние социальных условий человека	Область воздействия, вредные для здоровья факторы и условия

Для элемента «кадры» деятельности по охране здоровья можно дать ряд определений:

1. Общие кадры - это те, кто осуществляет организацию, руководство и управление данной деятельностью. Эти кадры создают своеобразную человеческую инфраструктуру, которая позволяет запустить и осуществить общий процесс обеспечения определенной деятельности. Данные кадры

обычно называют управленческими. Управлять можно только тем, что движется, т.е. процессом, точнее, людьми, которые осуществляют данный процесс. В связи с этим общими кадрами, которые выступают инфраструктурным полем процессуального обеспечения деятельности, будут те кадры, которые сами управляют кадрами (персоналом).

2. Особенности кадры - это те, кто осуществляет обслуживание (обеспечение) процесса осуществления самой деятельности. Такие кадры обычно называют обслуживающим персоналом.

3. Специальные кадры - это те, кто непосредственно осуществляет данную деятельность. Их можно назвать специалистами, но специалистами являются и управленцы, и кадры из обслуживающего персонала. Данные (специальные) кадры являются тоже специалистами, но в отличие от остальных кадров они непосредственно (другие - опосредствованно) воздействуют на предмет данной деятельности.

Для элемента «средства» деятельности по охране здоровья можно предложить следующие варианты группировки:

1. К общим средствам можно отнести внешние источники жизнеобеспечения процессов, возникающих на всех стадиях и уровнях осуществления данной деятельности. Обычно к таким источникам относят снабжение водой, теплом, связью и электроэнергией.

2. К особым средствам можно отнести здания, сооружение и оборудование, которые имеют, как правило, некоторые архитектурные и конструктивные особенности.

3. К специальным средствам можно отнести технические средства и инструменты, медикаменты и материалы. Данные средства собственно и являются средствами, которыми человек осуществляет воздействие на предмет своей деятельности, а все остальные (общие и особые) средства только обеспечивают «рабочее состояние» этих специальных средств.

Для элемента «предмет» деятельности по охране здоровья можно предложить такую интерпретацию его характеристик:

1. Общим предметом деятельности по охране здоровья выступает сам человек, его здоровье.

2. Особым предметом данной деятельности выступает состояние человека, точнее, состояние его здоровья - физического, психического и социального.

3. Специальным предметом деятельности по охране здоровья могут выступать область непосредственного воздействия на вредоносные факторы (для сохранения здоровья) и оздоровительные (при восстановлении и укреплении здоровья) факторы и условия.

Описанная характеристика элементов деятельности по охране здоровья является достаточно абстрактной, дает наиболее общее представление о структуре элементов этой деятельности. Кроме того, эти представления можно использовать для общей оценки деятельности по охране здоровья.

Элементы деятельности по охране здоровья можно структурно различать и по таким экономическим критериям, как затраты и эффект. В этом случае кадры и средства деятельности выступают как затраты, необходимые для осуществления данной деятельности. Стоимостная оценка этих затрат принимает форму расходов или издержек, понесенных в связи с процессом осуществления этой деятельности. В качестве эффекта, точнее, результата (так как эффект может отсутствовать) выступает предмет, «обработанный»

в процессе этой деятельности. Конечным результатом «обработки» разных предметов в деятельности по охране здоровья выступает только сам человек, точнее, состояние его здоровья. Для разного рода деятельности по охране здоровья состояние здоровья человека как предмета деятельности будет разной. Кроме того, сам результат осуществления деятельности (или предмет, «обработанный деятельностью») тоже может быть разным - положительным, отрицательным или нулевым.

При сохранении здоровья положительным можно считать результат, при котором состояние здоровья человека не ухудшается. При восстановлении здоровья таким результатом может выступать не только улучшение состояния человека, но даже отсутствие ухудшения его состояния. Последний результат может быть положительным, если при неосуществлении данной деятельности состояние человека может ухудшиться. При укреплении здоровья положительным результатом может быть только улучшение состояния здоровья человека.

Человек выступает не только в качестве конечного результата (эффекта) деятельности по охране здоровья, но и в качестве инвестора этой деятельности, так как он лично или его «спонсор» в лице государства, страховых или благотворительных фондов должны покрыть расходы, понесенные в процессе осуществления этой деятельности. В противном случае эта деятельность станет убыточной, и нельзя будет осуществить даже процесс простого ее воспроизводства.

Обработанный предмет выступает результатом деятельности, а средства для обработки и кадры, ее осуществившие, - как затраты на эту обработку. Соотношение результата и затрат показывает эффективность деятельности. Затраты на осуществление

деятельности можно довольно точно оценить и подсчитать. Что касается результата, точнее, эффекта деятельности по охране здоровья вообще или по ее отдельным родам и сферам, то оценить и подсчитать его непосредственно в денежном эквиваленте достаточно проблематично и практически невозможно. Для этого обычно используют условные оценки и косвенные расчеты, что позволяет иметь достаточно общее и приблизительное представление об эффективности деятельности по охране здоровья.

Финансовое обеспечение процесса осуществления деятельности по охране здоровья в современных условиях имеет большое значение. Но даже в условиях рынка это является только одной из сторон (стоимостной) обеспечения данного процесса. Другой немаловажной, если не самой главной, стороной обеспечения деятельности по охране здоровья является натуральное наполнение этого процесса, т.е. количественное и качественное содержание самих элементов (кадров и средств) осуществления этой деятельности.

Задачи натурального обеспечения деятельности решаются путем подготовки кадров (образование и наука) для этой деятельности и средств (медицинская промышленность, фармацевтика и т.д.), улучшающих ее осуществление, а задачи стоимостного (прежде всего, финансового) обеспечения решаются непосредственно самим человеком или опосредствовано обществом, через различные формы (бюджет, страхование, благотворительность и т.д.). Структуры, которые осуществляют решение данных задач, выступают по отношению к процессу осуществления деятельности по охране здоровья как инфраструктура этой деятельности, или инфраструктура здравоохранения.

Инфраструктура - это то, что находится за пределами структуры или дословно - под структурой. За пределами структуры деятельности по охране здоровья, как уже было сказано, находится то, что необходимо для осуществления самого процесса этой деятельности. Инфраструктура имеет подчиненную или вспомогательную роль по отношению к самой структуре и должна обеспечивать нормальную ее деятельность. Инфраструктура выступает в качестве своеобразной формы существования определенной структуры.

Структура деятельности по обеспечению всем необходимым для нормального осуществления процесса сохранения, восстановления и укрепления здоровья человека по отношению к структуре деятельности по осуществлению процесса охраны здоровья выступает в качестве инфраструктуры деятельности по охране здоровья. Строго говоря, и сама структура деятельности по охране здоровья по отношению к содержанию этой деятельности (состоянию здоровья человека) выступает тоже в качестве инфраструктуры, так как обеспечивает процесс нормального (здорового) состояния человека. Структура и инфраструктура взаимосвязаны между собой и построены по принципу матрешки: большая матрешка по отношению к меньшей выступает как инфраструктура - к структуре.

В качестве критериев структурирования деятельности по сохранению, восстановлению и укреплению здоровья человека были взяты сферы и элементы этой деятельности. Что касается инфраструктуры деятельности по охране здоровья, в качестве критериев структурирования можно взять содержательное наполнение каналов обеспечения этой деятельности. Как уже было сказано, для осуществления деятельности необходимо иметь (содержать) не только натуральное (кадры и средства), но и стоимостное (финансовое) наполнение (воспроизводство) этой деятельности.

Для лучшего понимания и восприятия сказанного рассмотрим рис. 14, который дает некоторое системное представление о деятельности по охране здоровья.

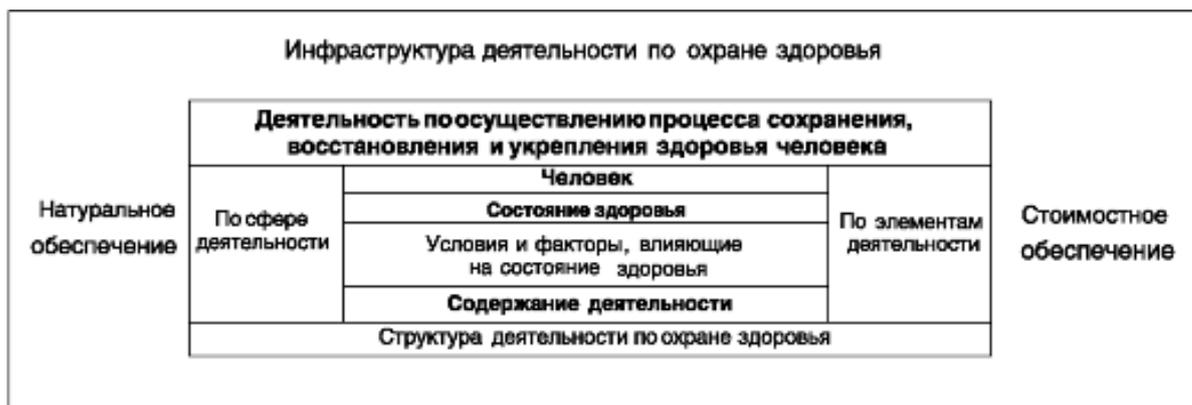


Рис. 14. Содержание, структуры и инфраструктуры деятельности по охране здоровья

В центре представлены состояние здоровья человека, а также условия и факторы, влияющие на него. Данный центр выступает в качестве содержания деятельности по охране здоровья, характеризует деятельность по осуществлению процесса сохранения, восстановления и укрепления здоровья человека и выступает как структура деятельности по охране здоровья. Деятельность по обеспечению непрерывности процесса по охране здоровья и выступает уже как инфраструктура этой деятельности.

Содержание и сущность процесса управления в медицинской организации

В предыдущих главах вопросы управления здравоохранением рассматривались в основном с точки зрения статики: системы, структуры, субъекта, объекта и др. Но весьма актуальны и важны динамические характеристики управления, т.е. процессы, происходящие в организациях здравоохранения. Здесь «оживляются» системы, структуры, субъекты и объекты, функции; реализуются объективные законы и принципы. Определяющим, «оживляющим» здесь выступают специалист-врач и пациент-субъект и объект управления.

Именно процесс управления является динамической характеристикой управления, представляя собой целенаправленное, последовательное изменение состояния управляемой и управляющей подсистем - здоровья и его охраны. Поскольку предметом управленческого труда является информация, с этих позиций процесс управления представляет собой постановку цели, обработку данных, выработку, принятие и реализацию управленческого решения, анализ и корректировку его выполнения.

Для комплексного понимания процесса управления в здравоохранении необходимо раскрыть форму его внутренней организации как модели построения и осуществления. С этих позиций процесс управления представляет собой циклично повторяющуюся последовательность определенным образом выстроенных действий управляющей системы - деятельности по охране здоровья.

Если любой процесс рассматривать как последовательное изменение состояния системы в целом, ее подсистем и элементов, то любое его деление на составные части позволит получить ряд обособленных составляющих, начало и конец каждой из которых будут устанавливаться на основании принятого критерия разделения. Естественно, что при использовании определенного критерия в итоге разделения цикла процесса управления на части получаются отрезки, представляющие собой ряд последовательных этапов цикла процесса управления. Собственно выделение этапа в любом процессе необходимо для того, чтобы вычленив меньшую по объему и более простую по содержанию часть процесса. Выполнение содержания этой части как обособленного объема работ может быть достаточно объективно оценено только по полученному результату, который, в свою очередь, используется в ходе дальнейшего процесса для достижения общей цели; этот результат обоснованно разделяет обособленные объемы работ в рамках одного цикла процесса управления.

Все начинается с этапа «Цель». Напомним, что под целью чаще всего понимают желаемое, возможное и необходимое состояние управляемой системы. Следующим этапом процесса управления является анализ ситуации, в ходе которого определяется реальное

состояние управляемой системы по отношению к цели. Допустим, что поликлинике поставлена цель: перейти к обслуживанию прикрепленных пациентов по принципу врача общей практики (семейного врача). Руководитель начинает собирать информацию, анализировать, т.е. выяснять ситуацию по возможной реализации цели. Приоритет этапа «Цель» над этапом «Ситуация» одного цикла процесса управления обусловливается необходимостью и возможностью оценки состояния системы в данный момент времени относительно цели, поставленной в этом цикле процесса управления. Например, возможная ситуация характеризуется нехваткой терапевтов, врачей широкого профиля; недовольством пациентов, специалистов и др. Дальнейшее сравнение цели с ситуацией - ее действительным состоянием на данный момент времени, осуществляемое непосредственно после определения ситуации, приводит нас к выяснению «проблемы» как основного противоречия между фактическим и желаемым состоянием системы. В нашем примере возникают проблемы с кадрами - терапевтами, проблемы качественного обслуживания пациентов, появляются проблемы и с врачами-специалистами. Эти проблемы связаны прежде всего с проблемами бюджетирования. Можно составить целое дерево возникающих проблем.

Следование этапа «Проблема» за этапами «Цель» и «Ситуация» обусловлено применением выбранного критерия. Этап «Проблема» выделяется как 3-й промежуточный результат цикла процесса управления. Проблема впервые ставит (или не ставит, если она отсутствует) вопрос о необходимости выработки, принятия и реализации управленческого воздействия, т.е. решения.

Последовательность рассматриваемых этапов обусловливается тесной взаимосвязью и преемственностью не только осуществляемых действий, но прежде всего результатов, к которым они приводят. Так, определение цели как желаемого, возможного и необходимого состояния системы обусловило выяснение ее фактического состояния - ситуации. Сравнение двух полученных результатов дало проблему, к разрешению которой приступают в ходе 4-го этапа - «Решение».

В ходе реализации 4-го этапа цикла процесса управления разрабатывается ряд возможных вариантов управленческого воздействия; их оценивают на основании выбираемых критериев оптимальности и эффективности; выбирают базовый вариант, на основе которого окончательно формируется воздействие управляющей подсистемы на управляемую; как кульминация всего процесса управления принимается управленческое решение. Момент окончательного выбора варианта воздействия соответствует завершению 4-го этапа цикла процесса управления и началу его 5-го, последнего этапа. В ходе этапа «Результат» происходит непосредственная реализация воздействия.

Вариантов управленческого решения, рассматриваемых в нашем примере, существует множество. Самое легкое решение - отказаться от поставленной цели, аргументируя это различными ситуациями и проблемами или увязать реализацию поставленной цели с определенными требованиями к вышестоящей ступени. Самый легкий вариант - обратиться к дополнительному финансированию.

В целом цикл процесса управления можно представить в виде основного механизма управления циклом, действующего на основе регистрации и оценки получаемых промежуточных результатов с последующим продолжением или переходом действий по принципу «цикл в цикле» в зависимости от его эффективности. Естественно, что такой механизм дает

большой эффект в формализуемых процессах и системах, но его основные рычаги применимы в любых службах, звеньях, секторах и процессах управления индустрией здоровья.

Анализируя этапы процесса управления, необходимо обратить особое внимание на их динамический ряд, последовательность и преемственность внутри цикла, его стадий, операций и действий (рис. 20).

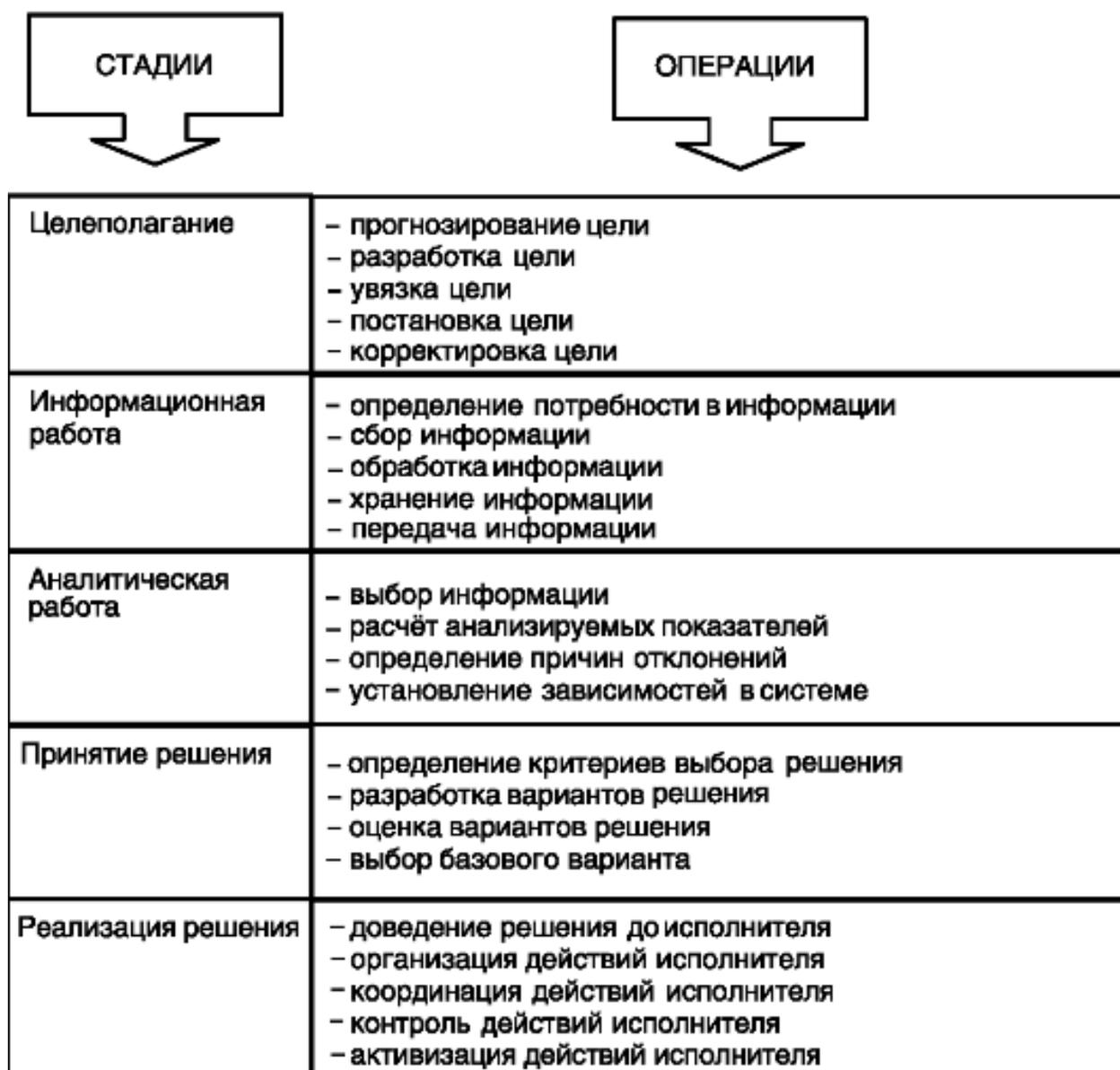


Рис. 20. Содержание управленческой деятельности

Действительно, последовательно выделяя на основании разработанного подхода операции в рамках стадии целеполагания, мы приходим к заключению, что все содержащиеся в ней действия направлены на основной объект данной стадии - цель (рис. 21). Коммуникации - это одна из наиболее сложных, неоднозначных проблем современного управления.

Оценки специалистов показывают, что в активной жизни большинства людей процессы общения - коммуникации - занимают до 75% времени. Коммуникации позволяют людям совместно трудиться, накапливать и передавать огромный запас знаний в виде информации. Информацию часто сравнивают с материей.

По оценкам специалистов, до 80% рабочего времени руководителей всех уровней расходуется на те или иные виды общения.

Под коммуникацией понимается обмен идеями, мнениями и информацией в устном и письменном виде посредством символов или действий. При этом передаваемая информация должна быть значима для участников коммуникации. Цель коммуникации - добиться от принимающей стороны точного понимания отправленного сообщения.

Процесс коммуникации, как и процесс управления в целом, можно разделить на ряд этапов: отправление сообщения, его передача и получение. Важнейшими элементами

коммуникационного процесса выступают отправитель (коммуникатор), сообщение, каналы передачи, получатель и обратная связь (рис. 31), представляющая собой заключительный элемент коммуникационного процесса.

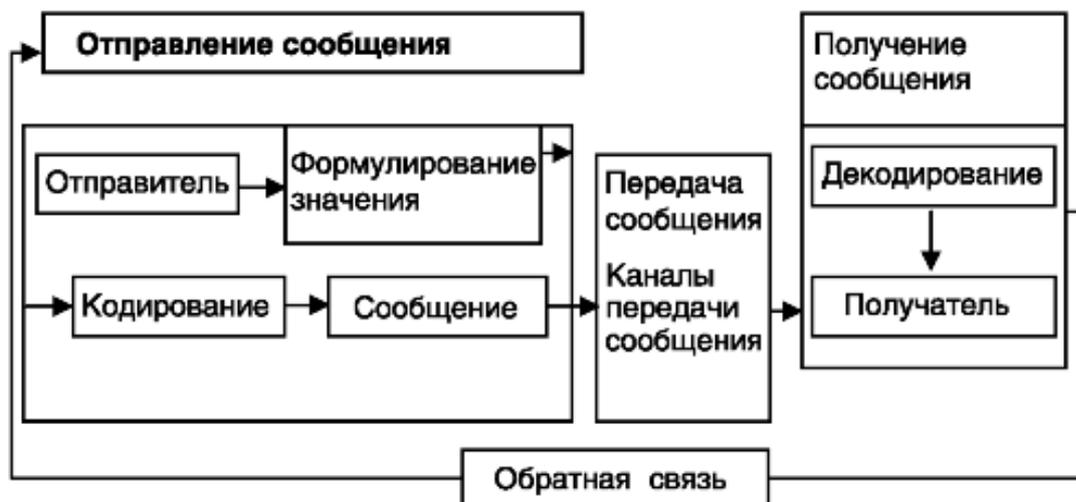


Рис. 31. Процесс коммуникации

Когда адресат, получивший сообщение, отвечает отправителю, роли сторон изменяются. Между ними формируется взаимный информационный поток, реакция каждой стороны выражается в обратной связи на сообщение. В этом случае устанавливается двусторонний коммуникативный процесс.

Эффективная обратная связь должна обладать рядом характеристик:

1. Направленность. Цель эффективной обратной связи - улучшение качества работы каждого отдельного работника, повышение его ценности. Она не должна унижать чувство собственного достоинства или затрагивать репутацию человека.

2. Конкретность, конструктивность. Эффективная обратная связь должна обеспечить получателей конкретной информацией о состоянии дел, благодаря которой они могут понять, как исправить сложившуюся ситуацию.

3. Описательный характер. Эффективная обратная связь должна не оценивать деятельность работника, а объективно описывать, что он реально сделал.

4. Полезность. Эффективная обратная связь предоставляет информацию, которую работник может использовать для улучшения качества своего труда.

5. Своевременность. Чем скорее осуществляется обратная связь, тем лучше для дела.

6. Желание и готовность работников к восприятию обратной связи. Если работникам навязывают обратную связь, она оказывается значительно менее эффективной.

7. Ясность, четкость выражения, понятность получателю. Получатель обратной связи должен ясно ее понимать. При визуальном контакте отправитель может следить за выражением лица получателя.

8. Надежность характеризует, насколько получатель доверяет полученной по обратной связи информации и насколько верно она отражает реальное состояние дел. Искажение при передаче может повлечь за собой как неверную реакцию руководителя, так и последующие неверные действия подчиненного.

Экономические ресурсы и экономические отношения в организации здравоохранения

Материальные, финансовые, трудовые ресурсы медицинских организаций. Эффективность использования экономических ресурсов медицинских организаций. Сущность труда и виды трудовой деятельности. Количество, качество и эффективность труда в организации здравоохранения. Трудовые отношения. Оплата труда медицинских работников

Сущность труда и виды трудовой деятельности

Труд, трудовая деятельность людей - основное созидательное начало в любой экономике. Хотя человек черпает энергию для производства в основном из природных источников, труд остается центральным фактором, приводящим в движение экономику. Со времен А. Смита известно, что труд - отец богатства.

Человек редко трудится в одиночку, только для себя. Чаще всего он работает вместе с другими людьми, в трудовом коллективе, под руководством менеджеров и выполняет порученную ему работу за определенную плату. В процессе такого труда у работника возникают трудовые отношения с его нанимателями, с руководителем, другими участниками совместной трудовой деятельности.

Труд как вид деятельности человека, людей характеризуется 3 основными признаками.

Во-первых, это осознанная, целенаправленная деятельность человека, когда он вначале мысленно намечает способ действий, строит в сознании их образ и желаемый результат, а уже затем начинает действовать по намеченному плану. Чисто инстинктивные, неосознанные действия нельзя считать трудом. Животные также вступают в контакт между собой и с природой. Однако поедание коровой травы, а волком - зайца - не экономический, а биологический процесс. А если человек кормит корову сеном, чтобы она давала молоко, - это уже трудовой процесс. Бесцельные действия нельзя считать трудом. Общепризнанно, что целесообразным считается разумное, нужное, практичное. Намечаемая цель, способ действий могут быть выработаны или заданы человеку другими людьми. Но во всех случаях считается, что человек трудится только тогда, когда он знает, что делает, зачем и как.

Высказанное положение целиком относится и к здравоохранению. Так что трудом в здравоохранении надо считать сознательно осуществляемую деятельность медицинского персонала, направленную на поддержание, сохранение и укрепление здоровья людей.

Во-вторых, трудовая деятельность требует от человека дополнительных затрат энергии, обусловленных не только процессом его жизнедеятельности, но и необходимостью выполнения данной работы, получения трудового результата. Труд - энергозатратные действия, работа мышц и ума.

Выполняя трудовые действия, врачи, средний и младший медицинский персонал расходуют дополнительную энергию, без затрат которой они не смогли бы осуществлять работу, деятельность.

В-третьих, действия людей можно назвать трудом, если они приносят общественно признанный результат, приводят к созданию чего-то полезного, что не могло появиться само собой, без целенаправленной деятельности человека. Труд может быть трудом для себя и трудом для других, но в любом случае он должен приносить пользу людям.

Во всем мире признано, что медицинская деятельность общественно полезна, так что и по третьему критерию она должна быть признана трудовой.

Итак, трудом следует считать деятельность людей, обладающую определенными признаками. Это заранее продуманная деятельность. Это действия, требующие приложения заметных усилий, выполнения работы (отсюда и слово «трудно»). Это действия, имеющие своим итогом конкретный, полезный результат, приводящий к удовлетворению потребностей человека, людей, общества. Иначе говоря, труд есть осознанная,

целенаправленная, энергозатратная, результативная деятельность людей. Так что если человек - главное действующее лицо экономики, то труд - содержание его действий.

Труд характеризуют также использованием орудий и предметов труда. Орудия труда - это средства, с помощью и посредством которых человек осуществляет трудовые действия. К орудиям труда в медицине относят приборы, аппараты, инструменты, с помощью которых медики осуществляют трудовую деятельность, выполняют процедуры лечения.

Предметы труда - это средства, материалы, из которых изготавливаются вещи, то, что преобразуется в процессе труда, на что воздействует человек, выполняя трудовые операции.

По отношению к медицинским услугам понятие «предметы труда», используемое в политической экономии, не всегда удается четко установить. Своеобразным «предметом труда» медиков является организм человека, который врачи стремятся привести в нормальное, требуемое состояние. К предметам труда в медицине правомерно относить также используемые лекарственные препараты, перевязочные и другие материалы.

В экономике труда и трудовой деятельности широко распространены понятия: рабочая сила, трудовые ресурсы, трудовой потенциал.

Рабочая сила - это обобщенная характеристика способности человека к труду, свидетельствующая о его физических и духовных возможностях, используемых в процессе трудовой деятельности. Когда говорят о рабочей силе, то имеют в виду запас физической и умственной энергии человека, зависящей от его здоровья, знаний, способностей, возраста, природных данных. С этим понятием чаще всего связаны условия найма работников. Рабочая сила есть возможность, способность людей осуществлять трудовую деятельность, т.е. то, что предлагается людьми, желающими работать по найму, на рынке труда. За использование рабочей силы наниматели платят наемным работникам заработную плату. В то же время термин «рабочая сила» иногда употребляется в значении «трудовые ресурсы», «экономически активное население».

Трудовые ресурсы - часть населения страны, обладающая способностями и возможностями участвовать в труде в соответствии со своими возрастными, физическими данными, знаниями и практическим опытом, профессиональной подготовкой. Обычно к трудовым ресурсам относят трудоспособных мужчин и женщин от 16 лет до пенсионного возраста, установленного законом страны. Это понятие употребляется, когда рассматривают факторы производства, соответствие числа работников и рабочих мест, потребность в работниках определенного профиля, квалификации. Трудовые ресурсы России составляют примерно 80 млн человек, около половины из них - женщины.

Несколько иной смысл вкладывается в понятие «экономически активное население», которое трактуется как часть населения, проявляющая трудовую активность, стремящаяся работать, участвующая в труде. Так что в эту группу входят и лица в возрасте до 16 лет, и пенсионеры, занятые трудовой деятельностью, но не входят домохозяйки, учащиеся, безработные, не ищущие работу. Экономически активное население России в 2000 г. превысило 70 млн человек.

Трудовой потенциал относится к числу научных терминов макроэкономического характера, применяемых в основном при общей комплексной оценке использования имеющихся трудовых ресурсов в будущем, в перспективе.

Перечисленные категории позволяют получить представление о трудоспособности отдельных людей и всего населения страны, с количественных и качественных позиций оценить трудовой фактор государства как самый активный элемент общественного воспроизводства.

Труд принято делить на физический и умственный, но в таком делении есть много условностей. Доля и даже роль физического труда в экономике развитых стран постоянно уменьшается, тогда как умственный труд ценится все дороже. Наблюдается выраженное стремление перекладывать чисто физический труд, технические усилия на машины, действие которых регулируется людьми умственного труда. В то же время происходит ограниченное

сочетание, слияние доступных человеку, не отягощающих его физических усилий с направляющей их в нужную сторону работой мозга.

В экономической литературе можно встретить понятия «синие воротнички» и «белые воротнички»; речь идет о работниках на Западе, в одежде которых преобладают воротнички определенного цвета. Работающие в учреждениях, конторах, институтах, занятые умственным трудом, традиционно надевают белые рубашки, отчего их и называют «белые воротнички». А работники физического труда предпочитают более темную одежду - отсюда «синие воротнички». Выделяют также категорию «золотых воротничков» - работников высшего управленческого персонала.

В США доля «белых воротничков» в трудовых ресурсах составляет примерно 60%, «синих воротничков» - 30%, немногим более 10% приходится на остальные категории работников. В российской экономике ситуация иная: число рабочих все еще превосходит число служащих, но тенденция к росту доли служащих и снижению доли рабочих в составе трудовых ресурсов проявляется как всеобщая, имеющая место в любой развитой стране.

Рабочие и служащие образуют две основные категории, на которые делятся трудовые ресурсы в зависимости от характера трудовой деятельности. Понятие «рабочие» ассоциируется с «синими воротничками», а служащие - с «белыми», но в числе последних принято выделять в виде отдельной категории научных работников, труд которых носит выраженный интеллектуальный характер. В советский период российской истории всех занятых трудовой деятельностью делили на рабочих, крестьян (сельскохозяйственных рабочих) и интеллигенцию, такое деление носило не только трудовую, но и политическую окраску. При подобном делении врачи попадают, естественно, в ряды интеллигенции, а младший медицинский персонал - в ряды рабочих и служащих. Условность подобного деления в наше время становится все более очевидной.

Долгое время было принято считать, что только труд «синих воротничков» является производительным, что ценности создаются лишь в сфере материального производства рабочими и крестьянами, тогда как работники социально-культурной сферы блага не создают.

А. Смит в своем фундаментальном труде «Исследования о природе и причинах богатства народов», изданном в 1776 г., утверждал, что «труд некоторых самых уважаемых сословий общества, подобно труду домашних слуг, не производит никакой стоимости и не закрепляется, не реализуется ни в каком длительно существующем предмете или товаре, могущем быть проданным, который продолжал бы существовать и по прекращении труда».

В современной экономической науке труд в сфере науки, управления, образования, культуры, информационных услуг считается столь же производительным, как и в сфере материального производства. Физический и умственный труд уравниваются в правах, тем более что в нынешней экономике их не так-то просто различить: рабочие управляют автоматами, водитель транспортного средства перерабатывает огромное количество информации, а хирург тратит энергию в процессе операции и физически устает не меньше, чем кузнец.

В пределах каждого из двух основных видов труда существует множество профессий, специальностей, характеризующих род и зону трудовой деятельности человека. Профессия - несколько более широкое понятие, чем специальность. Профессия характеризует вид постоянной трудовой занятости человека, которым он профессионально овладел и использует в виде источника существования. Так, в медицине широко известны профессии врача, медицинской сестры, научного работника, преподавателя. Специальность - это вид труда, для выполнения которого человек получил специальную подготовку посредством обучения или приобретения практических навыков. Специальность свидетельствует не только о профессиональной принадлежности к определенному роду труда, но и о наличии узкой квалификации в пределах этого рода. Врачи, как известно, обладают специальностями хирургов, терапевтов, педиатров, стоматологов, нейрофизиологов и многими другими.

Профессии и специальности обычно тесно связаны с отраслью экономики, в которой трудится работник, и с ее подотраслями. К тому же в пределах одной и той же отрасли, подотрасли используется ряд профессий, специальностей, дополняющих труд работников основных, базовых профессий. Такие профессии, как инженер, программист, юрист, экономист, механик, имеют универсальный характер, используются во многих отраслях.

Наличие профессий и специальностей является результатом разделения труда. В условиях натурального хозяйства, когда каждая семья стремилась обеспечить себя всем необходимым самостоятельно, господствовало стремление человека владеть всеми разновидностями трудовой деятельности, в том числе и врачеванием. Люди поневоле должны были быть универсалами, владеть одновременно множеством профессий. Притом уже тогда было ясно, что достичь большого успеха можно, сосредоточившись на одном деле.

Благодаря разделению труда появились профессионалы, владеющие способами выполнения определенного вида работ. Они смогли гораздо лучше использовать природные богатства, факторы производства, обеспечить высокое качество создаваемого экономического продукта. Разделение труда между людьми, а затем и между производственными коллективами привело к специализации работников и предприятий, обусловленной также и тем, что освоение определенного вида работ, технологии требует огромного времени. Сегодня уже просто нет возможности быть мастером на все руки.

Процессы разделения труда получили самое широкое распространение в медицине, где непрерывно множится число специальностей и возникают все новые специализации. В то же время в здравоохранении наблюдается преимущественно внутриотраслевое разделение труда. В связи с объективной необходимостью непосредственного контакта врачей с больными и крайне ограниченной возможностью передачи медицинских услуг на расстояние межрегиональное и межстрановое разделение труда в здравоохранении распространено лишь в научной деятельности и в изготовлении лекарственных средств.

В большей степени возможно межотраслевое разделение труда, но и оно имеет ограниченную зону действия, охватывает связи медицины с медицинским машиностроением и приборостроением, с химическим производством медицинских препаратов, использованием достижений отдельных отраслей физических, химических, технических наук, теории управления.

Вместе с тем надо иметь в виду, что разделение труда, его специализация порождают необходимость тесного взаимодействия работников внутри отрасли. Нужны кооперация, обмен товарами, рынок, без которых преимущества разделения труда не смогут проявиться. Так что специализация и кооперирование связаны между собой тесным образом.

Количество, качество и эффективность труда в здравоохранении

Вид труда, профессия характеризуют трудовую деятельность в течение продолжительного времени. Тем не менее нужны и показатели, которые могут служить измерителями количества и качества труда работников в относительно короткий период: день, неделю, месяц.

На первый взгляд кажется, что измерить количество труда несложно, в действительности это не так. Особенно это касается измерения, определения количества труда в области духовно-информационной деятельности, в секторе нематериальных услуг, к которым в основном относится здравоохранение. В связи с трудностью непосредственного измерения количества труда, затрачиваемого медицинскими работниками в процессе предоставления услуг клиентам, приходится взамен относительно точного физического измерения трудозатрат прибегать к приближенной оценке количества труда на основе разных показателей.

При всей сложности непосредственного измерения и даже примерной оценки трудозатрат в здравоохранении без установления количества труда с учетом его специфики в

отрасли не обойтись. Экономика труда представляет собой неотъемлемую часть экономики здравоохранения, а в экономике труда определяющую роль играют количество и качество. Труд - главный производственный фактор в медицине. Если в других отраслях экономики, особенно в отраслях материального производства, живой труд поддается механизации и автоматизации, перекладывается на машины, аппаратуру, то в здравоохранении это удастся в гораздо меньшей степени в связи с характером труда медицинских работников, особым объектом их труда. Иначе говоря, в здравоохранении замещение живого труда медицинских работников так называемым овеществленным трудом, т.е. замена труда человека использованием современного оборудования, имеет весьма ограниченные возможности.

Определение количества необходимого и затрачиваемого труда в здравоохранении требуется для установления потребностей ЛПУ в рабочей силе, в сотрудниках. Установление количества труда позволяет судить о степени трудовой загрузки, меры использования трудовых возможностей, интенсивности трудовых усилий. Все это вместе взятое побуждает к разработке и совершенствованию методов измерения, оценки, расчетов количества труда.

Теоретически существует возможность определения количества труда, затрачиваемого человеком на работе, по расходу его энергии. Но надежного способа измерения затрат физической и умственной энергии в процессе труда наука не выработала.

К числу распространенных прикладных подходов к определению количества затрачиваемого труда относится метод, основанный на суждении о расходе трудовой энергии по количественной мере достигнутых результатов труда. Такой подход основан на предположении, что между затратами труда и количественными результатами существует прямо пропорциональная зависимость: чем больше произведено продукции, оказано услуг, тем больше и количество израсходованного на это труда.

Для практической реализации такого подхода в медицине необходимо, во-первых, расчленив деятельность медицинского персонала на совокупность работ, услуг, процедур, каждая из которых представляет собой счетную единицу, по отношению к которой устанавливается уровень затрат труда. Такими единицами могут быть, например, прием одного больного врачом, диагностирование заболевания, проведение анализа, с учетом, естественно, ряда дополнительных признаков, характеризующих вид болезни, профиль врача и т.д. Во-вторых, применительно к каждой единице обслуживания должна быть установлена норма затрат труда на данную единицу обслуживания (работы, услуги).

Под нормой понимается принятая, узаконенная нормативными актами мера, установленное типичное, среднее количество труда, необходимое для выполнения данной единицы обслуживания. Чаще всего норма труда (норматив трудозатрат) устанавливается в единицах времени (часы, минуты), необходимых для реализации единицы обслуживания (единичной услуги). Установление нормативов трудозатрат на выполнение самых разнообразных видов единичных работ, услуг именуют в экономике нормированием труда. Наряду с установлением норм затрат труда и обобщенных норм, именуемых нормативами, в здравоохранении используются нормы нагрузки (например, в виде количества единиц обслуживания за смену или пациентов, приходящихся на 1 врача), нормативы численности разных категорий медицинского и вспомогательного персонала учреждений здравоохранения и их структурных подразделений. Нормативы численности работников именуют также штатными нормативами, так как с их применением определяются штатная численность учреждения и штатное расписание в виде перечня, устанавливающего количество работников учреждения по отдельным должностям, категориям.

При известных (установленных) нормативах трудозатрат на единицу обслуживания (работы, услуги) количество труда, которое работник должен (вправе) затратить на выполнение заданной совокупности однотипных единиц обслуживания, определяется формулой:

$$Q = n \times N, \quad (2.1) \quad \text{где } Q -$$

затрачиваемое по норме общее количество труда, выраженное в единицах времени (часы или иные единицы), - объем труда; n - количество однородных единиц обслуживания в заданной совокупности работ, услуг; N - норматив трудозатрат на единицу обслуживания, выраженный в виде затрат времени на 1 единицу.

Если один и тот же работник (группа работников) выполняет совокупность разнородных единиц обслуживания (единичных услуг, работ), нормативное количество труда на выполнение всех работ, охватываемых рассматриваемой совокупностью, определяется формулой:

$$Q = n_1 \times N_1 + n_2 \times N_2 + \dots + n_k \times N_k, \quad (2.2) \quad \text{где}$$

Q - общие нормативные трудозатраты на всю совокупность работ, измеренные в единицах времени; n_1, n_2, \dots, n_k - количество однотипных единиц работ, услуг в соответственно в 1-й, 2-й, ... k -группах, образующих совокупность; N_1, N_2, \dots, N_k - нормативы трудозатрат (нормы затрат рабочего времени) на выполнение соответственно единицы работ, услуг 1-го, 2-го, .., k -го вида; k - общее количество видов однотипных работ, услуг в совокупности.

Определяемый по формулам (2.1) и (2.2) нормативный объем работ, выраженный в единицах времени, служит базой, основой при формировании

планов, установлении плановых заданий и норм выработки как отдельным работникам, так и целым подразделениям медицинского учреждения, в котором применяется нормирование труда. Кроме того, определенный расчетным образом нормированный объем трудозатрат на отдельные виды деятельности медицинских учреждений и их подразделений, работников используется в качестве базы сравнения, сопоставления с реально затраченным временем, что позволяет судить об интенсивности труда работников и учреждений здравоохранения.

Применение нормативного подхода к определению трудозатрат в медицине требует предварительного установления обширной совокупности единичных норм, нормативов (норм затрат труда на единицу определенного вида работ, услуг). Подобные нормы формируются путем статистической обработки данных, посредством наблюдений, обобщений, сравнений отечественного и зарубежного опыта, проведения специальных экспериментов, хронометража рабочего времени (фиксации реальных затрат времени в ходе непосредственных наблюдений). Тем не менее в силу изменения медицинских технологий, повышения мастерства работников, совершенствования организации труда нормы и нормативы оказываются подвижными и подлежат периодическому пересмотру, обновлению. Одновременно появление новых видов работ и услуг требует пополнения имеющегося массива нормативов посредством формирования нормативных показателей трудозатрат на единичные работы и услуги, не применявшиеся ранее в медицинской практике.

При всей привлекательности нормирования труда как способа количественного установления трудозатрат и управления трудом нормативный подход обладает рядом существенных недостатков, несовершенств:

1. Количество видов работ и услуг в медицине столь велико, что для полного их охвата нормированием необходимо формировать, устанавливать, обновлять и дополнять десятки и даже сотни тысяч норм и нормативов. Затраты на установление и поддержание подобной нормативной базы столь велики, что они становятся соизмеримыми с затратами на проведение самих видов нормированных работ и услуг.

2. Далеко не все виды медицинских работ и услуг поддаются расчленению на однородные, однотипные единицы, для которых могут быть установлены нормы и нормативы.

3. В рамках одних и тех же по виду единиц обслуживания, на которые установлены типовые нормативы трудозатрат по отрасли здравоохранения или даже по отдельному медицинскому учреждению, может наблюдаться значительный разброс трудозатрат,

объективно обусловленный спецификой болезней и контингента обслуживаемых клиентов, уровнем обеспечения процессов лечения.

4. Нормирование труда, привычное в условиях централизованного планирования и управления здравоохранением в масштабах страны или крупного региона, когда основные нормативы назначаются сверху, становится менее эффективным инструментом управления в условиях децентрализации управления, развития хозяйственной самостоятельности учреждений медицины, формирования рынка медицинских товаров и услуг. В связи с децентрализацией управления и повышением хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений в России отраслевые нормативные документы в области труда переведены из разряда директивных в число

рекомендательных. Руководители учреждений здравоохранения получили право устанавливать индивидуальные нормативы труда исходя из местных условий.

5. Существуют методические трудности в достижении соответствия между макро- и микроэкономическими значениями трудовых нормативов. Например, количество врачей в расчете на одного жителя в масштабе страны, крупного и небольшого региона могут существенно различаться в зависимости от плотности заселения.

Несмотря на наличие отмеченных трудностей и недостатков нормативного подхода к управлению трудом в отрасли здравоохранения, нормативный способ определения количества труда, объема трудовых затрат, несомненно, имеет право на существование.

Вне зависимости от того, применяются для оценки количества труда в здравоохранении нормативы трудовых затрат или не применяются, наиболее универсальный способ определения трудовых затрат состоит в измерении их количеством времени, затрачиваемым на труд. В экономике показатель времени, в течение которого осуществляется трудовая деятельность, принято называть рабочим временем.

Конечно, продолжительность рабочего времени, измеренная в часах, днях, месяцах, которые отдельный работник (работники подразделения или ЛПУ в целом) посвятил трудовой деятельности на своем рабочем месте, не всегда отражает количество реально затраченного труда, трудовых усилий. Даже в медицине существуют работники, способные в рабочее время отвлекаться от исполнения служебных обязанностей, заниматься посторонними делами, трудиться далеко не в полную силу, с низкой трудовой отдачей, а то и вообще отсутствовать на работе.

Такие тенденции свойственны особенно наемным работникам, труд которых не преумножает их собственное богатство и не служит интересам развития собственного дела. В определенной степени несоответствие объема реально выполняемых медиками работ и услуг тому рабочему времени, которое фиксируется в таблице (журнале учета рабочего времени), может быть объяснено низким уровнем оплаты труда. Так как оплата труда есть стоимостной измеритель объема выполненных работ, то медицинские работники вправе оправдать неэффективное, неполное использование ими рабочего времени тем обстоятельством, что реально отданное ими количество труда вполне соответствует реальному объему его оплаты. В то же время мы должны воздать должное тем самоотверженным медицинским работникам, которые вкладывают трудовые усилия, выполняют объем работ, выходящий за пределы рабочего времени, фиксируемого в таблице или другом документе, где отражено затраченное рабочее время.

Еще сложнее обстоит дело с качеством труда, особенно если мы стремимся измерить его в числовых показателях. Качество труда, в отличие от его количества, характеризуется не объемом выполненной работы, а степенью ее совершенства, способностью обеспечить запросы потребителей в соответствии с принятыми стандартами. Во многих случаях качество труда не удастся измерить и выразить числовыми показателями; приходится прибегать к таким оценкам, как хорошая, удовлетворительная, плохая работа. Часто качество работы оценивают на основе мнения авторитетных специалистов либо клиентов.

Качество труда работника можно определить на основе качества выполненной работы, оказанных услуг. «Судьями» в данном случае выступают контролеры, эксперты,

клиенты. Можно попытаться оценить качество труда исходя из степени его сложности, из качества применяемых средств труда, приемов работы, мастерства работника, его профессионализма. В экономической теории иногда принято различать простой и сложный труд, высоко- и малоквалифицированный.

Простой труд не требует особых знаний и умений. Это чаще всего физический труд по перемещению тяжестей, разноске, уборке и осуществлению других элементарных, чаще - подсобных трудовых операций. Квалифицированный труд требует умения осуществлять сложные процедуры, трудовые приемы, которые невозможно выполнить, не обладая специальными навыками и знаниями.

Но разделение труда на простой и сложный (квалифицированный) не адекватно его разделению по качеству работы. Простой труд, наряду со сложным, может обладать высоким и низким качеством. Но все же высококвалифицированный труд принято считать одновременно трудом, обладающим высоким уровнем качества.

По своей сути качество есть совокупность свойств, признаков любого объекта, обуславливающих его способность удовлетворять потребности и запросы людей, соответствовать своему назначению и предъявляемым к объекту требованиям стандартов, норм, договоров, потребителей.

Теоретически эталоном качества труда медиков может считаться достижение абсолютного здоровья пациентов. Но само состояние абсолютного, идеального здоровья не сформулировано с высоким уровнем четкости, количественной определенности. Параметры «абсолютного» здоровья зависят от исторической наследственности, возраста, пола людей, места их проживания, от научных представлений о возможностях человеческого организма. Поэтому даже при отсутствии выраженных заболеваний человека врачи предпочитают давать заключение о состоянии здоровья в такой форме: «относительно здоров».

Кроме того (что еще важнее), качественный результат деятельности по охране здоровья зависит от исходного его состояния у пациента. Чаще, если врачи не допустили ухудшения сложившегося до лечения состояния здоровья, есть основания считать их труд в определенном смысле качественным.

Очевидно, что показатели качества труда медицинского персонала, устанавливаемые непосредственно на основании оценки результатов его деятельности, должны быть разными для различных видов медицинского обслуживания. В диагностике параметром качества следует считать точность, достоверность диагноза, отсутствие грубых ошибок. В профилактике заболеваний уровень качества работы определяется мерой предотвращения массового распространения заболевания. На ранних стадиях лечения показателем качества правомерно считать предотвращение ухудшения состояния больного. На более поздних стадиях качество лечения определяется мерой улучшения состояния здоровья пациента и восстановления его здоровья. Для работников ЛПУ качество труда отражается в показателях укрепления здоровья. Качество труда работников вспомогательного персонала определяется также комфортом, который они создают пациентам.

Несмотря на сложность определения качества услуг здравоохранения, в реальной медицинской практике установились основные положения, характеризующие качество медицинской помощи (КМП).

КМП представляет собой совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям и современному уровню медицинской науки и технологии.

Для практической оценки результатов труда медицинских работников рекомендуется использовать следующие характеристики качественных параметров их профессионализма и успешности работы:

- профессиональная компетенция;
- доступность;
- результативность;
- межличностные взаимоотношения;

- эффективность;
- непрерывность;
- безопасность;
- удобство;
- удовлетворенность потребителя.

Профессиональная компетенция отражает наличие знаний и навыков у медицинского и вспомогательного персонала, а также определяется тем, как персонал в своей деятельности следует доказательным клиническим руководствам, протоколам и стандартам в части проведения профилактической работы, постановки диагноза и лечения больного.

Доступность медицинской помощи означает возможность получения пациентом качественной медицинской помощи, независимо от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Географическая доступность измеряется наличием транспорта, расстоянием, временем в пути до лечебного пункта. Экономическая доступность определяется возможностью, способностью оплаты медицинской помощи основной массой населения. Социальная и культурная доступность относится к восприятию медицинской помощи в сфере культурных ценностей пациента, его вере во врачей и в излечение. Организационная доступность означает возможность приема пациента в учреждении здравоохранения в удобное для него время, наличие в учреждении необходимых специалистов, тех или иных методов обследования. Языковая доступность означает возможность использовать в работе медицинских работников языка пациентов.

Результативность является основополагающей составляющей КМП. Оценка результативности дает ответ на следующие вопросы:

1. Можно ли при использовании той или иной медицинской технологии при профилактике, диагностике и лечении получить результаты, изложенные в руководствах, клинических протоколах (стандартах)?

2. Приведет ли избранная технология к результатам в конкретных условиях?

В клинической практике необходимо использовать технологии, клинический результат которых подтвержден (доказан) в ведущих клинических центрах страны.

Межличностные взаимоотношения относятся к сфере отношений между медицинским персоналом и пациентами, между работниками здравоохранения, медицинскими учреждениями, органами управления здравоохранением и населением. Хорошие взаимоотношения создают атмосферу доверия, отзывчивости, взаимного уважения, что в большой мере способствует позитивному настрою как пациентов по отношению к проводимому лечению, так и настрою медицинского персонала на успех проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

Эффективность измеряется как отношение полученных результатов к затраченным ресурсам. Анализ эффективности чаще проводится для сравнения альтернативных технологий. Важность этой составляющей КМП заключается в том, что при ограниченных ресурсах здравоохранения (а они в любой стране всегда ограничены) медицинская помощь должна быть рациональной (при имеющихся ресурсах), а не максимальной, для которой количество имеющихся ресурсов может оказаться недостаточным. Следует стремиться повышать качество при одновременном снижении затрат. Однако считать, что улучшение качества не требует дополнительных средств, неправомерно. Поэтому на основе анализа эффективности надо избирать оптимальную технологию лечения, обеспечивающую достижение результата при допустимых затратах.

Непрерывность (преемственность) означает, что пациент должен получать всю необходимую медицинскую помощь без задержек и перерывов, в соответствии с протоколами (стандартами) диагностики и лечения. При этом ведение пациента осуществляется одним врачом (врач общей практики, семейный), взаимодействующим со службой скорой медицинской помощи, больницами, организациями медицинской

реабилитации. Несоблюдение преемственности негативно сказывается на результативности, снижает эффективность и ухудшает межличностные отношения.

Безопасность означает сведение к минимуму риска возможных травм, инфекций, побочных эффектов лечения и других нежелательных последствий оказания медицинской помощи. Это относится как к медицинскому персоналу, так и к пациентам. При решении вопроса о выборе той или иной медицинской технологии врач должен исходить из минимума риска нанесения вреда как здоровью пациента, так и своему собственному.

Удобство означает наличие у пациента возможности получать медицинскую помощь в условиях, максимально приближенных к домашним, в зависимости от тяжести течения болезни. К таким условиям относятся: опрятный внешний вид персонала и материальных объектов, комфорт, чистота, конфиденциальная обстановка и др.

Удовлетворенность потребителя (пациентов) КМП определяется тем, насколько она отвечает их потребностям и ожиданиям, является своевременной. Большую роль играют вежливость и внимательность медицинских работников. В целом пациенту необходимо, чтобы симптомы болезни были ликвидированы, а сама болезнь предотвращена или прекращена.

Пациенты чаще всего обращают внимание на результативность и доступность медицинской помощи, ее непрерывность. Однако они не в полной мере могут представлять свои истинные потребности в медицинской помощи и не всегда способны объективно оценить оказанную помощь. Медицинские работники должны изучать состояние здоровья населения и его потребности в медицинской помощи, а также обеспечивать пациентов объективной информацией, вовлекать их в процесс обсуждения КМП.

Для обеспечения высокого качества медицинского обслуживания необходимы эффективные профессиональные, административные и вспомогательные службы, активно участвующие в процессе оказания медицинской помощи. Система здравоохранения должна соответствовать как нуждам и требованиям современной медицины, так и ожиданиям, потребностям пациентов.

Практически все работники здравоохранения тяготеют к высокому уровню оплаты труда. Но далеко не все связывают это желание с требованием работать с высокой отдачей. А между тем то, что мы называем количеством и качеством труда, воплощается в конечном счете в его эффективности, производительности.

Количественный результат труда каждого работника, трудового коллектива, всех занятых в отрасли характеризуется не только объемом выполненной работы, количеством предоставленных услуг, но и эффективностью трудовой деятельности. В общем случае эффективность характеризуется рачительностью, экономностью хозяйствования и измеряется отдачей - результатом, полученным от каждой единицы использованного ресурса (фактора производства) за определенное время. Таким образом, эффективность есть удельный результат, исчисляемый посредством деления общего результата, именуемого эффектом, на затраты ресурсов, обусловивших получение данного результата. Самая общая логическая формула эффективности любого вида деятельности имеет следующий вид:

$$\mathcal{E} = \text{РД} / \text{ЗР}, (2.3)$$

где РД - результат деятельности; ЗР - затраты ресурсов на получение результата.

Общую формулу эффективности нелегко применить для расчетов, поскольку числитель дроби в большинстве случаев не поддается количественному измерению и не может быть исчислен в условных единицах.

Несколько проще обстоит дело с определением эффективности наиболее важного ресурса, фактора производства - труда. Эффективность труда, выражающую его продуктивность, отдачу, именуют в экономике производительностью труда. Это самый важный показатель, характеризующий рациональность использования трудовых ресурсов.

Показателем производительности труда принято считать частное от деления количества произведенных за определенное время продукции, работ, услуг, исчисленных в натуральном или денежном выражении, на затраченное количество труда или времени. Так

что при определении производительности труда используется та же формула эффективности, в которой результат (РД) принимается равным объему выполненной работы, а затраты (ЗР) - количеству работников, участвующих в работе, либо времени, затраченному на выполнение данной работы. Так что формула, по которой определяется величина производительности труда, имеет вид:

$$ПТ = РТ / ЗТ, (2.4)$$

где ПТ - показатель производительности труда; РТ - результат труда, выраженный в натуральных или в денежных единицах; ЗТ - затраты труда на получение данного результата, выраженные числом участвующих работников или суммарными затратами времени.

Величину, обратную производительности труда, принято называть трудоемкостью получения данного результата или выполнения данной работы. Трудоемкость выражает количество рабочего времени или работников, необходимое (использованное) для получения единичного результата (единичной работы, услуги).

Понятно, что чем выше производительность труда в медицинской организации и чем ниже трудоемкость выполняемых работ, услуг, тем лучше организован труд медицинских работников.

Если объем выполненных медицинским учреждением или подразделением однородных работ, услуг, в натуральном выражении представляющий результат их деятельности за определенный период времени, разделить на трудозатраты, мы получим показатель производительности труда, именуемый выработкой. Обычно определяют выработку в расчете на 1 работника в течение заданного периода времени (час, рабочий день, месяц). Например, показатель выработки измеряется количеством посещений больных на дому или приемов больных в клинике, пролеченных больных, проведенных операций, анализов в расчете на 1 врача в течение дня, месяца, года. Возможно также определение месячной или годовой выработки работников отделения или всего ЛПУ.

В отдельных случаях при определении выработки физический объем работ, услуг в натуральном выражении, выполненных одним работником или подразделением за определенное время, исчисляется в условных единицах (например, физиотерапевтических). Чаще такие единицы устанавливаются для измерения производительности труда младшего медицинского персонала.

Суждение об уровне производительности труда в натуральном измерении формируется посредством сравнения реальной выработки с ее нормативным значением в виде нормы трудозатрат на единичную услугу, умноженной на количество оказанных однородных единичных услуг за рассматриваемый период времени.

Производительность труда зависит от профессионально-квалификационного уровня работников: знаний, умений, навыков, опыта, зависящих от образования, стажа работы (приведенный перечень факторов этого рода далеко не полный).

Сильное воздействие на эффективность труда, использования рабочего времени оказывает организация труда, а в более широком смысле - качество управления трудом. Это и планирование, и координация, и оперативное регулирование, обеспечение порядка и трудовой дисциплины на производстве, высокого уровня исполнительности и ответственности за порученное дело. Наверное, данный фактор играет определяющую роль в российской экономике.

Допустимо утверждать, что производительность труда работников существенно зависит от уровня применения средств и предметов труда, качества применяемых аппаратов, приборов, прогрессивности технологических процессов, обеспеченности материальными ресурсами, эффективности использования препаратов. Нельзя отрицать и зависимости производительности труда от материальной и моральной заинтересованности в получении высоких результатов труда, обусловленной в высокой степени уровнем оплаты труда и морально-этическими качествами персонала.

В рыночной экономике на производительность труда оказывают влияние также деловая конъюнктура, спрос на товары и услуги. При повышенном спросе растут цены и

заинтересованность в увеличении производства, в связи с чем повышается производительность. При отсутствии спроса, в условиях экономического спада снижается и производительность.

Трудовые отношения. Трудовая занятость и безработица

В процессе труда возникают отношения между работниками, т.е. носителями рабочей силы, и нанимателями, использующими и оплачивающими труд. Эти отношения называют трудовыми, они представляют собой один из видов экономических отношений.

На рынке труда рабочая сила является товаром, который ее собственник продает нанимателю за определенную плату. Происходит акт купли-продажи и возникают отношения найма. При этом каждая из сторон (администрация учреждения и работник) свободна в своих действиях, вправе соглашаться или не соглашаться с условиями купли-продажи. Законом запрещается только дискриминация со стороны нанимателя по признакам пола, национальности, расы.

Трудовые отношения в ходе трудовой деятельности регулируются трудовым договором, контрактом - юридически оформленным соглашением между администрацией и работником. В нем изложены условия, которые должна соблюдать каждая из сторон. Контракт оговаривает характер, содержание, условия, оплату труда, взаимные обязанности работника и нанимателя.

Обычно контракт заключается на год или на несколько лет и по истечении этого срока может быть прерван или продлен по взаимному решению сторон. Если администрация либо работник нарушают условия контракта, пострадавшая сторона может возбудить иск, передать дело в суд или арбитражную комиссию, расторгнуть договор в установленном порядке. В редких случаях, когда между администрацией фирмы и работником есть полное взаимное доверие, между ними заключаются пожизненные контракты. Чаще всего это имеет место в Японии, где и дирекция фирмы, и работники исходят из так называемой философии общей судьбы.

Договоры, контракты - одна из лучших форм регулирования трудовых отношений между администрацией и наемными работниками. Во-первых, в договоре закреплены конкретные отношения двух субъектов, соответствующие их желаниям. Во-вторых, ограниченность срока действия договора, возможность его расторжения обязывает каждую сторону уважительно относиться к интересам противоположной стороны.

Трудовые отношения имеют место не только между администрацией и работниками, но и между самими работниками, а также работниками и управляющими-менеджерами в процессе осуществления трудовой деятельности.

Несмотря на то что трудовые отношения между нанимателями и работниками носят свободный характер, т.е. определяются по доброй воле договаривающихся сторон, общие правила заключения и действия трудовых соглашений устанавливаются и регулируются государством. Общий свод законодательно установленных правил, норм трудовых отношений представлен в Трудовом кодексе.

Наряду с регламентацией рынка труда государством для регулирования отношений между работодателем и работником используется коллективно-договорная система. Соотношение между этими видами регулирования различно. Но в любом случае законодательные нормы, определяемые государством, служат отправной точкой заключения соглашений, устанавливающих минимальный уровень социальных гарантий, повышение которого является целью коллективных договоров. В этом смысле коллективно-договорная система играет более активную роль на рынке труда, чем государственное регулирование.

Система регулирования трудовых отношений на основе коллективных соглашений складывалась на протяжении многих десятилетий. Возникнув на ранних этапах промышленной революции как средство повышения заработной платы, коллективные соглашения длительное время не играли сколько-нибудь заметной роли, пока не получили развитие профсоюзное движение, гражданские права и свободы, демократизация управления, законодательное закрепление прав наемных работников.

С развитием коллективно-трудовой системы как социального института, регулирующего отношения на рынке труда, содержание трудовых соглашений расширилось. В них стали отражаться такие аспекты благосостояния работников, как социальное обеспечение (оплата больничных листов, дополнительные пенсии, пособия), социальные выплаты (например, на медицинское обслуживание), гарантии, степень и формы участия работников в управлении предприятием.

В современной экономике функционирование коллективно-договорной системы сталкивается с рядом проблем. Дело в том, что данная система является, по сути, инструментом защиты групповых интересов, которые зачастую вступают в противоречие с общественными интересами, защищаемыми государством. Результаты коллективных договоров часто не согласуются с экономической политикой государства, особенно в периоды кризисов, сопровождающихся ростом инфляции или безработицы. В этих относительно редких, но особо тяжелых условиях коллективно-договорная система может стать фактором, подстегивающим инфляцию.

Существуют 3 возможных способа разрешения возникающих противоречий общенациональных интересов государства и групповых интересов работников.

1. Политика «социальной ответственности» сторон, когда работники и защищающие их интересы профсоюзы идут на сознательное ограничение своих требований в области заработной платы. В коллективных соглашениях на первый план выступают производственные требования. В то же время предусматриваются уменьшение рабочей недели, увеличение продолжительности отпусков, меры по использованию частичной занятости. Данный вариант служит временной мерой сглаживания противоречий.

2. Стремление государства вписать коллективно-договорную систему в свою социально-экономическую политику. В своем крайнем проявлении этот вариант предполагает меры по законодательному определению потолка и замораживанию заработной платы, проведению твердой политики в отношении цены труда и трудовых доходов.

3. Согласование интересов всех субъектов трудовых рыночных отношений: работника, работодателя и государства, заключение на этой основе национального 3-стороннего соглашения, закрепляемого в законодательном порядке. Это лучшая форма регулирования трудовых отношений.

Естественно, что в разных странах трудовые отношения различаются в зависимости от исторически сложившихся тенденций, состояния экономики, социальной активности работников. Определенный отпечаток накладывает на трудовые отношения специфика отрасли.

Каждый человек имеет право на защиту своих трудовых интересов в той мере, в которой это предусмотрено законами страны и общепризнанными международными актами. Трудовые права людей защищаются прежде всего трудовым законодательством, предусматривающим правила предоставления работы, найма и увольнения, охраны труда, его оплаты, отпусков, отдыха, компенсации вредных и тяжелых условий труда. К защите трудовых прав относятся также ограничение продолжительности рабочего дня и обязательное соблюдение правил техники безопасности, охраны труда.

В случае возникновения трудовых конфликтов между работниками и администрацией интересы работников могут защищать государственные органы власти, ведающие трудовыми отношениями, и правовые органы в лице прокуратуры и суда.

Лучшая форма решения трудовых конфликтов - примирение на взаимоприемлемой основе. Защита трудовых прав не должна входить в противоречие с соблюдением работниками трудовых норм и обязанностей, оговоренных в контрактах.

С проблемами труда, трудовых отношений, оплаты труда и его производительности соседствует не менее важная проблема занятости населения, под которой понимаются мера вовлечения людей в трудовую деятельность и степень удовлетворения их потребности в труде, обеспечения рабочими местами. Осуществление определенной политики занятости, создание условий для рациональной занятости представляет собой важнейшую задачу

экономики любой страны. Эта проблема должна решаться и в региональном аспекте, и в отраслевом, т.е. существуют проблемы трудовой занятости медиков в целом и в рамках определенной территории.

Содержание термина «занятость» включает в себя как потребность людей в различных видах общественно полезной деятельности, так и степень удовлетворения этой потребности, исходя, с одной стороны, из желания людей участвовать в трудовой деятельности в соответствии со своими трудовыми и профессиональными возможностями, и с другой - из возможности предоставления им рабочих мест.

Сформулированная в России в период становления рыночных отношений концепция занятости базируется на следующих основных принципах:

1. Исключительное право граждан распоряжаться своими способностями к производительному и творческому труду. Принуждение к труду в какой-либо форме не допускается, за исключением случаев, особо установленных законодательством.

2. Ответственность государства за реализацию права граждан на труд, содействие занятости трудовой деятельностью, на которую способен человек и которую он желает осуществлять.

3. Обеспечение экономически и социально целесообразной, эффективной занятости (с учетом к тому же скрытых, «теневых» форм занятости).

Еще одна принципиальная сторона занятости состоит в возможности избрания сферы трудовой деятельности в любом секторе экономики вне зависимости от господствующей в нем формы собственности. Допустима, не противоречит закону свободно избранная занятость на основе различных форм собственности, включая личную, индивидуальную, частную. Это означает, что труд по найму, индивидуальный труд, предпринимательская деятельность приобретают статус столь же общественно признанных форм, как и труд в общественном производстве, в государственной экономике. Подобная трансформация представлений о значимости разных форм участия в трудовой деятельности особенно важна для медицины, где все еще сильны предубеждения в виде непочитаемости негосударственных, частных организаций. Такая концепция занятости создает качественно новые представления о труде как социально-экономической категории, выдвигает на первый план социальные аспекты трудовой деятельности.

Представляется возможным и уже наблюдается смещение акцентов престижности отдельных форм, видов, областей труда. Стремление к предпочтению сфер деятельности, приносящих государственные привилегии, должно смениться почитанием труда в любой области, где он приносит законный доход, предоставляет возможность самовыражения личности с учетом ее индивидуальных качеств и способностей. На людей перестают давить примат труда в государственном секторе экономики, унижительность предпринимательской деятельности, непочитаемость работ, которые в соответствии с устаревшими стереотипами воспринимались как «второсортные» и «третьесортные».

Свободно-рыночные начала в формировании трудового сектора рыночной экономики тесным образом сочетаются с государственно-регулирующими началами. Наряду с личным волеизъявлением людей, имеют место объективные обстоятельства и условия, не зависящие от их воли и желаний. Существуют общественные потребности, реальные возможности, сложившаяся структура производства, спроса на определенную рабочую силу. Нельзя, наконец, абстрагироваться от малоприятного, но часто наблюдаемого факта несоответствия запросов работников их личным трудовым качествам.

Необоснованные трудовые претензии не могут быть удовлетворены даже в самом демократическом обществе, и рыночная экономика никоим образом не представляет исключения. Более того, в рыночной экономике отторжение людей, не обладающих квалификацией, знаниями, желанием добросовестно трудиться, стремящихся получать выгоду только от доходных объектов труда, способно носить обостренный характер. Это

никоим образом не умаляет заботы общества о трудоустройстве людей, обеспечении их занятости.

Проблемы становления нового типа социально-трудовых отношений в России, социальная опасность безработицы, колебания спроса на труд и его предложения вынуждают государство обращаться к активной политике на рынке труда. Основная цель активной политики - всемерное содействие в трудоустройстве потерявшим работу. Реализация этой цели осуществляется со стороны регулирования как спроса на труд, так и его предложения и включает в себя комплекс мероприятий:

1) содействие трудоустройству через государственные и коммерческие службы трудоустройства, деятельность которых нормативно регламентируется и контролируется государством;

2) развитие системы профессиональной подготовки и переподготовки как предупредительной и профилактической меры содействия занятости через государственные программы обучения и путем стимулирования участия работодателей в программах профессиональной подготовки и переподготовки;

3) организация общественных работ, включая трудоемкие работы по строительству и благоустройству городов, защите природы, уходу за больными, престарелыми;

4) содействие самозанятости и предпринимательству посредством предоставления кредитов и субсидий, налоговых льгот, консультационной помощи;

5) содействие занятости социально слаботзащищенных групп населения (женщины, молодежь, инвалиды, пожилые, длительно безработные) путем первоочередного направления на переобучение и на работу; целевое квотирование и бронирование рабочих мест, предоставление дополнительных гарантий при найме и увольнении.

Проведение активной политики на рынке труда не только стимулирует незанятых на поиск работы, но и способствует снижению материальных и нервно-психологических затрат, связанных с ее поиском. Следовательно, такая политика благоприятствует росту эффективности общественного труда, снижению социальной напряженности, сохранению здоровья населения.

Приходится менять и представление о полной занятости, бытовавшее в течение многих лет в советской экономической науке и практике. Концепция максимального, полного вовлечения всего трудоспособного населения в зону общественного труда уступает место принципу рациональной занятости. Что же касается полной занятости, то с позиций рыночной экономики ее следует воспринимать не как «всеобщую», «поголовную», а как доступную. Иначе говоря, занятость следует считать полной, если каждый, изъявивший желание иметь оплачиваемую работу, может ее получить с учетом своих профессиональных возможностей. Законодательство о занятости населения, наряду с трудовым законодательством, призвано гарантировать

право на труд и меры по предоставлению людям подходящей работы с учетом профессии, стажа, возраста, места жительства. В этих целях создана государственная служба занятости.

Рыночную экономику обычно увязывают с безработицей. Действительно, исторический опыт учит, что в странах с рыночной системой хозяйствования практически всегда существует некоторое количество безработных. Принято считать, что уровень безработицы от 1 до 3% вполне допустим, с безработицей в 5% экономика способна существовать, но уже 7% - социально опасный уровень, которого надо стремиться избегать.

Следует отметить, что экономике обычно сопутствуют два явления: безработица людей и «безработица» рабочих мест, т.е. наряду с людьми, не имеющими работы, имеются незанятые рабочие места. Но обычно в рыночной экономике количество безработных людей намного превышает количество не соответствующих их запросам рабочих мест, тогда как в нерыночной экономике и даже в экономике переходного типа чаще наблюдается обратная картина.

Понятия «безработица» и «безработные» трактуются экономистами неоднозначно. Международная практика, опыт которой обобщен в документах Международной организации труда, исходит из положения, согласно которому безработным считается тот, кто может и хочет работать, самостоятельно активно занимаясь поиском работы, но не смог трудоустроиться, прежде всего из-за отсутствия свободных рабочих мест или недостаточной профессиональной подготовки. Согласно российскому законодательству о занятости населения официально безработными признаются трудоспособные граждане в трудоспособном возрасте, которые по независящим от них причинам не имеют работы и заработка (трудового дохода), зарегистрированы в государственной службе занятости в качестве лиц, ищущих работу, способны и готовы трудиться и которым служба занятости не сделала предложений подходящей работы.

К числу безработных не принято относить неработающих трудоспособных людей, которые официально не заявили о своем желании работать, не зарегистрировались на бирже труда. Биржа труда представляет собой одну из форм специально организованного государством рынка труда. В задачи такой биржи входят регистрация лиц, лишенных работы и ищущих ее, поиск для них мест трудоустройства.

Основная причина безработицы - недостаточное количество рабочих мест, т.е. мест, зон, участков, где работник может трудиться, где в нем есть необходимость. Довольно часто безработица наблюдается и при наличии свободных рабочих мест, не соответствующих профессии лиц, осуществляющих поиск работы. На увеличение безработицы влияют спад производства, несоответствие профессионально-квалификационного уровня работников требованиям производства.

Величина безработицы определяется ее уровнем в виде доли, которую составляют безработные в общей массе экономически активного населения. Важен и показатель средней продолжительности поиска работы, в течение которого безработный лишен возможности трудоустройства.

Безработица может быть естественной, обусловленной объективными факторами, и вынужденной.

Принято также различать следующие виды безработицы: фрикционная - возникающая в связи с наличием перерывов в работе при смене рабо-

ты; сезонная - обусловленная сезонной трудовой занятостью в таких отраслях, как сельское хозяйство, строительство; структурная - вызванная изменением отраслевой и региональной структуры производства, например закрытием организаций, учреждений в отрасли или в регионе. Самый тяжелый вид безработицы связан с циклическим развитием экономики и проявляется во время экономического спада. Именно эта форма безработицы стала основной в России в период перехода от централизованной к рыночной экономике. Такую безработицу в экономической литературе называют циклической.

Следует упомянуть о наличии так называемой скрытой безработицы, которая была распространена в советской экономике и осталась в России до сих пор. Такой тип безработицы наблюдается, когда люди на работе не нужны, находясь в избыточном количестве, но их не увольняют, избегая ухудшения социальной ситуации.

Безработица - социально неблагоприятное явление, но при уровне ниже 5% она не приводит к социальным катаклизмам, а подстегивает работников, побуждает дорожить своим рабочим местом. Чтобы избежать недопустимого роста безработицы, иногда приходится специально создавать рабочие места. В условиях высокого уровня безработицы создание новых мест считается значительным социальным достижением, ставится в качестве важнейшей экономической задачи. Обычно безработным в течение некоторого времени выплачивается денежное пособие по безработице, но оно ниже заработной платы, которую получал работник. Борьба с безработицей - острейшая проблема современной экономики.

В нашей стране сформировалось и до сих пор культивируется отношение к безработице как социальному, негативному и даже недопустимому явлению. Слов нет, безработица нежелательна. Но с некоторым ее реальным наличием мы вынуждены

смириться, как и с тенденциями к возрастанию. Возможность поддержания постоянной полной сбалансированности между спросом на работу и наличием рабочих мест и тем более превышением предложения работы над спросом на нее достаточно иллюзорна даже в таких социально значимых отраслях, как здравоохранение. К тому же - насколько такой подход целесообразен и с экономических, и с социальных позиций?

Обычно обеспечение полной и тем более всеобщей, поголовной занятости покупается ценой спада эффективности экономики. С другой стороны, безработица также имеет высокую социальную цену, да и приносит экономический ущерб. В этом свете безработицу следует воспринимать как социальное зло, полностью избежать которого в силу несовершенства рыночного механизма регулирования не представляется возможным. Практически речь идет о том, чтобы принимать все возможные меры по снижению безработицы, обеспечению занятости, а если эти меры не приводят к успеху - пускаться в ход систему социальной поддержки и защиты безработных.

Огромную роль в этой системе играют не только пособия по безработице, денежная поддержка и материальная помощь. Гораздо важнее оказать содействие в трудоустройстве, организовать общественные работы, создать рабочие места. Здесь на первый план выходят задачи переобучения, переподготовки и повышения квалификации, освоения новых специальностей. Обязанность государства состоит в организации специальной учебной сети, центров по бесплатному обучению.

Снижению безработицы способствуют и облегчение миграции населения, перемещение рабочей силы в те регионы, где в ней ощущается повышенная потребность.

Финансы в здравоохранении

Источники финансирования медицинской деятельности. Бюджетное финансирование здравоохранения в России. Медицинское страхование. Методы оплаты медицинской помощи. Ценообразование на медицинские услуги и товары. Методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования финансовых ресурсов в организации здравоохранения: активов, управления оборотным капиталом, принятия инвестиционных решений, решений по финансированию, формированию дивидендной политики и структуры капитала медицинской организации

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ФИНАНСАХ И ФИНАНСОВОЙ СИСТЕМЕ

Понятие «финансы» относится к числу широко распространенных обобщающих экономических категорий, характеризующих процессы денежной природы и денежные отношения в мире, стране, обществе, во всех частях хозяйственной системы. Как и ряд других общих экономических терминов, финансы трудно однозначно определить с помощью одного признака. Это слово используется в теоретической и прикладной экономике, в быту в довольно широком смысловом диапазоне, а подчас и в различных смыслах.

Кроме слова «деньги», в экономической теории и практике распространено выражение «денежные средства». В чисто бытовом представлении деньги и денежные средства - одно и то же. В действительности это не так. Денежные средства как обобщающее понятие охватывают наличные и безналичные деньги, денежные чеки, а также самые разные виды ценных бумаг - словом, все виды средств, входящие в самый обширный денежный агрегат, образующие в своей совокупности финансовые ресурсы. Денежные средства, а также отношения, возникающие в связи с получением, хранением, накоплением, передачей, распределением, обменом, предоставлением в долг денежных средств, превращением их из одной формы в другую, обозначают термином «финансы». Принято различать, разграничивать финансы государства, региона, предприятия, семьи. Все виды денежных средств, операции с их использованием, правила обращения денежных средств, денежные отношения между людьми, предприятиями, организациями, государством, а также органы,

осуществляющие операции с денежными средствами и управляющие ими, образуют финансовую систему.

Возникновение финансов как полноценной системы относится к средним векам и обусловлено развитием производства, торговли, товарноденежных отношений, межстранового денежного оборота, банковского и биржевого дела. Существовавшие задолго до этого деньги, их движение, обращение приобретают новое качество, наполняются иным содержанием. Денежные средства становятся более многообразными, изменяются формы и характер их движения, государство мобилизует денежные ресурсы для выполнения и расширения своих экономических, социальных, политических функций, денежные отношения распространяются из сферы обмена в сферу производства и распределения общественного продукта. Возникают специфические финансовые институты, оперирующие разнообразными финансовыми инструментами в виде денег, национальной и иностранной валюты, ценных бумаг. Так зарождаются финансы хозяйствующих субъектов, государства, страны, мировые финансы в их взаимодействии.

Эволюция финансов и финансовой системы характеризуется еще одним важным обстоятельством. Во-первых, экономические процессы производства, обращения, использования, потребления продукции, товаров, услуг сопровождаются и в определенной мере отображаются адекватными финансовыми процессами, отражающими стоимостную сторону воспроизводственного процесса, движения и изменения стоимости, динамику доходов, расходов, прибыли. Во-вторых, возникают самостоятельные финансовые операции, движение денежных средств как таковых, не связанных непосредственным образом с производством и продажей товаров; формируются валютный рынок и рынок ценных бумаг, образующие в своем единстве финансовый рынок. Движение денег обретает самостоятельность и тем самым денежное обращение становится финансовым процессом.

Облик финансов в разных странах во многом обусловлен типом господствующей в стране экономической системы.

В странах с централизованно управляемой экономикой главенствующее место принадлежит государственным финансам, формированию государственного бюджета и внебюджетных фондов, аккумулирующих основную часть финансовых ресурсов и затем распределяющих их по отраслям, территориям, социально-экономическим программам в соответствии с государственными планами социально-экономического развития. В этих условиях главенствующей в финансах становится функция первичного распределения и последующего перераспределения финансовых ресурсов. Сами финансы характеризуются как денежные отношения, возникающие в процессе распределения и перераспределения валового национального продукта (вновь созданной стоимости) и части национального богатства в связи с формированием фондов денежных средств субъектов хозяйствования (предприятий и государства) и использованием их на расширенное воспроизводство, материальное стимулирование работников, удовлетворение социальных потребностей. Подобная формулировка понятия «финансы» была типичной для советского периода, господствовала в советской экономической науке.

В странах с рыночной экономикой сохраняются значительная роль государственных финансов, бюджетирование доходов и расходов государства, используемых на общегосударственные, общественные нужды, социальные цели. В то же время центр тяжести финансовой деятельности смещается с централизованного распределения финансовых ресурсов на обеспечение устойчивого функционирования свободного рынка товаров и услуг и государственное неценовое регулирование рыночных отношений посредством налогов, пошлин, учетных ставок, субсидий, субвенций, квот и других финансовых рычагов и воздействий. Существенно повышаются роль и возможность самостоятельного использования финансовых ресурсов хозяйствующими субъектами в лице негосударственных предприятий, коммерческих фирм, компаний, банков, частных предпринимателей.

Учитывая, что реально в преобладающем большинстве стран существует смешанная экономика, совмещающая черты как централизованно управляемой, так и свободной рыночной экономики, такого же рода сочетание наблюдается и в финансовой системе стран. Это в полной мере относится и к России, переходящей от предельно централизованной к преимущественно рыночной экономике и реформирующей соответствующим образом финансы и финансовую систему.

Конкретные универсальные формы существования и функционирования финансов, осуществления финансовой деятельности проявляются через такие категории, как доходы, расходы, налоги, платежи, отчисления, накопление денежных средств, образование денежных фондов, формирование бюджета и бюджетное финансирование, инвестирование, финансовая поддержка и финансовые льготы, характеризующие самые разные виды движения денежных средств. Взаимосвязь и взаимодействие этих категорий на государственном и межгосударственном уровнях, на уровне Федерации и регионов, разных субъектов хозяйствования, предпринимательской деятельности, юридических и физических лиц выражают суть финансов и финансовых процессов.

В руках государства финансы становятся важным инструментом решения экономических и социальных задач, обеспечения стабильности, предотвращения кризисных ситуаций, способствования экономическому росту, формирования рыночных отношений. В руках хозяйствующих субъектов финансы представляют собой орудие развития производства, предпринимательства, инноваций, обеспечения безубыточной, рентабельной деятельности, выживания в условиях рыночной конкуренции. Однако финансы становятся оружием успеха только при их рациональном, продуманном использовании в рамках единой целеориентированной, программной экономической стратегии, финансовой политики, выработанной и проводимой в жизнь с учетом исторических, природноэкологических, экономических, социально-психологических факторов и условий. В противном случае финансы становятся чрезвычайно опасным, быстро возбудимым, весьма чувствительным очагом катаклизмов, способных породить не только финансовый, но также экономический и политический кризисы.

Финансы, рассматриваемые как экономический фактор, как один из видов средств, используемых в экономике, представляющих ее важнейший ресурсный источник, известны под названием «финансовые ресурсы».

Финансовые ресурсы - это денежные средства, формируемые в результате экономической и финансовой деятельности, в процессе создания и распределения валового внутреннего продукта (ВВП), аккумулируемые государством и субъектами хозяйствования в целях последующего использования для обеспечения экономических процессов. Будучи одним из основных факторов производства, они известны под названием «денежный капитал». Финансовые ресурсы представляют собой источник поддержания и развития производства, удовлетворения социальных потребностей населения, обеспечения функционирования сферы обращения.

В странах с централизованно управляемой экономикой преобладающую долю составляют финансовые ресурсы государства, тогда как в странах с рыночной экономикой значительную часть финансовых ресурсов представляет негосударственный предпринимательский капитал. Вместе с тем и в странах, применяющих рыночную систему хозяйствования, централизуемые государственные финансовые ресурсы могут быть весьма масштабными по объему.

Существуют 3 основных источника финансовых ресурсов:

- вновь созданный за определенный период времени чистый доход;
- использование в качестве источника ресурсов части национального богатства, ранее накопленных средств;
- заимствование, привлечение средств из внешних источников. Каналы расходования финансовых ресурсов более разнообразны. Государственные финансовые ресурсы образуются преимущественным

образом за счет взимания налогов, таможенных сборов, пошлин, специальных платежей, продажи государственного имущества, поступлений от приватизации государственной собственности, средств от продажи золотого запаса страны, выпуска и продажи государственных облигаций и других ценных бумаг, продажи государственных пакетов акций, прибыли от государственной предпринимательской деятельности, получения денежных средств на основе внешнего и внутреннего заимствования, использования резервных и страховых фондов.

Основные направления расходования государственных финансовых ресурсов: финансирование государственных целевых программ, государственные инвестиции, содержание государственного аппарата, оплата государственных заказов, бюджетное финансирование государственных организаций и учреждений, расходы на социальные нужды, расходы на обслуживание внутреннего и внешнего государственного долга, государственные дотации, субсидии, субвенции отдельным регионам, территориальным образованиям, организациям, взносы во всемирные организации, оказание помощи иностранным государствам, затраты на приобретение, выкуп объектов собственности.

В странах с федеративным государственным устройством государственные финансовые ресурсы разделяются на ресурсы Федерации и ресурсы субъектов Федерации; каждый из этих видов ресурсов имеет свои источники поступления и каналы расходования, при этом имеет место и переток между ними.

Отдельную, относительно самостоятельную часть финансовых ресурсов страны образуют местные (муниципальные) ресурсы.

Финансовые ресурсы хозяйствующих субъектов (предприятий, коммерческих организаций) создаются главным образом в результате получения дохода от производственно-предпринимательской деятельности, формирования акционерного капитала, сбора паевых и уставных взносов, продажи и сдачи в аренду собственного имущества, получения заемных средств, финансовой поддержки со стороны государства, привлечения иностранных инвестиций, поступления страховых возмещений, средств от штрафных санкций.

Денежные средства субъектов хозяйствования затрачиваются на содержание и приобретение основных и оборотных средств, оплату труда, выплату долгов, пошлин, сборов, амортизационных отчислений, отчисления в страховые, пенсионные и другие целевые фонды, осуществление расходов социально-культурного и благотворительного характера, плату за пользование природными ресурсами, природоохранные мероприятия, осуществление расходов будущих периодов, возврат долгов и выплату процентов по ним, образование резервов.

Финансовые ресурсы, выделяемые не для текущих расходов, а для строительства новых объектов, модернизации производства, приобретения оборудования, называют капиталовложениями, или инвестициями. Это финансовые ресурсы для будущей экономической деятельности. Вкладывать деньги

и денежные средства можно в производство, бизнес, освоение технических и технологических новшеств, науку, культуру, здравоохранение, образование или, в широком смысле слова, - в человека. Обеспечение финансовыми ресурсами инноваций, т.е. нововведений, принято называть венчурным финансированием. Обычно такое финансирование связано с повышенным риском, но в случае удачи финансовые вложения в научно-технические достижения дают большую отдачу, приносят весомую прибыль.

Любое предоставление финансовых ресурсов экономическим субъектам - отраслям и сферам хозяйства страны, регионам, предприятиям, предпринимателям, населению и его отдельным группам, а также целевое выделение таких средств для осуществления программ или экономических и социальных мероприятий - называется финансированием.

Говоря о финансировании, часто привязывают его к источникам финансовых ресурсов. Так, финансирование из средств бюджетов государства, регионов, муниципалитетов называют бюджетным финансированием. А если предприятие,

организация, предприниматель осуществляют финансирование экономической деятельности из собственных источников, говорят о наличии самофинансирования. В ряде случаев финансирование одной организации, фирмы может осуществляться другой организацией или фирмой, которую называют спонсором. Спонсор не всегда предоставляет денежные средства на безвозмездной, благотворительной основе, он может выделять их и в форме кредита, подлежащего возврату, да еще и с процентами.

Разнообразные и многочисленные финансовые процессы протекают в рамках единой финансовой системы страны.

Финансовая система страны - это совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих частей, звеньев, элементов, принимающих непосредственное участие в финансовой деятельности и способствующих ее осуществлению, представляющих финансовые институты и инструменты, создающие необходимые условия протекания финансовых процессов. Финансовая система страны образует многоуровневую, иерархическую структуру, характеризуемую наличием ряда частей, разрезов, а также видов разных по назначению финансовых ресурсов и источников финансирования. Структура, функции, взаимосвязи элементов финансовой системы разных стран обладают определенным своеобразием и заметным образом зависят от экономического и политического строя государства. В странах с централизованно управляемой экономикой финансовая система в основном огосударствлена и обладает меньшим разнообразием элементов и функций по сравнению со странами с рыночной экономикой, где более высок удельный вес финансов корпораций, функционирующих согласно законам рынка. Интеграция экономик разных стран, развитие международных связей приводят к постепенному формированию мировой финансовой системы, в определенной мере объединяющей входящие в нее страновые системы.

Отдельные элементы финансовой системы - такие, как казна, налоги - возникли еще в древних государствах, но целостные финансовые системы сформировались в последние столетия и продолжают развиваться в отношении как увеличения количества и разнообразия составляющих их элементов, так и качественного содержания выполняемых функций, осуществляемых видов финансовой деятельности (рис. 39).

В финансовой системе страны выделяются несколько уровней, образующих ее структуру по вертикали. Верхнюю ступень занимают государственные



Рис.

39. Общая схема финансовой системы страны

финансы, которые в странах с федеративным устройством, как отмечалось выше, разделяются на федеральные финансы и финансы субъектов Федерации (в России - это

республики в составе Федерации, края, области, в США - штаты). Следующую ступень занимают местные, муниципальные финансы отдельных городов, районов. Еще один уровень образуют финансы хозяйствующих субъектов в разных формах собственности, включая финансы общественных организаций (ассоциации, творческие союзы, благотворительные фонды, партии, добровольные общества, церковь) и специальные финансовые фонды.

Финансы хозяйствующих субъектов, предприятий, организаций правомерно разделить на финансы коммерческих организаций (хозяйственные товарищества и общества, государственные и муниципальные унитарные предприятия, производственные и торговые кооперативы) и финансы некоммерческих организаций (общественные и религиозные организации, благотворительные фонды, потребительские кооперативы и др.).

В структуре финансовой системы выделяется система страхования, в задачи которой входят социальное, личное, медицинское имущественное страхование, страхование предпринимательских рисков, страхование ответственности.

Финансовая система представляет собой также совокупность финансовых институтов в виде организаций, учреждений, осуществляющих и регулирующих финансовую деятельность. Участниками финансовой системы являются Министерство финансов, Казначейство, Центральный банк, Налоговая инспекция, Налоговая полиция, фондовые и валютные биржи, финансово-кредитные учреждения.

Финансовая система оперирует разнообразными финансовыми инструментами, денежными средствами, включающими все виды денежных агрегатов - такие, как наличные деньги (банковские, казначейские билеты), безналичные деньги (деньги на счетах, денежные сертификаты), ценные бумаги в виде акций, облигаций, векселей, опционов, фьючерсов и др.

Элементарными ячейками финансовой системы являются отдельные источники образования и направления расходования денежных средств, налоги, платежи, пошлины, штрафы, денежные санкции.

К видам деятельности, осуществляемым в рамках финансовой системы, относят бюджетирование, финансирование, инвестирование, налогообложение, страхование, финансово-бухгалтерскую деятельность, аудит, финансовое инспектирование.

К финансовой системе непосредственно примыкает и тесно взаимодействует с ней кредитная система, однако в отличие от собственно финансовой системы кредитная оперирует только возвратными денежными средствами. Не принято включать в финансовую систему страны и денежные средства домохозяйств, хотя они образуются из финансовой системы и переливаются в нее.

Финансовая система характеризуется не только своими субъектами, составом и функциями составляющих ее частей, но и движением финансовых ресурсов, потоками денежных средств (финансовыми потоками), связывающими агентов финансовых отношений, реализующими денежные расчеты между ними. Финансовая система страны обладает развитыми внешними связями в виде прямых и обратных финансовых потоков, связывающих страну с правительствами, банками, компаниями других стран, международными финансовыми центрами, фондами.

3.2. ДВИЖЕНИЕ И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ. ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Финансовые ресурсы находятся в непрерывном движении, образуя денежные потоки, циркулирующие между производителями и потребителями товаров, услуг, между всеми участниками экономических процессов. На определенное время денежные средства могут останавливаться в своем движении, образуя денежные накопления, но затем вновь начинают перемещаться, переходя от одних лиц к другим, изменяя свою форму (одна валюта обменивается на другую, деньги превращаются в ценные бумаги, и наоборот). В своем движении денежные средства выполняют основную роль агента обращения, участвуя в оплате труда, купле-продаже товаров и услуг.

Наряду с движением денег как средства платежа от покупателей товаров, услуг, труда к их продавцам наблюдается также распределение денежных средств, не связанное непосредственным образом с обменом. Деньги изымаются в виде налогов, предоставляются в качестве пособий, социальных трансфертов, служат объектом дарения, могут быть получены в виде ссуд, займов. В общем случае распределением финансовых ресурсов принято называть любой переход денежных средств из одних рук в другие, осуществляемый согласно решению обладателей этих средств.

В укрупненном представлении принято выделять следующие группы участников финансовых отношений и распределения денежных средств:

а) государственные, региональные, муниципальные органы, владеющие и распоряжающиеся принадлежащими им денежными ресурсами, распределяющие их, взимающие платежи и налоги, формирующие государственный и местные бюджеты;

б) предприятия, учреждения, организации всех отраслей и сфер экономики и предприниматели, получающие денежные средства от потребителей их продукции или от государства и расходующие их на приобретение факторов производства, уплату налогов и других платежей, на накопление;

в) население, семьи, получающие деньги от государства, предприятий, предпринимателей, от других людей в виде заработной платы, пенсий, стипендий, пособий, родственной и благотворительной помощи, дарений, других доходов и расходующие их на приобретение потребительских товаров, услуг (в том числе на ведение домашнего хозяйства) и сбережения.

В экономике рыночного типа, где факторы производства, потребительские товары и услуги продаются и покупаются за деньги, процесс распределения протекает в виде обмена товаров на деньги, т.е. распределение товаров связано с распределением финансовых ресурсов.

В то же время распределение денежных средств может происходить и вне прямой зависимости от производства и продажи товаров. Взаимные расчеты, платежи, взимание налогов, социальные выплаты также приводят к распределению денег между участниками социально-экономических процессов: государством, регионами, фирмами, предпринимателями, гражданами.

Основной источник финансовых ресурсов страны - ее валовой национальный продукт, произведенный за определенный период времени. Производители продукта создают его, реализуют посредством продажи на рынках товаров и услуг, в результате чего образуются финансовые ресурсы. Вырученные денежные средства, доход распределяются между создателями продукта, обладателями факторов производства, но свою долю в виде налогов и платежей в бюджет получает и государство, которое, в свою очередь, распределяет средства на свои нужды.

Распределение первичных доходов, полученных непосредственно за счет созданного продукта, можно назвать первичным. После первичного распределения происходит вторичное распределение полученных в итоге первичного распределения финансовых ресурсов, перераспределение. Так, работник организации получает свою заработную плату в итоге первичного распределения дохода организации. Но затем тот же работник может распределить полученные им деньги между членами своей семьи или по разным видам расходов. Государство также перераспределяет полученные в бюджет деньги по различным статьям государственных ресурсов, выплачивает пенсии, стипендии, пособия. Понятно, что перераспределение может

быть неоднократным. В результате каждого перераспределения происходит движение денежных средств, финансовые ресурсы меняют своих хозяев.

На пропорции распределения финансовых ресурсов оказывают определенное влияние люди, осуществляющие распределение. В еще большей степени на величину распределяемых средств влияют доходы, цены, заработная плата, налоги. В результате

денежные потоки, направляемые финансовыми органами, людьми, растекаются и стекаются, достигая практически всех клеток экономического организма.

Какие же силы приводят в движение финансовые потоки, порождают финансовые связи и отношения? Все начинается с исходных, первоначальных жизненных потребностей, удовлетворение которых требует производства и воспроизводства экономического продукта.

При всей важности финансовых отношений в экономике они вторичны в том смысле, что их порождают первичные производственные, социальные, политические отношения. Вместе с ними финансовые отношения образуют совокупность экономических отношений. При этом в ряде случаев финансовые отношения выходят на первый план, становятся главным средством управления экономикой. Воздействуя на распределение и обмен продукции, товаров, услуг, финансы тем самым регулируют их потребление и производство.

Исходя из этого сторонники монетаризма считают, что деньгам принадлежит решающая роль в экономике. В известной степени они правы, в рыночной экономике действительно «правят бал» деньги. Но сами денежные процессы находятся под воздействием производства и потребления, потребностей и интересов людей. Так что люди, события, экономика управляют деньгами не в меньшей мере, чем сами деньги как инструмент управления.

Рассмотрим теперь движение и распределение денежных средств в привязке к финансированию организаций здравоохранения.

Принципиальная схема каналов финансирования организаций здравоохранения разных форм собственности воспроизведена на рис. 40.



Рис. 40. Схема каналов финансирования организаций здравоохранения разных форм собственности

На схеме изображены внешние источники поступления денежных средств в организации здравоохранения по разным каналам в виде оплаты оказываемых услуг, разных видов финансовой помощи, субсидий, кредитов. Это текущие, периодические поступления денег или других видов денежных средств на счета медицинских организаций, которые служат основными источниками пополнения финансовых ресурсов. В то же время организации здравоохранения способны иметь накопленные собственные денежные средства в виде денег на счетах в банках и в кассе, ценных бумаг (акций, облигаций, векселей, приобретенных на финансовых рынках, и самостоятельно выпущенных ценных

бумаг), а также средств, находящихся в обороте. К собственным финансовым ресурсам правомерно относить и так называемые ликвидные средства в виде имущественных ценностей, которые могут быть легко обращены в деньги путем продажи.

ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ И ТОВАРЫ

Сущность, роль и функции цен

При возникновении необходимости что-либо купить или продать приходится сталкиваться с таким фундаментальным экономическим понятием, как цена. С ценами связано представление о дорогих и дешевых товарах, доступных и недоступных услугах. Цена - это форма выражения ценности благ, проявляющаяся в процессе их обмена. Но такого простейшего представления о ценах недостаточно для проникновения в исключительно тонкие и сложные вопросы формирования и изменения цен на большое многообразие товаров и услуг. В экономике страны действуют одновременно великое множество цен, величина которых в течение короткого периода

меняется, известны многие разновидности цен, зависящие от характера, объема, времени продаж. Наряду с ценами на товары существуют цена труда в виде заработной платы, тарифы на услуги, валютный курс, цены на интеллектуальный продукт, информацию, банковская процентная ставка, цена организации, земли, имущества, арендная плата и ряд других цен. Фактически любой платеж связан с ценой, на основании которой устанавливается величина этого платежа.

Цены представляют собой гибкий и в то же время мощный рычаг управления экономикой, но и сами цены поддаются управлению. В централизованной экономике цены используются как внешний инструмент воздействия на производство, обмен, потребление со стороны правительства. В рыночной экономике цены, порождаемые рынком, спросом и предложением товаров, способствуют саморегулированию экономических процессов и формируются в результате такой саморегуляции.

Изучая цены, приходится концентрировать внимание не только на их величине и области применения, но и на том, как устанавливаются цены и каким образом изменяются. Способы, правила формирования цен называют ценообразованием.

Главным фактором цены является труд. Понятно, что цена есть денежное выражение стоимости товара. Но уже в этом простейшем высказывании скрываются, по сути, два определения. С одной стороны, цена - это денежная сумма, которую покупатель согласен заплатить за товарную единицу, т.е. цена покупателя, точнее, цена в видении покупателя. С другой стороны, цена есть количество денег, за которое продавец согласен продать ту же единицу товара, т.е. цена продавца, точнее, цена в видении продавца.

Купля-продажа товара происходит только в том случае, если цена покупателя совпадает с ценой продавца, что часто связано с необходимостью торга между ними. С этой точки зрения, цена товара есть результат согласования цены продавца и цены покупателя.

Цена, как и деньги, - историческая категория, возникшая в процессе обмена. Уже в ходе простейшего натурального обмена использовались цены как товарные пропорции. Такая цена, представленная количеством единиц другого товара, обмениваемых на единицу данного, еще не универсальна и выражена для каждой из обменивающихся сторон в разных единицах.

С появлением товарных, а затем металлических и бумажных денег стало возможным выражать цену в одних и тех же единицах товарного эквивалента, используемого в качестве средства платежа. При переходе к денежной оплате и продавец, и покупатель видят в цене товара количество денежных единиц, которое можно получить или приходится платить за единицу товара.

Денежная цена, казалось бы, расставляет все по своим местам. Но возникает новая, на этот раз, видимо, вечная проблема: «Сколько же денежных единиц того или иного вида следует платить за единицу того или иного товара?» Короче говоря, пришлось задуматься о способе определения цены. И само понятие цены как пропорции обмена попало под сильное влияние методов ее установления, называемых механизмом ценообразования.

О ценах начали говорить и писать не столько с позиций их сути и назначения, сколько с точки зрения способов определения. Появляются разные виды цен в зависимости от того, как они формируются. На вопрос о том,

что же есть цена как экономическая категория, экономисты стали отвечать: «Цена определяется тем, как она возникает».

В экономической науке и практике сформировались два основных подхода к установлению цен: рыночный и затратный (производственный). Эти подходы отличаются прежде всего факторами, воздействующими на формирование цены. В условиях рыночного способа ценообразования определяющий фактор - конъюнктура рынка, спрос и предложение товара. Рыночный способ соответствует формированию цен на свободном рынке купли-продажи, где цена устанавливается самим рынком, процессом торга между продавцами и покупателями. При затратном подходе в основу установления цены товара кладутся денежные затраты, связанные с производством и продажей товара. Затратный подход позволяет рассчитать, вычислить цену еще до продажи товара.

Применительно к рыночному ценообразованию приемлемо следующее определение: «Цена - это форма выражения ценности благ, проявляющаяся в процессе их обмена». В такой формулировке выделяются два основных акцента. Во-первых, подчеркивается непосредственная связь цены товара с ценностью, которой он обладает как объект потребления. Во-вторых, согласно такой трактовке, цена товара проявляется как экономическая сущность только в условиях его обмена на деньги или другой товар. Так что вне рынка, купли-продажи о цене говорить не приходится, цены способен установить только рынок.

Иные позиции в отношении сути цены свойственны производственному, затратному подходу. Для такого подхода типична следующая формулировка: «Цена есть денежное выражение стоимости товара». В данном определении центр тяжести перенесен на, казалось бы, простое, но в действительности сложное понятие «стоимость». Обратим внимание на тот важный факт, что используемое в экономической теории понятие «стоимость» отличается по смыслу от обыденного восприятия стоимости как денежной цены покупки. Иначе определение цены звучало бы, как: «Цена есть денежное выражение цены», т.е. стало бы тавтологией. В теории стоимость понимается гораздо шире, как ценность вещи, зависящая от ее качества, свойств, затрат на ее создание. В политической экономии принято различать потребительную стоимость, отражающую ценность, полезность товара для потребителя, и меновую стоимость в виде количества денег, на которое обменивается товар при его продаже.

Согласно трудовой теории стоимости, берущей корни в трудах А. Смита и Д. Рикардо (английский экономист, представитель классической школы политэкономии) и развитой затем К. Марксом, стоимость определяется затратами труда на производство товара, т.е. имеет трудовую природу. Чтобы обойти многочисленные трудности количественного измерения стоимости в ее трудовом восприятии, Маркс вынужден был ввести понятие «общественно необходимые затраты труда» как количественное выражение стоимости, но и при этом трудовая стоимость продолжала оставаться теоретической категорией.

Практически связь между стоимостью и ценой сторонники трудовой теории воплотили посредством применения затратного принципа. Согласно этому принципу величина цены определяется посредством суммирования всех факторов, затраченных на производство единицы товара, в их денежном выражении, измерении. Суммарные денежные затраты именуют совокупными издержками производства или себестоимостью. Прибавление к издержкам определенной величины прибыли приводит к установлению искомой цены.

Подобный способ определения цены ограничен вследствие его применимости только к продуктам труда. На основании такого подхода не представляется возможным устанавливать цены предметов, вещей, не являющихся результатом человеческого труда, скажем, земли, природных богатств. В рамках производственного подхода считается, что

земля, природные богатства не обладают трудовой, меновой стоимостью, а следовательно, и ценой. В этом отношении рыночный подход более универсален и конструктивен. Но и в условиях рыночного подхода цена продавца отражает затраты на производство и продажу товара, а цена покупателя - его представление о ценности товара.

Цены имеют множество назначений, выполняют ряд функций, характеризующих их роль в экономике. Первичной функцией цены следует считать измерительную. Посредством цены реализуется измерительная функция денег. Благодаря цене удается измерить количество денег, которое покупатель должен уплатить, а продавец получить за товар. На основе цены рабочей силы, труда измеряется, например, заработная плата. По цене товара устанавливается денежная стоимость покупки.

К измерительной функции цены близка соизмерительная, заключающаяся в сопоставлении ценностей разных товаров. Сравнивая цены, мы получаем возможность различать более и менее дорогие товары. Если цена отражает качество, то благодаря ей удастся различать лучшие и худшие товары, редкие и распространенные блага.

Благодаря измерительной функции цена выполняет функцию учета.

Наряду с учетом, цена как измеритель может быть одним из важных инструментов анализа, прогнозирования, планирования, в которых используются показатели в денежном выражении.

Из перечисленных функций цен вытекает возможность их использования в качестве инструмента регулирования экономических процессов производства, обмена, потребления товаров и услуг. В рыночной экономике цены представляют собой основной инструмент уравнивания спроса и предложения, увязывающий реакцию потребителя (покупателя) с денежным запросом производителя или продавца.

При государственном воздействии на цены они могут выполнять распределительную функцию, что в полной мере используется в централизованно управляемой экономике, а частично, и в рыночной. Повышая цены, скажем, посредством введения налогов или снижения их путем доплат (дотаций), государство может перераспределять доходы и прибыль регионов, отраслей, организаций, социальных групп, семей, людей.

Цена выполняет очень важную социальную функцию. С ценами и их изменением связаны структура и объем потребления благ и услуг, расходы, уровень жизни, прожиточный минимум, потребительский бюджет семьи. Социальная реакция людей на уровень цен и его изменение чувствительна и высока.

Наряду с внутренними функциями, реализуемыми в пределах хозяйства страны, цены выполняют внешнеэкономические функции, выступая в роли инструмента торговых сделок, внешних платежей, взаимных расчетов между странами.

Как в нерыночной, так и в рыночной экономике цены выполняют стимулирующую функцию, влияя на заинтересованность производителей в повышении объемов производства и качества продукции во имя увеличения суммы, вырученной от продаж.

В рыночной экономике цены играют в основном роль рыночных регуляторов. Насилие над ценами ни к чему хорошему не приводит. Цена есть объективная категория, ее величина обусловлена действием законов спроса, предложения и денежного обращения. Нарушение экономических законов, установление в административном порядке желаемых низких цен побуждает экономику реагировать на подобные действия дефицитом, инфляцией, спекуляцией, социальной несправедливостью, а в особо острых случаях установление государственных цен порождает распределение товаров между покупателями, а то и вовсе талонно-карточную систему продажи товаров.

Тем не менее и в условиях рыночной экономики не удастся избежать регулирующего воздействия государства на цены, приходится использовать ценовой механизм, включающий элементы государственного вмешательства в процесс ценообразования.

Виды цен, используемых в здравоохранении

Существует значительное разнообразие видов цен, различающихся рядом признаков и областью применения.

Оптовые цены применяются при продаже товаров и услуг крупными партиями в торгово-сбыточных операциях между организациями, а также при реализации продукции через специализированные магазины и сбытовые конторы оптовой торговли, на товарных биржах и в любых других торговых организациях, продающих товары оптом, в значительном количестве. Чаще всего необходимость в оптовой продаже возникает, когда производство продукции, товаров, услуг локализовано в ограниченном количестве пунктов, а сфера потребления имеет обширный радиус, распространяется на множество покупателей. В здравоохранении оптовые цены используются при закупке товаров медицинскими организациями крупными партиями, а также при достаточно массовой реализации лечебными и фармацевтическими организациями лекарственных средств и платных услуг, предоставляемых крупным коллективам, группам клиентов.

Розничные цены используются при продаже товаров, работ, услуг в так называемой розничной торговой сети, т.е. в условиях продажи индивидуальным покупателям, при относительно небольшом объеме каждой продажи. По розничным ценам реализуют товары населению (конечному потребителю) и в меньшей мере - организациям, предпринимателям. Розничная цена обычно выше оптовой на величину торговой надбавки, за счет которой компенсируются дополнительные расходы, связанные с индивидуальной продажей, и создается прибыль организаций и учреждений, осуществляющих розничную торговлю.

В здравоохранении продажа товаров по розничным ценам наиболее типична при реализации лекарственных препаратов и разнообразных средств лечения гражданам, населению. В розницу продаются платные стоматологические услуги. По мере распространения оказываемых населению платных медицинских услуг самого широкого профиля, что сопровождается вы-

делением отдельных видов процедур как объекта оплаты, все более входят в обиход розничные цены на медицинские услуги, именуемые тарифами.

В российской экономической практике понятие «тариф» получило широкое распространение в значении «цена услуги», применительно к коммунальным услугам, а затем и к медицинским. Характерно, что в зарубежной практике под тарифами (*tariff*) обычно понимают ставки таможенных сборов за перемещение товара через границу. Тарифными ставками, как упоминалось выше, именуется также установленные уровни оплаты труда разных категорий медицинских работников, являющиеся по смыслу ценой труда. Во многих случаях тарифы ассоциируются с прейскурантными ценами или расценками.

В экономике российского здравоохранения в связи с переходом к системе оплаты услуг медицинских организаций из средств ОМС под тарифами стали понимать тарифы на медицинские услуги, предоставляемые в системе ОМС. Согласно определению, приводимому Федеральным фондом ОМС, «тариф - это регулируемая цена, определяющая состав и уровень компенсации расходов на медицинские услуги для реализации федеральной и территориальных программ ОМС».

Требования к формированию тарифов изложены в методических документах Федерального фонда ОМС.

Характер тарифа определяется выбранным способом оплаты страховой медицинской организацией (фондом) медицинской помощи, осуществляемой ЛПУ. Применяются следующие виды тарифов на услуги медицинской помощи:

- тариф на подушевой норматив;
- тариф на полную стоимость поликлинического посещения;
- тариф на медицинскую услугу;
- тариф на законченный случай поликлинического обслуживания;
- тариф на полную стоимость койко-дня;
- тариф на стоимость койко-дня в профильном отделении;
- тариф на локальную медицинскую услугу;
- тариф на законченный случай стационарного обслуживания. Принято считать, что тарифы должны быть едиными для однотипных

Предпринимательство в медицинской деятельности

Сущность и функции предпринимательства в здравоохранении. Индивидуальная предпринимательская деятельность. Малое предпринимательство в медицине. Планирование предпринимательской деятельности. Бизнес-планы. Оценка рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в предпринимательской деятельности медицинской организации, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании.

Согласно Гражданскому кодексу РФ предпринимательской является самостоятельная, осуществляемая на свой риск деятельность, направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законом порядке. Предприниматель представляет собой своего рода сочетание менеджера и собственника. Менеджер состоит в трудовых отношениях с работодателем и выполняет его указания, распоряжение (при наличии известных ограничений) имуществом, принадлежащим работодателю, рискует этим имуществом в интересах собственника и получает за свой труд установленное договором вознаграждение, заработную плату. Деятельность предпринимателя отличается от деятельности менеджера значительно большей самостоятельностью, так как предприниматель - **собственник своего дела**, работодатель и работник в одном лице. Преследуя извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности и источника вознаграждения, предприниматель несет сопутствующий этому риск убытков и ответственность, возлагаемую и установленную законами и принятыми им обязательствами. Но зато вся чистая прибыль, полученная предпринимателем, остается в его распоряжении, поэтому в целом предприниматель - **хозяин дела**.

С нашей точки зрения, определение предпринимательской деятельности (бизнеса), повсеместно используемое в научной литературе, применительно к медико-производственному предпринимательству нуждается в уточнении и дополнении. **Предпринимательством в здравоохранении** следует считать деятельность организаций и частных лиц, направленную на укрепление и улучшение состояния здоровья граждан, позволяющую возместить затраты на осуществление этой деятельности и периодически получать прибыль за счет потребителей медицинских услуг или финансирующих их лечение лиц и организаций.

Причиной распространения медико-производственного предпринимательства в России является не «погоня за прибылью» со стороны врачей, а неспособность государства удовлетворить потребности людей в лечении в силу как недостаточности ресурсов, так и неспособности эффективно организовать процессы здравоохранения. Что же касается взимания врачами «прибыли» с больных, то такое наблюдалось и в советской государственной медицине, наблюдается и в нынешней, постсоветской, только оно имеет мало общего с предпринимательством, да и именуется по-иному.

Однако необходимо учитывать, что в любой деятельности кто-то должен возмещать, компенсировать, принимать на себя издержки, расходы, связанные с этой деятельностью, иначе ее просто нельзя осуществить. Если расходы не могут принять на себя государство и общество, их вынужден нести потребитель медико-фармацевтических услуг или другие заинтересованные лица. Необходимость образования прибыли в медико-производственном предпринимательстве связана в основном не с желанием предпринимателей получать «прибавочный продукт», а с необходимостью затрат на развитие деятельности. Обычно цены, тарифы на предпринимательские услуги в здравоохранении формируются не на основе критерия прибыльности, а исходя из социальной доступности. Довольно часто человек, занимающийся предпринимательской медицинской деятельностью, получая прибыль за счет предоставления услуг состоятельным клиентам, снижает цены другим клиентам, что может приводить к потере прибыли, если не компенсируется ростом объема оказываемых услуг.

Материальная основа любой предпринимательской деятельности - производственные ресурсы (природные, трудовые и средства производства). Будучи вовлеченными в предпринимательство, они становятся его факторами. Помимо них к основным факторам предпринимательства относятся научные и информационные ресурсы. Конечным продуктом предпринимательской деятельности в здравоохранении может быть как товар (т.е. вещь, предназначенная для продажи, - медико-производственное оборудование, инструменты, лекарства), так и услуга (консультационная, лечебнодиагностическая, страховая).



Рис. Общая схема медицинского предпринимательства

На рис. 53 приведена общая схема медицпредпринимательства. Участвуя в общественном разделении труда, предприниматель за собственные или привлеченные денежные средства (D_{ϕ}) приобретает необходимые ему для осуществления конкретных предпринимательских операций факторы медико-производственного предпринимательства (Φ) и преобразуют их в продукты, товары (T), нужные потребителям, а затем продает им эти продукты, получая определенную денежную выручку (D_t), которая, естественно, должна превышать суммарные затраты (D_{ϕ}) предпринимателя на осуществление им предпринимательской деятельности (если не по каждой операции, то хотя бы в пределах обозримого временного интервала - срока окупаемости предпринимательского проекта).

Предпринимательство в сфере здравоохранения - это не только чисто **производственное предпринимательство** (ориентированное на оказание медицинских и сервисных услуг, изготовление лекарственных средств, медико-производственного оборудования, инструментов), но и торговое, финансовое, страховое и посредническое предпринимательство.

Торговое предпринимательство в сфере здравоохранения - это купля-продажа товаров медицинского назначения. Для понимания сути торгового предпринимательства особое внимание следует обратить прежде всего на то, что продуктом предпринимательской деятельности здесь является не тот или иной товар (как может показаться на первый взгляд), а услуга, которую продавец оказывает покупателю, помогая ему приобрести этот товар, тогда как сам продаваемый товар будет в этом случае главным фактором предпринимательства.

При осуществлении любой торговой операции неизбежны разного рода расходы: на поиск и покупку товаров нужного вида и типа (у их производителя или у другого продавца), доставку товаров в торговую точку или непосредственно покупателю, обеспечение сохранности товаров в период их транспортировки и хранения, продажу товаров (включая оплату услуг возможных посредников), а в ряде случаев и на послепродажное (гарантийное) обслуживание покупателей. Все расходы, а вместе с ними и предпринимательская прибыль учитываются в торговой наценке к стоимости продаваемого товара и в конечном счете оплачиваются покупателем.

Финансовое предпринимательство, которое в силу его особой значимости для рыночной экономики обычно выделяют в самостоятельный вид, является, по сути, всего лишь одним из видов торгового предпринимательства, только объектом купли-продажи здесь выступает конкретный специфический товар - денежные средства (в любом их виде, включая российскую валюту, иностранную валюту и ценные бумаги). К наиболее известным разновидностям предпринимательства в финансовой сфере относится вложение средств или предоставление кредитов для осуществления предпринимательской деятельности. Предприниматель (например, банк или другое финансово-кредитное учреждение, занимающееся предпринимательством в здравоохранении) вкладывает свои денежные

средства в те или иные объекты и виды медико-фармацевтической деятельности с целью последующего получения доли прибыли. Предприниматели-кредиторы предоставляют денежные средства в долг приобретателям кредитов (хозяйствующим субъектам рынка медицинских услуг и товаров медицинского назначения) под определенный кредитный процент, из которого образуется предпринимательская прибыль.

Страховое предпринимательство - это продажа особой услуги - страховой защиты. Заключая договор страхования, предприниматель-страховщик обязуется при определенных условиях, зафиксированных в договоре страхования, полностью или частично компенсировать застрахованному лицу потери, которые тот может понести в течение срока действия договора. За это страховщик взимает со страхователя определенную страховую плату.

Наиболее распространенными являются следующие виды страхования:

- жизни;
- здоровья (медицинское страхование);
- имущества;
- риска и ответственности.

Отметим, что собственно предпринимательским является частное страхование, тогда как государственное страхование выполняет прежде всего социальную функцию и не связано непосредственно с получением прибыли.

Субъекты медико-производственного предпринимательства заинтересованы в совершенствовании и развитии системы страхования здоровья как важнейшего источника финансирования здравоохранения, страхования имущества, используемого в медико-производственной деятельности

(с точки зрения сохранения и укрепления материально-технической базы МПК), страхования профессионального риска и ответственности (как средства социальной защиты врачей и других работников медико-социального комплекса).

Основу экономического механизма страхования составляет теория вероятности. Регулярно собирая страховые взносы с клиентов, страховщик периодически, по мере наступления событий, предусмотренных договорами страхования, выплачивает соответствующие компенсации всем пострадавшим застрахованным лицам. Решающую роль здесь играют статистические данные и закон больших чисел, с увеличением числа объединяемых рисков размеры страховых взносов страхователей становятся более устойчивыми и определенными. С ростом вероятности наступления страховых событий страховые взносы возрастают.

Наиболее крупные риски между двумя страховыми организациями и более перераспределяются посредством **перестрахования** и **сострахования**.

Основу **посреднического предпринимательства** составляют купля-продажа коммерческой информации и оказание иных услуг, способствующих осуществлению всех видов предпринимательской деятельности в сфере здравоохранения. Посредниками являются маклеры и дилеры, а инструментом служат рекламные и другие маркетинговые услуги. Главный фактор посреднического предпринимательства - **информация**, причем самая разнообразная. Как показывает практика, даже, к примеру, при проведении простейших торгово-посреднических операций на рынке лекарственных средств, медицинского оборудования, помимо обычных сведений о том, что, где и сколько стоит, а также о том, кому и за сколько это можно продать, посреднику может пригодиться знание специфических особенностей и условий купли-продажи конкретных видов товаров. За такие сведения он желает получить денежное вознаграждение от продавца, а возможно, и от покупателя.

Успешная посредническая деятельность невозможна без умения вести деловые переговоры, искать и находить приемлемое для всех сочетание интересов (порой, как известно, противоречивых). Хороший посредник обычно легко ориентируется в вопросах права. Капиталом особого рода считается деловая репутация посредника.

С развитием рыночных отношений в здравоохранении возрастает потребность в **интеллектуальном посредничестве**. Особенно велика роль посредников в подготовке и реализации крупномасштабных инвестиционных проектов, в том числе международных. Сами участники этих проектов в силу разных причин, обусловленных как конкуренцией, так и законодательными ограничениями, не могут (или не хотят) проявлять связанную с ними активность и возлагают эту обязанность за определенную плату на квалифицированных посредников.

В условиях рыночной экономики медицинское предпринимательство выполняет следующие основные функции:

- **общеэкономическую**, проявляющуюся в участии хозяйствующих субъектов рынка медицинских услуг и товаров медицинского назначения в общественном разделении труда и обеспечении потребностей в товарах и услугах медицинского назначения;
- **ресурсную**, направленную на эффективное использование в медицинской деятельности как воспроизводимых, так и невозпроизводимых ресурсов;
- **инновационную**, обусловленную потребностью в непрерывном техникотехнологическом развитии медицинских организаций, в том числе за счет средств предпринимателей;
- **социальную**, проявляющуюся в направленности деятельности коммерческих организаций здравоохранения на сохранение и укрепление физического и психического здоровья граждан;
- **организаторскую**, заключающуюся в принятии бизнесменами, собственниками имущества, используемого в медико-производственных целях, самостоятельных эффективных решений в области организации и диверсификации собственного дела.

В известном смысле медицинскому предпринимательству свойственна также и **политическая функция**. Активными выразителями политической воли предпринимателей, действующих на рынке медицинских услуг и товаров медицинского назначения, могут быть, в частности, профессиональные ассоциации врачей и фармацевтов.

Как социально-экономическое явление предпринимательство комплексно отражает систему отношений, возникающих в процессе производства и реализации медицинских услуг и товаров медицинского назначения между всеми участниками лечебно-оздоровительных процессов. Основные классификационные признаки медико-производственного предпринимательства - форма собственности на имущество, используемое в предпринимательской деятельности, вид продукта предпринимательской деятельности, регион предпринимательства, численность работников и объем деятельности, научнотехнический уровень и качество работы, темпы роста и прибыльность.

В зависимости от формы собственности различают **государственное** (оказание медицинских услуг государственными учреждениями на коммерческой основе), **частное** и **смешанное предпринимательство**.

Предпринимательская деятельность в здравоохранении имеет такую особенность, что ее продуктом может быть как товар (любое изделие медицинского назначения - искусственная почка, набор хирургических инструментов, лекарство), так и услуга (диагностическая, лечебно-профилактическая, консультационная).

На начальной стадии формирования рыночных отношений в российском здравоохранении широкое распространение получили **теневое предпринимательство** (без регистрации либо без лицензии или с нарушением условий лицензирования), **лжепредпринимательство** (создание коммерческих организаций не в целях осуществления подлинно предпринимательской деятельности, а для получения кредитов, освобождения от налогов, извлечения иной имущественной выгоды или даже использования в качестве прикрытия запрещенной деятельности) и **скрытое, частично фиксируемое предпринимательство** (осуществляемое с нарушением правил ведения бухгалтерского учета и отчетности).

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ В
ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

Направление подготовки: **38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)**

Пятигорск, 2020

РАЗРАБОТЧИКИ:

Доцент кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации, канд. экон. наук, доцент Сергеева Е.А.

РЕЦЕНЗЕНТ:

д-р экон. наук, доцент, заведующая кафедрой экономики, менеджмента и государственного управления Института сервиса, туризма и дизайна (филиал) ФГАОУ ВО «Северо-Кавказский федеральный университет» в г. Пятигорске Штапова Ирина Сергеевна.

В рамках дисциплины формируются следующие компетенции, подлежащие оценке настоящим ФОС:

- Умение применять основные методы финансового менеджмента для оценки активов, управления оборотным капиталом, принятия инвестиционных решений, решений по финансированию, формированию дивидендной политики и структуры капитала, в том числе, при принятии решений, связанных с операциями на мировых рынках в условиях глобализации (ПК-4).

- Умение проводить анализ рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании (ПК-15).

- Владение навыками оценки инвестиционных проектов, финансового планирования и прогнозирования с учетом роли финансовых рынков и институтов (ПК-16).

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Раздел № 1 Экономика и управление системой здравоохранения

№	Вопросы для текущего контроля успеваемости студента	Проверяемые компетенции
	Тема 1. Системное содержание управления здравоохранением. Характеристика и свойства системы здравоохранения	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
1.	Назовите основные направления развития системного подхода в охране здоровья.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
2.	Что входит в понятие теории формирования здоровья человека?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
3.	Что включает в себя функционально-структурный подход к изучению здоровья человека?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
4.	Перечислите основные составляющие алгоритма функционально-структурного подхода к изучению здоровья человека.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
5.	Укажите основные составляющие определения «общественное здоровье».	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
6.	Перечислите условия, присущие системе здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
7.	Назовите основные признаки подотраслей системы здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
8.	В чем заключаются особенности функционирования системы здравоохранения?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
9.	Назовите характерные признаки функционирования системы здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;

10.	Что представляет собой организационная структура системы здравоохранения?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
11.	Назовите основные характеристики организационной структуры системы здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
12.	Дайте краткую характеристику современной концепции здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
13.	Перечислите задачи, поставленные ВОЗ в основу деятельности систем здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
14.	Назовите основную задачу современного здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
15.	Кратко охарактеризуйте структуру комплексной программы деятельности системы здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
16.	Назовите цель и задачи деятельности системы здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
17.	Перечислите народно-хозяйственные системы, ответственные за охрану здоровья населения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
18.	В чем заключается закономерность функциональной иерархии системы?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
19.	Что такое признак целостности системы здравоохранения?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
20.	Охарактеризуйте структуру подсистем системы здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
21.	Назовите элементы функционирующей системы здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
	Тема 2. Организация и управление охраной здоровья	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
1.	Охарактеризуйте основные положения государственной политики в области здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
2.	Что включает в себя государственная стратегия в области охраны здоровья населения?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
3.	Назовите наиболее вероятные угрозы безопасности России в области здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
4.	Перечислите факторы, обеспечивающие решение проблем безопасности России в области здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
5.	Укажите основные направления выработки государственной политики в области охраны здоровья населения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
6.	Назовите основные задачи развития российского здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
7.	Перечислите основные составляющие интегральной оценки качества медицинской помощи.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
8.	Назовите критерии оценки эффективности деятельности системы здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
9.	Перечислите основные вопросы решения проблем обеспечения качества медицинской помощи и структурных преобразований в здравоохранении.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
10.	Перечислите методы регулирования функционирования здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
11.	В чем заключается сущность государственного регулирования в здравоохранении?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;

12.	Охарактеризуйте основные виды государственных программ в сфере здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
13.	Дайте определение понятия «управление».	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
14.	Перечислите основные виды управления.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
15.	Охарактеризуйте понятие «самоуправление».	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
16.	Дайте характеристику организации управления.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
17.	Укажите виды управленческих отношений.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
18.	Охарактеризуйте понятие «лидерство».	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
19.	Перечислите и охарактеризуйте методологические подходы к управлению.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
20.	Дайте краткую характеристику методов оптимизации управленческих решений.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
21.	Дайте краткую характеристику методов принятия управленческих решений.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
22.	Дайте определение понятия «результативность управления».	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
	Тема 3. Основные хозяйствующие субъекты в системе здравоохранения	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
1.	Дайте определение понятий «субъект управления» и «объект управления».	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
2.	Дайте краткую характеристику юридического лица.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
3.	Охарактеризуйте понятие «индивидуальная предпринимательская деятельность».	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
4.	Дайте характеристику субъектов и объектов собственности.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
5.	Дайте определение понятий: «право владения», «право пользования», «право распоряжения», «право общей собственности», «право долевой собственности».	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
6.	Охарактеризуйте сущность доверительного управления имуществом.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
7.	Дайте краткую характеристику государственных и муниципальных организаций.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
8.	Дайте краткую характеристику негосударственных организаций.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
9.	Назовите основные принципы негосударственного сектора здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
10.	Дайте краткую характеристику иностранной, смешанной и совместной организаций.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
11.	Что такое коммерческая организация?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
12.	Назовите основные признаки коммерческой организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
13.	Дайте краткую характеристику хозяйственного товарищества.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;

14.	Кратко охарактеризуйте производственные кооперативы и унитарные предприятия.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
15.	Кратко охарактеризуйте хозяйственные общества.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
16.	Что такое некоммерческая организация?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
17.	Назовите основные признаки некоммерческой организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
18.	Назовите формы некоммерческих организаций.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
19.	Дайте краткую характеристику форм некоммерческих организаций: фонд, учреждение, некоммерческое партнерство, автономная некоммерческая организация, объединение юридических лиц, потребительский кооператив, благотворительная организация.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
20.	Каковы источники финансирования некоммерческих организаций?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
21.	Дайте краткую характеристику ассигнований из государственного бюджета.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
22.	Кратко охарактеризуйте виды расходов некоммерческой организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
23.	Перечислите субъекты государственной системы здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
24.	Перечислите субъекты муниципального здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
25.	Кратко охарактеризуйте государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
26.	Назовите типы организационно-правовой формы учреждения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
27.	Кратко охарактеризуйте основные проблемы функционирования государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
28.	Перечислите организации, выступающие как поставщики рынка медицинских услуг.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
29.	Дайте краткую характеристику сильных и слабых сторон негосударственного сектора здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
30.	Перечислите основные проблемы эффективного расходования средств государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
31.	Кратко охарактеризуйте направления по изменению организационно-правового статуса учреждений здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
32.	Дайте краткую характеристику различий между бюджетным и автономным учреждением.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
33.	Перечислите основные мероприятия, необходимые для создания условий деятельности автономного учреждения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
34.	Перечислите особенности деятельности учреждения здравоохранения, необходимые для учета при переходе на другую организационно-правовую форму.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
	Тема 4. Экономические ресурсы в здравоохранении	ПК-4; ПК-15; ПК-16;

1.	Дайте определение понятий «материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения».	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
2.	Дайте краткую характеристику экономических ресурсов в здравоохранении.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
3.	Охарактеризуйте сущность проблемы ограниченности экономических ресурсов.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
4.	Дайте краткую характеристику понятию «цена экономического выбора».	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
5.	Назовите основные принципы оценки эффективности использования экономических ресурсов в здравоохранении.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
6.	Что такое финансовый менеджмент и каково его применение в организации здравоохранения?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
7.	Назовите основные методы финансового менеджмента для принятия управленческих решений .	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
8.	Что такое индикаторы социально-экономической эффективности здравоохранения?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
9.	Кратко охарактеризуйте индикаторы социально-экономической эффективности здравоохранения, как отрасли социального сектора экономики.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
	Тема 5. Рынок медицинских товаров и услуг	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
1.	В чем заключены сущность и природа конкуренции?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
2.	Охарактеризуйте основные виды конкуренции.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
3.	Кто выступает в роли конкурентов на рынках медицинских товаров и	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
4.	услуг?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
5.	Что такое конкурентное преимущество и чем оно обеспечивается?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
6.	Назовите основные виды конкурентных стратегий на рынке медицинских товаров и услуг, охарактеризуйте их.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
7.	Что означает понятие «конкурентоспособность товара»? Какие параметры характеризуют конкурентоспособность товаров и услуг медицинского назначения?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
8.	Посредством каких методов и показателей оценивается конкурентоспособность медицинских товаров и услуг?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;

Раздел № 2 Экономика и управление организацией здравоохранения

№	Вопросы для текущего контроля успеваемости студента	Проверяемые компетенции
	Тема 6. Управление организациями здравоохранения	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
1.	Перечислите факторы, определяющие миссию медицинской организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
2.	Назовите структуру содержания миссии.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;

3.	Укажите цели деятельности организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
4.	Дайте определения достижимости конкретности и стабильности целей.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
5.	Назовите критерии целей.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
6.	Дайте краткую характеристику этапов выработки целей организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
7.	Дайте определение понятия «медицинская организация».	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
8.	Перечислите основные принципы построения организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
9.	Назовите основные элементы потенциала организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
10.	Охарактеризуйте понятие «группа сотрудников» организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
11.	Перечислите структурные характеристики группы организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
12.	Перечислите подсистемы организации или совокупности ее элементов.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
13.	Дайте краткую характеристику внутренней среды организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
14.	Перечислите ресурсы организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
15.	Дайте характеристику организационной структуры организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
16.	Перечислите факторы, влияющие на организационную структуру организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
17.	Дайте краткую характеристику принципов построения организационных структур.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
18.	Назовите этапы проектирования организационных структур.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
19.	Перечислите типичные проблемы структурирования организаций.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
20.	Дайте краткую характеристику линейной структуры управления.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
21.	Дайте характеристику трехмерного представления структуры деятельности по охране здоровья.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
22.	Дайте определение понятий «род деятельности», «сфера деятельности», «элемент деятельности».	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
23.	Назовите основные части деятельности по охране здоровья.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
24.	Охарактеризуйте родовую структуру элементов деятельности по охране здоровья.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
25.	Дайте характеристику сферной структуры элементов деятельности по охране здоровья.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
26.	Охарактеризуйте общую структуру элементов деятельности по охране здоровья.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
27.	Дайте краткую характеристику элементов структуры: «кадры», «средства», «предмет».	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
28.	Дайте определение инфраструктуры.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;

	Тема 7. Организация здравоохранения как субъект экономических отношений	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
1.	Назовите основные признаки собственности в здравоохранении.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
2.	Укажите организационно-правовые формы деятельности в здравоохранении.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
3.	Дайте определения типам учреждений здравоохранения	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
4.	Дайте краткую характеристику дополнительных источников финансирования медицинских организаций.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
5.	Перечислите экономические ресурсы организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
6.	Назовите основные субъекты экономических отношений организации здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
	Тема 8. Экономические ресурсы и экономические отношения в организации здравоохранения	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
1.	Назовите основные признаки труда, трудовой деятельности.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
2.	Какую роль в экономике здравоохранения играют орудия труда и предметы труда?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
3.	Как сочетаются физический и умственный труд в здравоохранительной деятельности?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
4.	Что общего и особенного в понятиях «профессия» и «специальность»? Какие профессии и специальности распространены в здравоохранении?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
5.	В чем состоит природа разделения труда в экономике? Какова специфика разделения труда в здравоохранении? Как сочетаются специализация и кооперация?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
6.	В чем заключается измерение количества затрачиваемого труда в здравоохранении?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
7.	Как устанавливаются нормативы трудозатрат в медицине? Что такое нормативы численности, штатные нормативы?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
8.	Какое содержание вкладывается в понятие «качество труда», «качество медицинской помощи»?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
9.	Что понимается под эффективностью трудовой деятельности?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
10.	Что означают производительность труда, трудоемкость, выработка? Как они определяются в медицине?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
11.	От каких факторов зависит производительность труда медиков?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
12.	В чем заключаются трудовые отношения между работниками и их нанимателями? Как они связаны с трудовыми контрактами?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
13.	Что такое коллективно-договорная система? Чьи интересы и каким образом она защищает?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
14.	Каким образом государство регулирует отношения на рынке труда?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
15.	В чем заключается принцип рациональной занятости?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
16.	Что вкладывается в понятие «безработица»? Каковы основные виды безработицы?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;

17.	Как государство борется с безработицей?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
18.	В какой мере безработица угрожает медицинским работникам?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
19.	Какие функции выполняет система оплаты труда?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
20.	Назовите и опишите наиболее распространенные формы оплаты труда.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
21.	Как устанавливаются сдельные расценки?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
22.	В чем заключается сущность тарифной системы оплаты труда?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
23.	Каким образом при оплате труда учитывается его качество?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
24.	Какова структура формирования заработной платы работников здравоохранения? Каковы элементы этой структуры и от чего они зависят?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
25.	Как дифференцируется оплата труда?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
26.	Опишите схему формирования ФОТ, ФЗП и фонда материального поощрения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
27.	Каким образом ФОП медицинского учреждения распределяется между его подразделениями и работниками?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
28.	В чем состоит сущность контрактной, договорной формы оплаты труда работников?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
29.	Охарактеризуйте форму дифференцированной оплаты труда.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
30.	Назовите основные принципы формирования системы стимулирующей оплаты труда.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
31.	Назовите основные требования к форме дифференцированной оплаты труда.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
32.	Перечислите условия для создания системы дифференцированной оплаты труда.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
33.	Кратко охарактеризуйте этапы введения системы дифференцированной оплаты труда в организациях ПМСП.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
34.	Что лежит в основе формирования системы дифференцированной оплаты труда?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
	Тема 9. Финансы в здравоохранении	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
1.	Определите ключевые понятия: «финансы», «финансовая система», «финансовые институты», «финансовый рынок», «финансовые процессы».	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
2.	Какова роль финансов в странах с централизованно управляемой и рыночной экономикой?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
3.	Что такое финансовые ресурсы? Как образуются и используются финансовые ресурсы государства и хозяйствующих субъектов?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
4.	Назовите основные виды и источники финансирования.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;

5.	Обрисуйте в общих чертах финансовую систему страны.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
6.	Чем обусловлено движение денежных средств?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
7.	Назовите основных участников денежных отношений и распределения денежных средств.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
8.	Охарактеризуйте каналы финансирования медицинских организаций.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
9.	Каковы источники прямого и косвенного финансирования организаций здравоохранения?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
10.	Каковы возможности кредитного финансирования организаций здравоохранения?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
11.	Что означают ипотечное кредитование и лизинг?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
12.	Каково общее состояние и каковы проблемы бюджетного финансирования здравоохранения в России?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
13.	Каким образом определяются затраты на здравоохранение, финансируемые из федерального, регионального, муниципального бюджетов?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
14.	Какие виды расходов входят в смету затрат медицинских организаций, учреждений? Как составляются сметные калькуляции?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
15.	Каким образом определяются запросы (заявки) на бюджетные ассигнования?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
16.	Как определяются величины расходов на здравоохранение, включаемые в бюджеты разных уровней?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
17.	Что представляет собой цена на товар, услугу? Что отражает значение цены? Какие функции выполняют цены?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
18.	В чем состоит процесс ценообразования? Назовите основные подходы к ценообразованию.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
19.	Определите понятия «розничная цена», «оптовая цена», «тариф», «ставка». Что понимают под тарифами на медицинские услуги?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
20.	Чем отличаются «твердые» и регулируемые цены? Кто и как регулирует цены на медицинские товары и услуги?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
21.	Какие цены называют прејскурантными?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
22.	Что вкладывается в понятие «рыночная цена»?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
23.	Охарактеризуйте методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования финансовых ресурсов медицинской организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
24.	Перечислите принципы принятия инвестиционных решений, решений в организации здравоохранения?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
25.	Как осуществляется дивидендная политика и в чем ее суть?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
26.	Охарактеризуйте структуру капитала медицинской организации и методы ее оценки.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
27.	От каких факторов зависит принятие решений по финансированию, формированию дивидендной политики	ПК-4; ПК-15; ПК-16;

	и структуры капитала медицинской организации?	
	Тема 10. Предпринимательство в медицинской деятельности	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
1.	Охарактеризуйте сущность и основные признаки предпринимательства. В чем состоят особенности предпринимательской деятельности в здравоохранении?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
2.	Назовите основные факторы (ресурсы) предпринимательства. Каким образом эти факторы используются для получения прибыли?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
3.	Охарактеризуйте основные виды предпринимательства, используемые в здравоохранении.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
4.	В чем заключается суть посреднического предпринимательства?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
5.	Какие общественно полезные функции выполняет медицинский бизнес?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
6.	Что представляет собой теневой бизнес в медицине и в чем его опасность?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
7.	Кто вправе заниматься индивидуальной предпринимательской деятельностью?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
8.	Каковы основные правила индивидуального предпринимательства?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
9.	Как производится регистрация индивидуально-частных предпринимателей?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
10.	Какие коммерческие предприятия (организации) принято называть малыми?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
11.	Каковы направления государственной поддержки субъектов малого предпринимательства в медицине?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
12.	В каких областях, сферах медицинской, медико-производственной деятельности находит свое приложение малое предпринимательство?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
13.	Каково содержание программ поддержки и развития малого медицинского и медико-производственного предпринимательства?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
14.	Что представляет собой предпринимательский проект? Каковы основные этапы его осуществления?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
15.	Зачем разрабатывается бизнес-план, какова его структура?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
16.	Какие данные содержит описание предпринимательского проекта и продукта в бизнес-плане?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
17.	Какие действия должен планировать предприниматель в части изучения рынка сбыта и разработки маркетинговой стратегии?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
18.	Какие меры по организации производства предусматриваются в бизнес-плане? Как организуется управление предпринимательским проектом?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
19.	Что означает кадровое обеспечение проекта?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
20.	Какие данные включает финансовый раздел бизнес-плана?	ПК-4; ПК-15; ПК-16;

ПРИМЕРЫ ТИПОВЫХ КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ ИЛИ ИНЫХ МАТЕРИАЛОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И

(ИЛИ) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ХОДЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ

Раздел № 1 Экономика и управление системой здравоохранения

Текущий контроль успеваемости по теме 1. Системное содержание управления здравоохранением. Характеристика и свойства системы здравоохранения

Перечень вопросов:

1. Направления развития системного подхода в охране здоровья.
2. Составляющие определения «общественное здоровье».
3. Здоровье как система.
4. Характеристика современной концепции здравоохранения.
5. Закономерности и принципы системы здравоохранения.
6. Системное решение проблем охраны здоровья

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Составляющие определения «общественное здоровье».
2. Здоровье как система.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Назовите основные направления развития системного подхода в охране здоровья.
2. Что входит в понятие теории формирования здоровья человека?
3. Что включает в себя функционально-структурный подход к изучению здоровья человека?
4. Перечислите основные составляющие алгоритма функционально-структурного подхода к изучению здоровья человека.
5. Укажите основные составляющие определения «общественное здоровье».
6. Перечислите условия, присущие системе здравоохранения.
7. Назовите основные признаки подотраслей системы здравоохранения.
8. В чем заключаются особенности функционирования системы здравоохранения?
9. Назовите характерные признаки функционирования системы здравоохранения.
10. Что представляет собой организационная структура системы здравоохранения?
11. Назовите основные характеристики организационной структуры системы здравоохранения.
12. Дайте краткую характеристику современной концепции здравоохранения.
13. Перечислите задачи, поставленные ВОЗ в основу деятельности систем здравоохранения.
14. Назовите основную задачу современного здравоохранения.
15. Кратко охарактеризуйте структуру комплексной программы деятельности системы здравоохранения.
16. Назовите цель и задачи деятельности системы здравоохранения.
17. Перечислите народно-хозяйственные системы, ответственные за охрану здоровья населения.
18. В чем заключается закономерность функциональной иерархии системы?
19. Что такое признак целостности системы здравоохранения?
20. Охарактеризуйте структуру подсистем системы здравоохранения.
21. Назовите элементы функционирующей системы здравоохранения.

Задания для практического (семинарского) занятия:

Выберите правильный ответ.

• Экономика здравоохранения - часть современных экономических знаний, относящаяся к блоку:

- а) фундаментальных экономических наук;
- б) конкретных экономических наук;
- в) прикладных экономических наук;
- г) специальных экономических наук;
- д) другому (какому?) блоку экономических наук.

Установите соответствие.

1. Наличие определенных закономерностей развития тех или иных процессов во времени.
2. Возможность поэлементного исследования данного объекта.
3. Формирования категориального состава, понятийного аппарата исследования.
4. Объединение элементов объекта исследования в систему и установление связей между ними.

5. Процесс восхождения от единичных наблюдений к общим выводам.

А. Индукция.

Б. Синтез.

В. Единство логического и исторического.

Г. Научная абстракция.

Д. Анализ.

Продолжите определение.

• Межсекторальные действия при решении проблем охраны здоровья - это:

а) действия различных государственных структур;
б) действия различных специалистов здравоохранения;
в) мероприятия экономического, социального и правового характера;
г) действия центрального и местного правительств, неправительственных организаций и общественных групп, а также частных лиц.

Перечень тем рефератов:

1. Здоровье как экономическая категория, факторы, влияющие на уровень здоровья населения и здравоохранение;

Текущий контроль успеваемости по теме 2. Организация и управление охраной здоровья

Перечень вопросов:

1. Государственная политики в области охраны здоровья населения.
2. Сущность и содержание управления.
3. Методологические подходы к управлению.
4. Методы оптимизации управленческих решений.
5. Характеристика методов принятия управленческих решений.

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Сущность и содержание управления.
2. Методологические подходы к управлению.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Охарактеризуйте основные положения государственной политики в области здравоохранения.
2. Что включает в себя государственная стратегия в области охраны здоровья населения?
3. Назовите наиболее вероятные угрозы безопасности России в области здравоохранения.
4. Перечислите факторы, обеспечивающие решение проблем безопасности России в области здравоохранения.
5. Укажите основные направления выработки государственной политики в области охраны здоровья населения.
6. Назовите основные задачи развития российского здравоохранения.
7. Перечислите основные составляющие интегральной оценки качества медицинской помощи.
8. Назовите критерии оценки эффективности деятельности системы здравоохранения.
9. Перечислите основные вопросы решения проблем обеспечения качества медицинской помощи и структурных преобразований в здравоохранении.
10. Перечислите методы регулирования функционирования здравоохранения.
11. В чем заключается сущность государственного регулирования в здравоохранении?
12. Охарактеризуйте основные виды государственных программ в сфере здравоохранения.
13. Дайте определение понятия «управление».
14. Перечислите основные виды управления.
15. Охарактеризуйте понятие «самоуправление».
16. Дайте характеристику организации управления.
17. Укажите виды управленческих отношений.
18. Охарактеризуйте понятие «лидерство».
19. Перечислите и охарактеризуйте методологические подходы к управлению.
20. Дайте краткую характеристику методов оптимизации управленческих решений.
21. Дайте краткую характеристику методов принятия управленческих решений.
22. Дайте определение понятия «результативность управления».

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Заполните таблицу “Цели реформирования и развития здравоохранения ”

Общие цели реформирования и развития здравоохранения	Стратегические цели развития здравоохранения	Цели реформирования и развития хозяйствующих субъектов здравоохранения

2. Заполните таблицу «Классификация государственных программ в здравоохранении»

Критерии классификации	Вид государственной программы

3. Дайте определение понятию «Организация управления»

4. Допишите определения: Выделяют управленческие отношения вертикальные:

горизонтальные _____

5. В управленческих отношениях выделяют связи:

1. _____

2. _____

3. _____

6. Заполните таблицу «Общая структура элементов деятельности по охране здоровья»

Элементы деятельности по охране здоровья	Характеристика элементов деятельности по охране здоровья		
	Общие	Особенные	Специальные

Перечень тем рефератов:

1. Рынок услуг здравоохранения и его особенности;
2. Факторы спроса и предложения на рынке медицинских услуг;
3. Государственное регулирование рынка услуг здравоохранения.

Текущий контроль успеваемости по теме 3. Основные хозяйствующие субъекты в системе здравоохранения

Перечень вопросов:

1. Правовые основы деятельности хозяйствующих субъектов.
2. Формы собственности в здравоохранении.
3. Коммерческий сектор в здравоохранении.
4. Некоммерческий сектор в здравоохранении.
5. Особенности организационно-правовых форм организаций здравоохранения Российской Федерации.

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Формы собственности в здравоохранении.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Дайте определение понятий «субъект управления» и «объект управления».
2. Дайте краткую характеристику юридического лица.
3. Охарактеризуйте понятие «индивидуальная предпринимательская деятельность».
4. Дайте характеристику субъектов и объектов собственности.
5. Дайте определение понятий: «право владения», «право пользования», «право распоряжения», «право общей собственности», «право долевой собственности».
6. Охарактеризуйте сущность доверительного управления имуществом.
7. Дайте краткую характеристику государственных и муниципальных организаций.
8. Дайте краткую характеристику негосударственных организаций.
9. Назовите основные принципы негосударственного сектора здравоохранения.
10. Дайте краткую характеристику иностранной, смешанной и совместной организаций.
11. Что такое коммерческая организация?
12. Назовите основные признаки коммерческой организации.
13. Дайте краткую характеристику хозяйственного товарищества.
14. Кратко охарактеризуйте производственные кооперативы и унитарные предприятия.
15. Кратко охарактеризуйте хозяйственные общества.
16. Что такое некоммерческая организация?
17. Назовите основные признаки некоммерческой организации.
18. Назовите формы некоммерческих организаций.

19. Дайте краткую характеристику форм некоммерческих организаций: фонд, учреждение, некоммерческое партнерство, автономная некоммерческая организация, объединение юридических лиц, потребительский кооператив, благотворительная организация.
20. Каковы источники финансирования некоммерческих организаций?
21. Дайте краткую характеристику ассигнований из государственного бюджета.
22. Кратко охарактеризуйте виды расходов некоммерческой организации.
23. Перечислите субъекты государственной системы здравоохранения.
24. Перечислите субъекты муниципального здравоохранения.
25. Кратко охарактеризуйте государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения.
26. Назовите типы организационно-правовой формы учреждения.
27. Кратко охарактеризуйте основные проблемы функционирования государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения.
28. Перечислите организации, выступающие как поставщики рынка медицинских услуг.
29. Дайте краткую характеристику сильных и слабых сторон негосударственного сектора здравоохранения.
30. Перечислите основные проблемы эффективного расходования средств государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения.
31. Кратко охарактеризуйте направления по изменению организационно-правового статуса учреждений здравоохранения.
32. Дайте краткую характеристику различий между бюджетным и автономным учреждением.
33. Перечислите основные мероприятия, необходимые для создания условий деятельности автономного учреждения.
34. Перечислите особенности деятельности учреждения здравоохранения, необходимые для учета при переходе на другую организационно-правовую форму.

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Ответьте на следующие вопросы:

Возможно ли в системе здравоохранения заниматься предпринимательской деятельностью без образования юридического лица

Ответ:

2. Допишите определения:

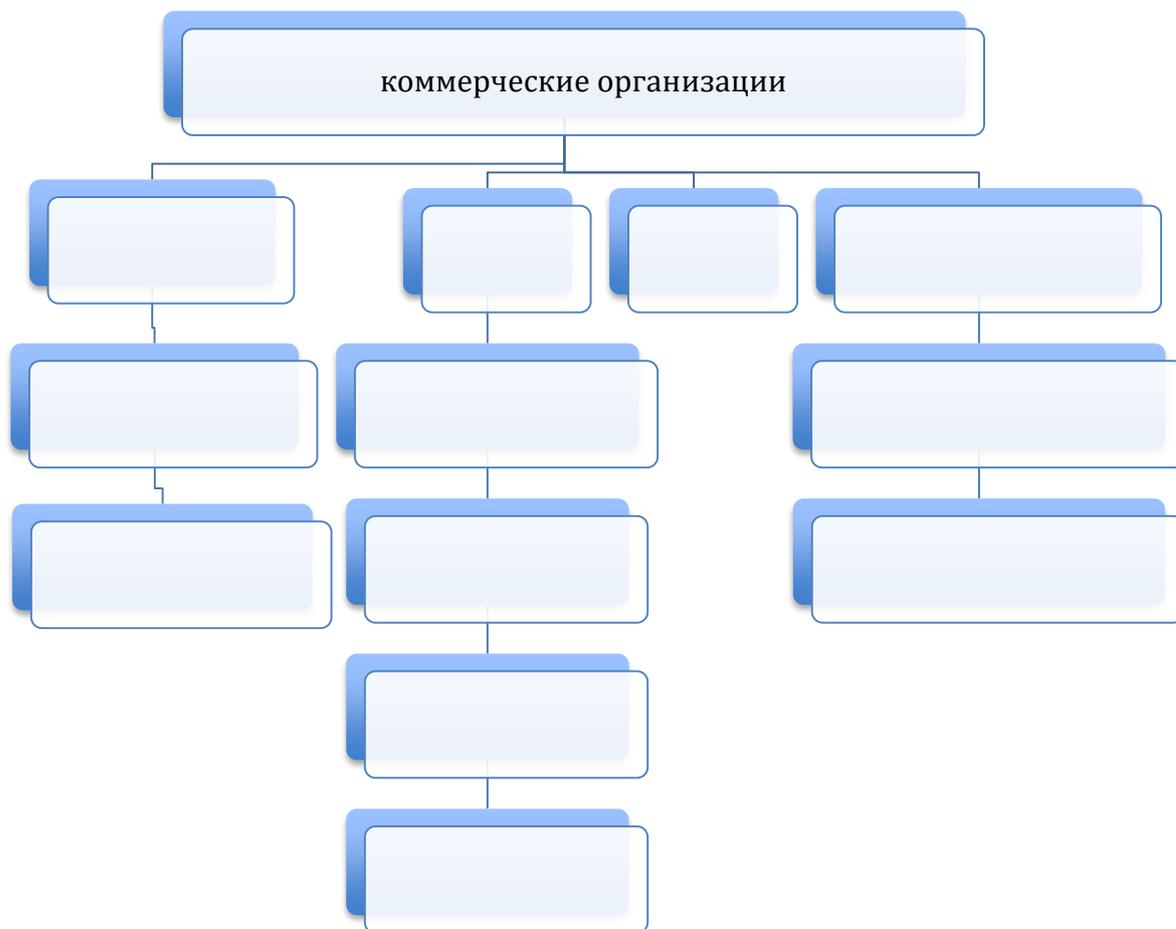
К федеральным организациям относят _____

Региональные организации _____

Муниципальные организации _____

Иностранная организация _____

3. Организационно-правовые формы коммерческих организаций в здравоохранении (заполните схему)



4. Дайте определения следующим понятиям:

- общество с ограниченной ответственностью _____
- _____
- общество с дополнительной ответственностью _____
- _____
- акционерное общество _____
- _____
- унитарное предприятие _____
- _____

Балансовая прибыль – это _____

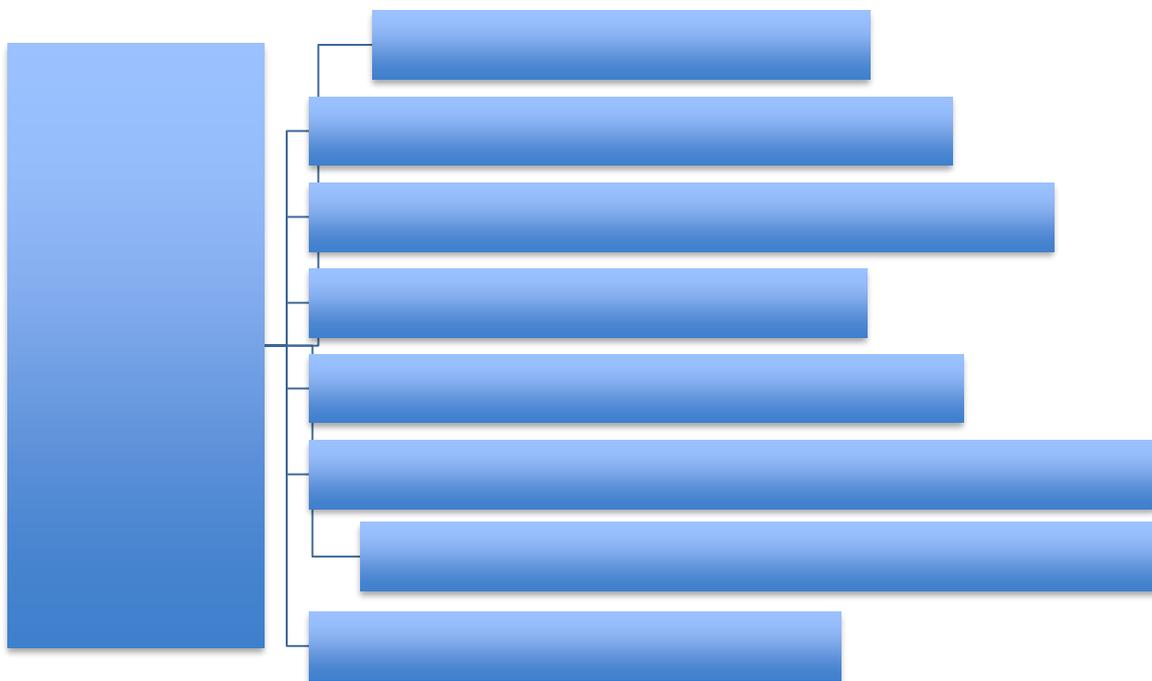
Основной мерой эффективности работы коммерческой организации является _____

Балансовая прибыль включает 3 укрупненных элемента:

1. _____
2. _____
3. _____

Некоммерческая организация – это _____

5. Основные организационно-правовые формы некоммерческих организаций (заполните схему)



Средства медицинского страхования – это _____

Под добровольными имущественными взносами понимаются _____

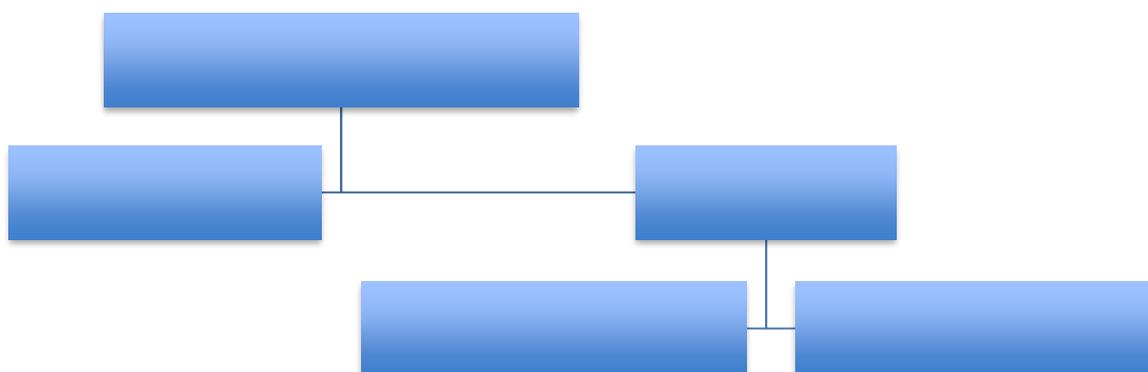
6. Виды расходов некоммерческой организации.

Структура расходов некоммерческой организации в здравоохранении (заполните схему)



Бюджетные учреждения - _____

7. Типы организационно-правовой формы учреждений (заполните схему)



Сильные и слабые стороны негосударственного сектора здравоохранения (заполните таблицу)

Сильные стороны	Слабые стороны
------------------------	-----------------------

Автономное учреждение - _____

Казённые учреждения - _____

8. Выберите правильный ответ.

1. Какой тип государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения преобладает на современном этапе реформирования правового статуса бюджетных учреждений в РФ:

- а) казенное учреждение;
- б) автономное учреждение;
- в) бюджетное учреждение?

2. Какие учреждения здравоохранения могут использовать упрощенную систему налогообложения:

- а) казенные учреждения;
- б) бюджетные учреждения;
- в) автономные учреждения?

3. Какая организационно-правовая форма является основной среди коммерческих МО в РФ на современном этапе:

- а) акционерное общество;
- б) кооператив;
- в) общество с ограниченной ответственностью;
- г) унитарное предприятие?

Перечень тем рефератов:

1. Государственное регулирование здравоохранения и медицинской деятельности как функция государства
2. Предпринимательская фирма и её виды.
3. Особенности предприятий малого бизнеса.
4. Государственное стимулирование малого бизнеса
5. Коммерческие и некоммерческие организации.
6. Потребительский кооператив.
7. Предпринимательская деятельность без образования юридического лица.
8. Особенности малого бизнеса.

Текущий контроль успеваемости по теме 4. Экономические ресурсы в здравоохранении

Перечень вопросов:

1. Материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения.
2. Проблема ограниченности экономических ресурсов и цена экономического выбора.
3. Методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования экономических ресурсов здравоохранения при принятии решений, связанных с операциями на мировых рынках в условиях глобализации.

4. Индикаторы социально-экономической эффективности здравоохранения как отрасли социального сектора экономики

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения.
2. Проблема ограниченности экономических ресурсов и цена экономического выбора.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Дайте определение понятию «материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения».
2. Дайте краткую характеристику экономических ресурсов в здравоохранении.
3. Охарактеризуйте сущность проблемы ограниченности экономических ресурсов.
4. Дайте краткую характеристику понятию «цена экономического выбора».
5. Назовите основные принципы оценки эффективности использования экономических ресурсов в здравоохранении.
6. Что такое финансовый менеджмент и каково его применение в организации здравоохранения?
7. Назовите основные методы финансового менеджмента для принятия управленческих решений .
8. Что такое индикаторы социально-экономической эффективности здравоохранения?
9. Кратко охарактеризуйте индикаторы социально-экономической эффективности здравоохранения, как отрасли социального сектора экономики.

Выберите правильный ответ.

• Экономика здравоохранения - часть современных экономических знаний, относящаяся к блоку:

- а) фундаментальных экономических наук;
- б) конкретных экономических наук;
- в) прикладных экономических наук;
- г) специальных экономических наук;
- д) другому (какому?) блоку экономических наук.

Установите соответствие.

1. Наличие определенных закономерностей развития тех или иных процессов во времени.
 2. Возможность поэлементного исследования данного объекта.
 3. Формирования категориального состава, понятийного аппарата исследования.
 4. Объединение элементов объекта исследования в систему и установление связей между ними.
 5. Процесс восхождения от единичных наблюдений к общим выводам.
- А. Индукция.
Б. Синтез.
В. Единство логического и исторического.
Г. Научная абстракция.
Д. Анализ.

Продолжите определение.

• Межсекторальные действия при решении проблем охраны здоровья - это:

- а) действия различных государственных структур;
- б) действия различных специалистов здравоохранения;
- в) мероприятия экономического, социального и правового характера;
- г) действия центрального и местного правительств, неправительственных организаций и общественных групп, а также частных лиц.

Перечень тем рефератов:

1. Экономика здравоохранения в рыночной системе экономических отношений.
2. Материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения: проблемы оценки эффективности использования.
3. Методы финансового менеджмента и их применение в экономике здравоохранения.

Тема 5. Рынок медицинских товаров и услуг

Перечень вопросов к занятию:

1. Общие сведения о рынке. Виды рынков.
2. Государственное регулирование и саморегулирование рынка медицинских товаров и услуг.
3. Конкуренция на рынке медицинских товаров и услуг.
4. Конкурентные преимущества и конкурентоспособность.

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Общие сведения о рынке. Виды рынков.
2. Государственное регулирование и саморегулирование рынка медицинских товаров и услуг

Вопросы для устного опроса студентов:

1. В чем заключены сущность и природа конкуренции?
2. Охарактеризуйте основные виды конкуренции.
3. Кто выступает в роли конкурентов на рынках медицинских товаров и услуг?
4. Что такое конкурентное преимущество и чем оно обеспечивается?
5. Назовите основные виды конкурентных стратегий на рынке медицинских товаров и услуг, охарактеризуйте их.
6. Что означает понятие «конкурентоспособность товара»? Какие параметры характеризуют конкурентоспособность товаров и услуг медицинского назначения?
7. Посредством каких методов и показателей оценивается конкурентоспособность медицинских товаров и услуг?
8. Как формируется портфель медицинских услуг и товаров медицинского назначения с учетом привлекательности рынка и конкурентоспособности рыночного продукта?

Задания для практического (семинарского) занятия:

- Проанализируйте влияние факторов спроса на медицинские услуги, таких как уровень доходов населения, изменение в структуре населения, численность пациентов в стране, изменение запросов пациентов, форсирование спроса на медицинские услуги.
- Проанализируйте влияние факторов, воздействующих на объем предложения медицинских услуг, таких как количество врачей, стоимость медицинского оборудования, технология лечебного процесса, налоги, наличие конкурентов.
- Закончите определение: «Вкусы и предпочтения потребителей медицинских услуг, число покупателей на рынке, цены на взаимосвязанные услуги, изменения в ожидании будущих цен, изменения в доходе потребителей есть неценовые детерминанты...».
- Объясните, что неверно в следующем высказывании: «Если рыночная цена упала с 4 до 2 руб. за упаковку лекарственного средства, вы захотите производить и продавать больше по этой низкой цене, чтобы избежать уменьшения прибыли».
- Составьте таблицу спроса/предложения ваших медицинских услуг или товаров медицинского назначения (лекарственных средств, мягкого инвентаря, гигиенических средств) и начертите кривые спроса и предложения по данным.

Вид медицинской услуги (товара, продукта)	Спрос	Предложение	Рыночная цена

Найдите точку пересечения кривых спроса и предложения и дайте ей определение.

• Составьте схему «Структура рынка услуг здравоохранения», выделяя виды рынков как элементы этой структуры на основе критериев, таких как объект купли-продажи, степень ограничения конкуренции, отраслевой признак, отношение к закону, территориальный признак, механизм функционирования.

• Ответьте «да» или «нет».

1. Ограниченное благо обязательно является редким.
2. Проблема редкости ограничивает возможность удовлетворения потребностей людей.

3. С ростом доходов потребителей кривая спроса по цене на пластические операции будет смещаться вправо.

• Выберите правильный ответ.

К комплементарным благам относятся:

- медикаменты и ржаной хлеб;
- простыня и подушка;
- мануальный и вакуумный массаж;
- чай и кока-кола;
- троллейбус и грибы.

Перечень тем рефератов:

- Структура рынка услуг здравоохранения;
- Конкурентоспособность товаров и услуг медицинского назначения

Раздел № 2 Экономика и управление организацией здравоохранения

Текущий контроль успеваемости по теме 6. Управление организациями здравоохранения

Перечень вопросов к занятию:

- Миссия и цели медицинской организации.
- Медицинская организация и ее структура.
- Системно-структурные особенности руководства организациями.
- Содержание и сущность процесса управления в медицинской организации.
- Решения в процессе управления.
- Коммуникативное поведение в организации.

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

- Медицинская организация и ее структура.
- Системно-структурные особенности руководства организациями.

3. Содержание и сущность процесса управления в медицинской организации.
4. Решения в процессе управления.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Перечислите факторы, определяющие миссию медицинской организации.
2. Назовите структуру содержания миссии.
3. Укажите цели деятельности организации.
4. Дайте определения достижимости конкретности и стабильности целей.
5. Назовите критерии целей.
6. Дайте краткую характеристику этапов выработки целей организации.
7. Дайте определение понятия «медицинская организация».
8. Перечислите основные принципы построения организации.
9. Назовите основные элементы потенциала организации.
10. Охарактеризуйте понятие «группа сотрудников» организации.
11. Перечислите структурные характеристики группы организации.
12. Перечислите подсистемы организации или совокупности ее элементов.
13. Дайте краткую характеристику внутренней среды организации.
14. Перечислите ресурсы организации.
15. Дайте характеристику организационной структуры организации.
16. Перечислите факторы, влияющие на организационную структуру организации.
17. Дайте краткую характеристику принципов построения организационных структур.
18. Назовите этапы проектирования организационных структур.
19. Перечислите типичные проблемы структурирования организаций.
20. Дайте краткую характеристику линейной структуры управления.
21. Дайте характеристику трехмерного представления структуры деятельности по охране здоровья.
22. Дайте определение понятий «род деятельности», «сфера деятельности», «элемент деятельности».
23. Назовите основные части деятельности по охране здоровья.
24. Охарактеризуйте родовую структуру элементов деятельности по охране здоровья.
25. Дайте характеристику сферной структуры элементов деятельности по охране здоровья.
26. Охарактеризуйте общую структуру элементов деятельности по охране здоровья.
27. Дайте краткую характеристику элементов структуры: «кадры», «средства», «предмет».
28. Дайте определение инфраструктуры.

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Составьте таблицу «Классификация целей организации»

Критерии	Группы целей по видам и типам	

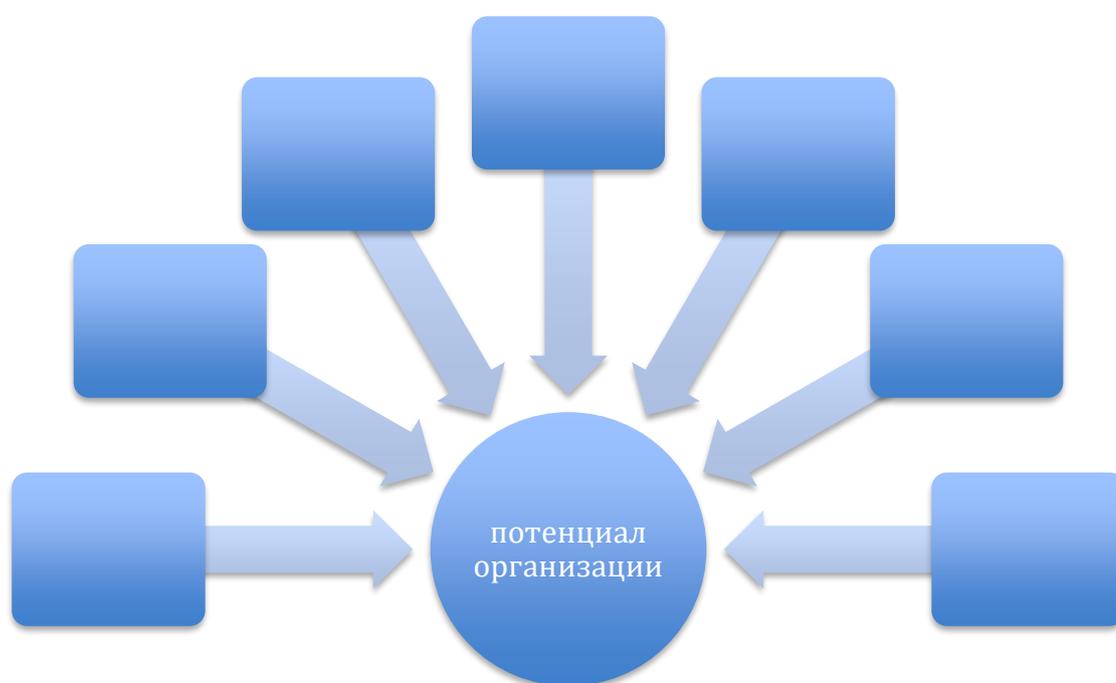
2. Охарактеризуйте основные показатели целей организации в зависимости от деятельности

Направления деятельности организации	Показатели цели

3. Перечислите стадии процесса управления

4. Внутренняя среда организации - это

5. Составьте схему «Основные элементы потенциала организации»



6. Соотнесите понятия с определениями

Социально-психологический климат в коллективе	сложнейшее явление, обладающее своей структурой, взаимодействием социально-демографических и профессионально-квалификационных характеристик, вероятностными динамичными связями и взаимодействиями между членами и отдельными группами коллектива.
Конфликт	это желание добиться чего-либо, совокупность внутренних и внешних движущих сил, побуждающих работника к реализации определенных задач.
Мотивация	открытое столкновение сторон, мнений и сил, связанное с различием

	ценностных установок, представлений о целях, путях и методах их достижения, о характере задач и способах их решения.
Лидер	человек, умеющий убедить работников в необходимости достижения общих целей и решении поставленных задач независимо от их собственных первоначальных намерений.

7. Перечислите принципы организационной структуры

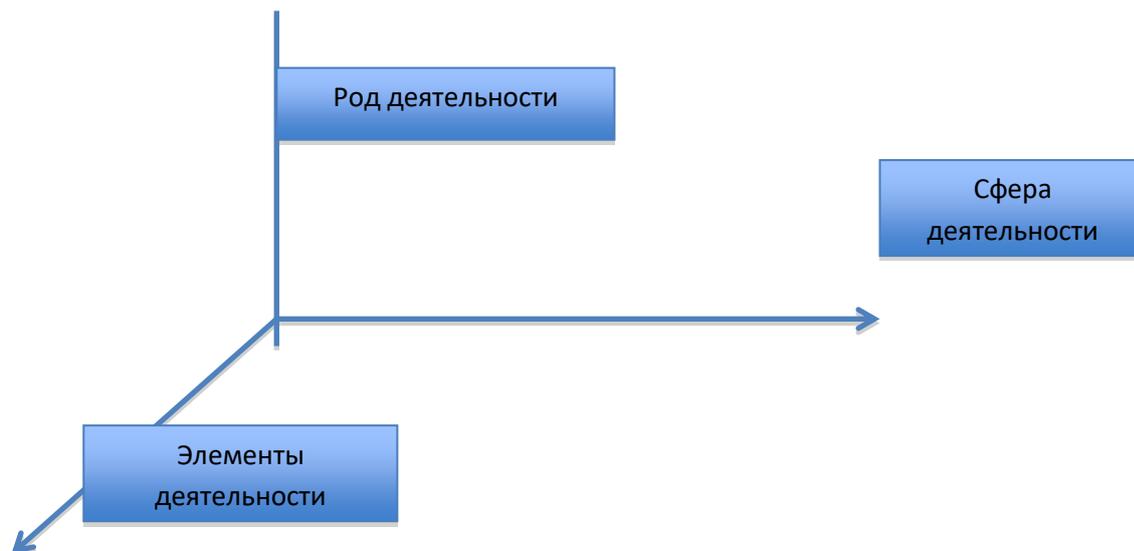
2. Дайте определение понятиям

Род деятельности

Сфера деятельности

Элементы деятельности

9. Допишите недостающие элементы схемы



Перечень тем рефератов:

1. Особенности построения организационной структуры медицинской организации
2. Принятие управленческих решений в медицинской организации.

Текущий контроль успеваемости по теме 7. Организация здравоохранения как субъект экономических отношений

Перечень вопросов:

1. Отношения собственности и организационно-правовые формы деятельности в здравоохранении.
2. Типы учреждений здравоохранения и их сравнительная характеристика.
3. Дополнительные источники финансирования медицинских организаций.
4. Экономические аспекты оказания платных медицинских и сервисных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.
5. Оценка рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании.

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Отношения собственности и организационно-правовые формы деятельности в здравоохранении.
2. Типы учреждений здравоохранения и их сравнительная характеристика.
3. Дополнительные источники финансирования медицинских организаций.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Назовите основные признаки собственности в здравоохранении.
2. Укажите организационно-правовые формы деятельности в здравоохранении.
3. Дайте определения типам учреждений здравоохранения
4. Дайте краткую характеристику дополнительных источников финансирования медицинских организаций.
5. Перечислите экономические ресурсы организации.
6. Назовите основные субъекты экономических отношений организации здравоохранения.

Задания для практического (семинарского) занятия:

Решение ситуационных задач:

1. В вашей организации имеется главный врач и два заведующих отделением, главный бухгалтер и начальник отдела кадров. К какому типу организационных структур относится организация? Какие ещё бывают типы организационных структур, их преимущества и недостатки. Какие факторы влияют на выбор организационной структуры?
2. Являясь руководителем предприятия, Вы решили отказаться от обязательного медицинского страхования и застраховать работников только по ДМС. Правильно ли это? Каковы отличия ОМС и ДМС? В чём заключаются Ваши права и обязанности как страхователя?
3. Вы решили заняться коммерческой деятельностью в сфере здравоохранения. В каких организационно-правовых формах она может осуществляться? Какова последовательность ваших действий?
4. Вы решили организовать коммерческий медицинский центр с числом работающих – 20 человек. Какова последовательность ваших действий? Каков порядок лицензирования? В какой организационно-правовой форме может быть создана данная организация? Будет ли она относиться к предприятиям малого бизнеса? Если да, то почему и каковы в данном случае преимущества и недостатки?
5. Руководство вашего ЛПУ вызвали для отчета в органы управления здравоохранения в связи с постоянным увеличением объема его финансирования и ростом числа жалоб на необходимость оплаты медицинских услуг. Какими причинами может быть обусловлена данная ситуация? Каковы источники финансирования здравоохранения и способы оплаты амбулаторной и стационарной помощи?

Текущий контроль успеваемости по теме 8. Экономические ресурсы и экономические отношения в организации здравоохранения

Перечень вопросов к занятию:

1. Материальные, финансовые, трудовые ресурсы медицинских организаций.
2. Эффективность использования экономических ресурсов медицинских организаций
3. Сущность труда и виды трудовой деятельности;
4. Количество, качество и эффективность труда в здравоохранении;
5. Трудовые отношения;
6. Трудовая занятость и безработица;
7. Оплата труда медицинских работников.

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Сущность труда и виды трудовой деятельности;
2. Количество, качество и эффективность труда в здравоохранении;
3. Трудовые отношения;
4. Трудовая занятость и безработица.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Назовите основные признаки труда, трудовой деятельности.
2. Какую роль в экономике здравоохранения играют орудия труда и предметы труда?
3. Как сочетаются физический и умственный труд в здравоохранительной деятельности?
4. Что общего и особенного в понятиях «профессия» и «специальность»? Какие профессии и специальности распространены в здравоохранении?

5. В чем состоит природа разделения труда в экономике? Какова специфика разделения труда в здравоохранении? Как сочетаются специализация и кооперация?
6. В чем заключается измерение количества затрачиваемого труда в здравоохранении?
7. Как устанавливаются нормативы трудозатрат в медицине? Что такое нормативы численности, штатные нормативы?
8. Какое содержание вкладывается в понятие «качество труда», «качество медицинской помощи»?
9. Что понимается под эффективностью трудовой деятельности?
10. Что означают производительность труда, трудоемкость, выработка? Как они определяются в медицине?
11. От каких факторов зависит производительность труда медиков?
12. В чем заключаются трудовые отношения между работниками и их нанимателями? Как они связаны с трудовыми контрактами?
13. Что такое коллективно-договорная система? Чьи интересы и каким образом она защищает?
14. Каким образом государство регулирует отношения на рынке труда?
15. В чем заключается принцип рациональной занятости?
16. Что вкладывается в понятие «безработица»? Каковы основные виды безработицы?
17. Как государство борется с безработицей?
18. В какой мере безработица угрожает медицинским работникам?
19. Какие функции выполняет система оплаты труда?
20. Назовите и опишите наиболее распространенные формы оплаты труда.
21. Как устанавливаются сдельные расценки?
22. В чем заключается сущность тарифной системы оплаты труда?
23. Каким образом при оплате труда учитывается его качество?
24. Какова структура формирования заработной платы работников здравоохранения? Каковы элементы этой структуры и от чего они зависят?
25. Как дифференцируется оплата труда?
26. Опишите схему формирования ФОТ, ФЗП и фонда материального поощрения.
27. Каким образом ФОП медицинского учреждения распределяется между его подразделениями и работниками?
28. В чем состоит сущность контрактной, договорной формы оплаты труда работников?
29. Охарактеризуйте форму дифференцированной оплаты труда.
30. Назовите основные принципы формирования системы стимулирующей оплаты труда.
31. Назовите основные требования к форме дифференцированной оплаты труда.
32. Перечислите условия для создания системы дифференцированной оплаты труда.
33. Кратко охарактеризуйте этапы введения системы дифференцированной оплаты труда в организациях ПМСП.
34. Что лежит в основе формирования системы дифференцированной оплаты труда?

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Рассчитайте заработную плату врача-терапевта федерального ЛПУ, имеющего первую квалификационную категорию и стаж работы 8 лет. Базовый оклад в данном ЛПУ соответствует рекомендуемой величине – 5 800 руб., повышающий коэффициент 0,14. Выплата компенсационного характера отсутствует, выплата за стаж непрерывной работы в

данном ЛПУ – 30%. Врач получает выплату стимулирующего характера в размере 41% от базового оклада.

2. Рассчитайте заработную плату врача-хирурга областного ЛПУ, имеющего высшую квалификационную категорию и стаж работы 15 лет. Базовый оклад врача в данном ЛПУ соответствует рекомендуемой величине – 3 500 руб., повышающий коэффициент 0,44. Выплата компенсационного характера – 15%, выплата за стаж непрерывной работы – 30%. В данном месяце врачу причитается выплата стимулирующего характера в размере 84% от базового оклада.

3. Рассчитайте заработную плату врача-оториноларинголога областного ЛПУ, имеющего ученую степень кандидата медицинских наук и первую квалификационную категорию, стаж работы 4 года. Базовый оклад врача в данном ЛПУ составляет 4 000 руб., повышающий коэффициент 0,72. Выплата компенсационного характера отсутствует, выплата за стаж непрерывной работы в данном ЛПУ – 20%, выплата стимулирующего характера – 45%.

4. Рассчитайте заработную плату операционной медицинской сестры, работающей в федеральном ЛПУ. Она имеет высшую квалификационную категорию и стаж работы 12 лет. Базовый оклад в данном ЛПУ соответствует рекомендуемой величине – 4 550 руб., повышающий коэффициент 0,32. Выплата компенсационного характера в данном ЛПУ – 10%, выплата за стаж непрерывной работы – 30%, выплата стимулирующего характера – 79%.

5. Рассчитайте заработную плату врача-дерматовенеролога областного ЛПУ, имеющего ученую степень кандидата медицинских наук и высшую квалификационную категорию, стаж работы 14 лет. Базовый оклад – 3 500 руб., повышающий коэффициент 0,9. Выплата компенсационного характера в данном ЛПУ – 15%, выплата за стаж непрерывной работы – 30%, выплата стимулирующего характера – 82%. 6. Рассчитайте заработную плату врача акушера-гинеколога областного ЛПУ, имеющего вторую квалификационную категорию, стаж работы 3 года. Базовый оклад – 3 500 руб., повышающий коэффициент 0,44. Выплата компенсационного характера в данном ЛПУ – 15%, выплата за стаж непрерывной работы отсутствует, выплата стимулирующего характера – 67%.

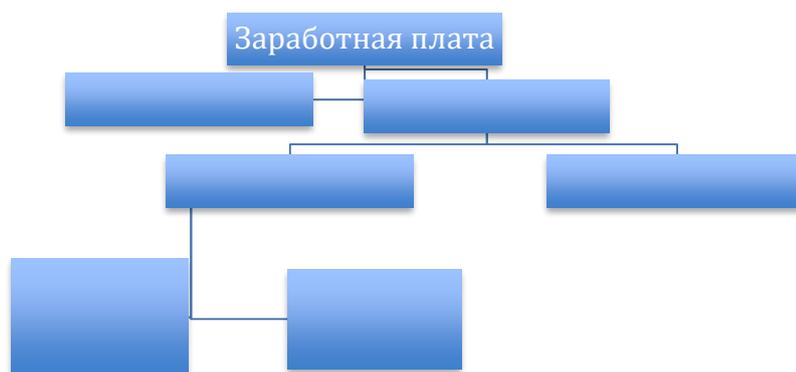
8. Дайте определение следующим понятиям

Предметы труда

Рабочая сила

Трудовые ресурсы

9. Составьте схему формирования заработной платы работников системы здравоохранения



8. Выберите правильный ответ.

1. Оплату за медицинскую услугу можно отнести к:
 - а) сдельной форме;
 - б) повременной форме;
 - в) подушной форме.
2. Принцип дифференцированной оплаты труда в здравоохранении характерен для:
 - а) индивидуальной деятельности врача;
 - б) коллективной деятельности врачей;
 - в) врача общей практики.
3. В основе оплаты труда врачей, работающих в государственных медицинских учреждениях, лежит:
 - а) гонорарный принцип;
 - б) система должностного оклада;
 - в) принцип подушевой оплаты.
4. К какой форме оплаты труда относится НСОТ:
 - а) повременной;
 - б) сдельной;
 - в) одновременно к повременной и сдельной;
 - г) комбинированной?
5. Какой из элементов оплаты труда практически не зависит от эффективности труда:
 - а) дополнительные выплаты;
 - б) бонусы;
 - в) базовые ставки;
 - г) льготы?

Перечень тем рефератов:

1. Контрактная форма оплаты труда медицинских работников.
2. Дифференцированная оплата труда медицинского персонала.^[1]_{SEP}

Текущий контроль успеваемости по теме 9. Финансы в здравоохранении

Перечень вопросов:

1. Источники финансирования медицинской деятельности.
2. Бюджетное финансирование здравоохранения в России.
3. Медицинское страхование.
4. Методы оплаты медицинской помощи.

5. Ценообразование на медицинские услуги и товары.
6. Методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования финансовых ресурсов в организации здравоохранения: активов, управления оборотным капиталом, принятия инвестиционных решений, решений по финансированию, формированию дивидендной политики и структуры капитала медицинской организации.

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Источники финансирования медицинской деятельности.
2. Бюджетное финансирование здравоохранения в России.
3. Медицинское страхование.
4. Методы оплаты медицинской помощи.
5. Ценообразование на медицинские услуги и товары.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Определите ключевые понятия: «финансы», «финансовая система», «финансовые институты», «финансовый рынок», «финансовые процессы».
2. Какова роль финансов в странах с централизованно управляемой и рыночной экономикой?
3. Что такое финансовые ресурсы? Как образуются и используются финансовые ресурсы государства и хозяйствующих субъектов?
4. Назовите основные виды и источники финансирования.
5. Обрисуйте в общих чертах финансовую систему страны.
6. Чем обусловлено движение денежных средств?
7. Назовите основных участников денежных отношений и распределения денежных средств.
8. Охарактеризуйте каналы финансирования медицинских организаций.
9. Каковы источники прямого и косвенного финансирования организаций здравоохранения?
10. Каковы возможности кредитного финансирования организаций здравоохранения?
11. Что означают ипотечное кредитование и лизинг?
12. Каково общее состояние и каковы проблемы бюджетного финансирования здравоохранения в России?
13. Каким образом определяются затраты на здравоохранение, финансируемые из федерального, регионального, муниципального бюджетов?
14. Какие виды расходов входят в смету затрат медицинских организаций, учреждений? Как составляются сметные калькуляции?
15. Каким образом определяются запросы (заявки) на бюджетные ассигнования?
16. Как определяются величины расходов на здравоохранение, включаемые в бюджеты разных уровней?
17. Что представляет собой цена на товар, услугу? Что отражает значение цены? Какие функции выполняют цены?
18. В чем состоит процесс ценообразования? Назовите основные подходы к ценообразованию.
19. Определите понятия «розничная цена», «оптовая цена», «тариф», «ставка». Что понимают под тарифами на медицинские услуги?
20. Чем отличаются «твердые» и регулируемые цены? Кто и как регулирует цены на медицинские товары и услуги?
21. Какие цены называют прейскуррантными?
22. Что вкладывается в понятие «рыночная цена»?

23. Охарактеризуйте методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования финансовых ресурсов медицинской организации.
24. Перечислите принципы принятия инвестиционных решений, решений в организации здравоохранения?
25. Как осуществляется дивидендная политика и в чем ее суть?
26. Охарактеризуйте структуру капитала медицинской организации и методы ее оценки.
27. От каких факторов зависит принятие решений по финансированию, формированию дивидендной политики и структуры капитала медицинской организации?

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Проанализируйте основные проблемы развития ОМС, указанные в тексте. Составьте схему особенностей развития ДМС в современной РФ на основании данных, приведенных в тексте.

2. Приведите примеры источников финансирования системы здравоохранения и представьте их в виде круговой диаграммы, отражающей примерную процентную значимость каждого источника.

3. Проанализируйте известные вам модели движения финансовых потоков в системе ОМС и выявите различия между ними.

4. Известно, что банки осуществляют депозитные и кредитные операции. В современных условиях банки могут предоставить более широкий спектр услуг: депозиты, кредиты, лизинг, овердрафт, мониторинг, факторинг, трастовые операции, инкассовые операции, открытие счетов, информационные услуги и др. Выберите из перечисленных услуг те, которыми реально может воспользоваться БУЗ для практической деятельности.

5. Выберите правильный ответ.

1. Ссудами, выданными банками на срок от 1 года до 8 лет, являются:

- а) краткосрочные ссуды;
- б) среднесрочные ссуды;
- в) долгосрочные займы.

2. Преимущества такой формы финансирования, как лизинг, заключаются в том, что:

- а) данная сделка относится к разряду незавершенных;
- б) данная сделка не числится на балансе лизингополучателя;
- в) выплата взносов лизингополучателем не дебетуется на его счет в качестве

обязательств;

г) все вышеуказанные положения верны.

6. Исключите неправильный ответ.

1. Для БУЗ субъектами финансовых отношений являются:

- а) органы городского бюджета;
- б) казначейства, банки;
- в) фонды ОМС, страховые и лизинговые компании;
- г) налоговая инспекция;
- д) физические лица.

2. К заемным средствам БУЗ относятся:

- а) устойчивые пассивы;
- б) кредиты и ссуды;
- в) кредиторская задолженность;
- г) амортизационный фонд.

б. Заполните таблицу

Системы финансирования здравоохранения

Система	Характеристика
---------	----------------

финансирования	

8. Рассчитайте стоимость 1 условной единицы трудоемкости (УЕТ) в отделениях городской стоматологической поликлиники с использованием элементов АВ-костинга.

Условие. Предположим, что в городской стоматологической поликлинике пять подразделений. Из них два подразделения (лаборатория и рентгенология) - вспомогательные и три подразделения (хирургическое, терапевтическое и детское) - основные.

Лаборатория за исследуемый период (например, за год) проводит исследования для хирургического, терапевтического и детского отделений в соотношении 15:60:25 соответственно.

Рентгенологический кабинет за тот же период времени делает рентгеновские снимки для хирургического, терапевтического и детского отделений в соотношении 23:48:29.

Найдите цену 1 УЕТ с учетом рентабельности 33% и инфляции 7%. Заполните таблицу.

- Рассчитайте себестоимость платной медицинской услуги с применением стандарта медицинской помощи.

- Выберите наиболее точный ответ, характеризующий понятие «рыночная цена» медицинской услуги.

Цена медицинской услуги - это:

а) денежное выражение стоимости;

б) рыночный параметр, зависящий от спроса и предложения на медицинские услуги;

в) отражение затрат на оказание одной медицинской услуги;

г) сумма денег, которую пациент готов заплатить и за которую врач готов реализовать свою медицинскую услугу.

- Выберите правильный ответ(ы).

Утверждается, что существуют следующие виды цен на медицинские услуги:

а) тариф на медицинские услуги;

б) договорные цены;

в) страховой тариф;

г) платные услуги.

Таблица. Цена 1 УЕТ с учетом рентабельности и инфляции

Подразделение	Затраты в год, руб.	Лаборатория	Промежуточные затраты	Рентгенология	Общие затраты	Рентабельность 33%	Совокупная цена за год	Пл. ан УЕТ в год	Совокупная цена с учетом инфляции 7%	Цена на 1 УЕТ в 2013 г.
Лаборатория	270990									
Рентгенология	2206680									
Хирургическое	2199060							20916		
Терапевтическое	3059740							43871		
Детское	2306960							26040		
Итого	10							90		

	043 430							827		
--	------------	--	--	--	--	--	--	-----	--	--

Перечень тем рефератов:

Особенности развития ДМС в Российской Федерации

Текущий контроль успеваемости по теме 10. Предпринимательство в медицинской деятельности

Перечень вопросов:

1. Сущность и функции предпринимательства в здравоохранении.
2. Индивидуальная предпринимательская деятельность.
3. Малое предпринимательство в медицине.
4. Планирование предпринимательской деятельности. Бизнес-планы.
5. Бизнес-планы.
6. Оценка рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в предпринимательской деятельности медицинской организации, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании.

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Сущность и функции предпринимательства в здравоохранении.
2. Индивидуальная предпринимательская деятельность.
3. Малое предпринимательство в медицине.
4. Планирование предпринимательской деятельности. Бизнес-планы.
5. Бизнес-планы.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Охарактеризуйте сущность и основные признаки предпринимательства. В чем состоят особенности предпринимательской деятельности в здравоохранении?
2. Назовите основные факторы (ресурсы) предпринимательства. Каким образом эти факторы используются для получения прибыли?
3. Охарактеризуйте основные виды предпринимательства, используемые в здравоохранении.
4. В чем заключается суть посреднического предпринимательства?
5. Какие общественно полезные функции выполняет медицинский бизнес?
6. Что представляет собой теневой бизнес в медицине и в чем его опасность?
7. Кто вправе заниматься индивидуальной предпринимательской деятельностью?
8. Каковы основные правила индивидуального предпринимательства?
9. Как производится регистрация индивидуально-частных предпринимателей?
10. Какие коммерческие предприятия (организации) принято называть малыми?
11. Каковы направления государственной поддержки субъектов малого предпринимательства в медицине?
12. В каких областях, сферах медицинской, медико-производственной деятельности находит свое приложение малое предпринимательство?
13. Каково содержание программ поддержки и развития малого медицинского и медико-производственного предпринимательства?
14. Что представляет собой предпринимательский проект? Каковы основные этапы его осуществления?
15. Зачем разрабатывается бизнес-план, какова его структура?

16. Какие данные содержит описание предпринимательского проекта и продукта в бизнес-плане?
17. Какие действия должен планировать предприниматель в части изучения рынка сбыта и разработки маркетинговой стратегии?
18. Какие меры по организации производства предусматриваются в бизнес-плане? Как организуется управление предпринимательским проектом?
19. Что означает кадровое обеспечение проекта?
20. Какие данные включает финансовый раздел бизнес-плана?

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Презентация «Бизнес-план медицинской организации»
2. Составьте общую схему медицинского предпринимательства
3. Дайте определение следующим понятиям

Торговое предпринимательство в сфере здравоохранения

Финансовое предпринимательство

Страховое предпринимательство

Посредническое предпринимательство

4. Перечислите функции медицинского предпринимательства
-
-
-

5. Продолжите предложение

Под малыми предприятиями в современном российском законодательстве понимаются

Перечень тем рефератов:

1. Структура рынка услуг здравоохранения;
2. Конкурентоспособность товаров и услуг медицинского назначения

2. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Вопросы к экзамену

Вопросы для промежуточной аттестации студента	Проверяемые компетенции
1. Направления развития системного подхода в охране здоровья.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
2. Составляющие определения «общественное здоровье».	ПК-4; ПК-15; ПК-16;

3. Здоровье как система.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
4. Характеристика современной концепции здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
5. Закономерности и принципы системы здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
6. Системное решение проблем охраны здоровья.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
7. Государственная политики в области охраны здоровья населения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
8. Сущность и содержание управления.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
9. Методологические подходы к управлению.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
10. Методы оптимизации управленческих решений.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
11. Характеристику методов принятия управленческих решений.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
12. Правовые основы деятельности хозяйствующих субъектов.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
13. Формы собственности в здравоохранении.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
14. Коммерческий сектор в здравоохранении.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
15. Некоммерческий сектор в здравоохранении.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
16. Особенности организационно-правовых форм организаций здравоохранения Российской Федерации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
17. Материальные, финансовые, трудовые ресурсы здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
18. Проблема ограниченности экономических ресурсов и цена экономического выбора.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
19. Методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования экономических ресурсов здравоохранения при принятии решений, связанных с операциями на мировых рынках в условиях глобализации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
20. Индикаторы социально-экономической эффективности здравоохранения как отрасли социального сектора экономики.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
21. Общие сведения о рынке. Виды рынков.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
22. Государственное регулирование и саморегулирование рынка медицинских товаров и услуг.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
23. Конкуренция на рынке медицинских товаров и услуг.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
24. Конкурентные преимущества и конкурентоспособность.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
25. Миссия и цели медицинской организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
26. Медицинская организация и ее структура.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
27. Системно-структурные особенности руководства	ПК-4; ПК-15;

организациями.	ПК-16;
28. Содержание и сущность процесса управления в медицинской организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
29. Решения в процессе управления.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
30. Коммуникативное поведение в организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
31. Отношения собственности и организационно-правовые формы деятельности в здравоохранении.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
32. Типы учреждений здравоохранения и их сравнительная характеристика.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
33. Дополнительные источники финансирования медицинских организаций.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
34. Экономические аспекты оказания платных медицинских и сервисных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
35. Оценка рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
36. Материальные, финансовые, трудовые ресурсы медицинских организаций.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
37. Эффективность использования экономических ресурсов медицинских организаций.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
38. Сущность труда и виды трудовой деятельности.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
39. Количество, качество и эффективность труда в организации здравоохранения.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
40. Трудовые отношения. Оплата труда медицинских работников	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
41. Источники финансирования медицинской деятельности.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
42. Бюджетное финансирование здравоохранения в России.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
43. Медицинское страхование. Методы оплаты медицинской помощи.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
44. Ценообразование на медицинские услуги и товары.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
45. Методы финансового менеджмента в оценке эффективности использования финансовых ресурсов в организации здравоохранения: активов, управления оборотным капиталом, принятия инвестиционных решений, решений по финансированию, формированию дивидендной политики и структуры капитала медицинской организации	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
46. Сущность и функции предпринимательства в здравоохранении.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
47. Индивидуальная предпринимательская деятельность.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
48. Малое предпринимательство в медицине.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
49. Планирование предпринимательской деятельности.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;

50. Бизнес-планы в деятельности медицинской организации.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;
51. Оценка рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в предпринимательской деятельности медицинской организации, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании.	ПК-4; ПК-15; ПК-16;

2.3.3 Примерная тематика курсовых работ

1. Социальный эффект и эффективность в здравоохранении, понятие, критерии, показатели.
2. Оценка экономической эффективности в здравоохранении: эффективность деятельности медицинских организаций и отрасли здравоохранения.
3. Оценка активов и управления оборотным капиталом организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь.
4. Оценка экономической эффективности в здравоохранении: эффективность новых медицинских технологий и медицинского оборудования.
5. Экономические ресурсы в здравоохранении.
6. Государственное регулирование отрасли здравоохранения.
7. Государственное регулирование и саморегулирование рынка медицинских товаров и услуг.
8. Государственная программа «Развитие здравоохранения в РФ»: цели, задачи, подпрограммы, индикаторы.
9. План мероприятий «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения»: целевые показатели, мероприятия.
10. Национальный проект «Здравоохранение», цели, задачи, проекты, планируемые результаты.
11. Методы финансового менеджмента в принятии инвестиционных решений, решений по финансированию, формированию дивидендной политики и структуры капитала медицинской организации
12. Источники финансирования учреждений здравоохранения и их анализ.
13. Программа государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.
14. Экономические аспекты оказания платных медицинских и сервисных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.
15. Особенности планирования и прогнозирования в организации здравоохранения в системе обязательного медицинского страхования (ОМС).
16. Анализ рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в условиях обязательного медицинского страхования.
17. Система добровольного медицинского страхования (ДМС), как источник дополнительного финансирования медицинской организации.
18. Развитие ДМС в российской экономике: анализ и перспективы.
19. Рынок труда в здравоохранении: проблемы и возможные пути их решения.
20. Финансирование здравоохранения: анализ и зарубежный опыт.
21. Финансовый менеджмент как основной инструмент оценки эффективности использования финансовых ресурсов медицинской организации.
22. Управление рисками в здравоохранении, как основа безопасности оказания медицинской помощи
23. Анализ эффективности инвестиций направленных на развитие учреждений здравоохранения..
24. Характеристика состава затрат и результатов, связанных с реализацией инвестиционных проектов в здравоохранении.

25. Оценка рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в предпринимательской деятельности медицинской организации, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании.

26. Информационные технологии в системе управления здравоохранением.

Примеры типовых контрольных заданий или иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в ходе промежуточной аттестации студентов.

**Экзамен по дисциплине «Экономика и управление в здравоохранении»
Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент»
Вариант №1 тестовых заданий к экзамену**

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Основу рыночной экономики составляет:

- а) частная собственность на средства производства;
- б) личная выгода;
- в) максимизация прибыли;
- г) свобода выбора сферы производства;
- д) постоянный рост продаж;
- е) свобода заключения сделок.

2. Укажите базовое понятие экономики здравоохранения:

- а) эффективность;
- б) управление;
- в) емкость рынка;
- г) спрос;
- д) ресурсы;
- е) предложение.

3. Укажите, что из перечисленного ниже не относится к основным функциям рыночного механизма:

- а) ценообразование;
- б) обеспечение социальных гарантий;
- в) соединение субъектов хозяйствования;
- г) регулирование, стимулирование и сбалансирование.

4. Ограниченность конкуренции и несовершенство информации при реализации медицинских услуг обусловлены:

- а) деятельностью лечебных учреждений;
- б) деятельностью СМО;
- в) деятельностью органов управления здравоохранения;
- г) пассивностью медицинской общественности;
- д) уникальностью и индивидуальностью медицинских услуг;
- е) несовершенством рынка медицинских услуг.

5. К формам собственности в здравоохранении относится:

- а) общественная собственность;
- б) федеральная собственность;
- в) муниципальная собственность;
- г) коллективно-долевая собственность;
- д) частная собственность.

6. Какая некоммерческая организация здравоохранения может быть учредителем новых юридических лиц:

- а) государственное (муниципальное) казенное учреждение;
- б) государственное (муниципальное) бюджетное учреждение;
- в) государственное (муниципальное) автономное учреждение?

7. Какой из типов государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения может получить кредит у кредитных организаций:

- а) государственное (муниципальное) казенное учреждение;
- б) государственное (муниципальное) бюджетное учреждение;
- в) государственное (муниципальное) автономное учреждение?

8. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС заключается между МО и:

- а) федеральным фондом ОМС;
- б) ТФОМС;
- в) СМО;
- г) ТФОМС и СМО;
- д) учредителем МО.

9. Федеральный и ТФОМС являются:

- а) государственными казенными учреждениями;
- б) некоммерческими организациями;
- в) государственными бюджетными учреждениями;
- г) коммерческими организациями;
- д) государственными унитарными предприятиями.

10. Абсолютную эффективность финансовой деятельности ЛПУ характеризует:

- а) выручка;
- б) доход;
- в) прибыль;
- г) рентабельность;
- д) фондоемкость.

11. Рентабельность - это:

- а) отношение прибыли, полученной от предоставления услуги, к ее полной себестоимости;
- б) чистый денежный доход учреждения, остающийся после возмещения материальных затрат и средств на оплату труда;
- в) часть денежной выручки, остающаяся после возмещения материальных затрат.

12. Производство медицинских услуг принесет прибыль, если:

- а) валовой доход превышает валовые издержки;
- б) цена превышает валовые средние издержки;
- в) валовые издержки превышают валовой доход;
- г) предельные издержки равны предельному доходу.

13. Программа государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи должна включать:

- а) базовую программу ОМС;
- б) перечень соответствующих видов медицинской помощи и их объемы;
- в) подушевой норматив финансирования здравоохранения;
- г) план мероприятий;
- д) все вышеперечисленное.

14. Какая организационно-правовая форма предпринимательства наиболее распространена на современном этапе реформы здравоохранения:

- а) государственное (муниципальное) автономное учреждение;
- б) ЛПУ, оказывающее в том числе и платные медицинские услуги;
- в) медицинский кооператив;
- г) частнопрактикующий врач;
- д) полное товарищество?

15. Какие из видов издержек, приведенных ниже, не принимаются во внимание при принятии решений об оптимальном объеме оказания медицинских услуг:

- а) средние переменные издержки;
- б) средние постоянные издержки;

- в) предельные издержки;
 - г) постоянные издержки?
16. Цена медицинской услуги - это:
- а) денежное выражение стоимости;
 - б) рыночный параметр, зависящий от спроса и предложения на медицинские услуги;
 - в) отражение затрат на оказание одной медицинской услуги;
 - г) сумма денег, которую пациент готов заплатить и за которую врач готов реализовать свою медицинскую услугу.
17. Какие виды цен на медицинские услуги существуют в РФ:
- а) тариф на медицинские услуги;
 - б) государственные цены на платные услуги;
 - в) бюджетные расценки;
 - г) договорные цены;
 - д) страховой тариф;
 - е) платные услуги?
18. К этапам пошагового метода определения затрат относятся:
- а) расчет затрат - определение базовой единицы учета затрат - группировка по нозологии;
 - б) расчет затрат по подразделениям больницы - определение базовой единицы учета затрат - перераспределение затрат вспомогательных подразделений учреждения на основные подразделения;
 - в) определение базовой единицы учета затрат - перераспределение затрат вспомогательных подразделений на основные - определение себестоимости каждой услуги.
19. К какой форме оплаты труда вы отнесли бы многофакторную систему оплаты труда:
- а) к повременной;
 - б) к сдельной;
 - в) сочетанию повременной и сдельной?
21. Тарифную систему оплаты труда применяют в следующих формах и системах оплаты труда:
- а) сдельной;
 - б) трудового вознаграждения;
 - в) комиссионной;
 - г) повременной.
22. В каких случаях целесообразно применять сдельную форму оплаты труда:
- а) при наличии количественных показателей работы;
 - б) возможности точного учета качества работы;
 - в) необходимости стимулирования увеличения выработки?
23. Какие методы направлены на создание благоприятных условий для трудовой деятельности работников:
- а) организационно-производственные;
 - б) административные;
 - в) социально-психологические;
 - г) социально-экономические;
 - д) правовые?
24. Какие виды общественного блага государство обязывает потреблять своих граждан:
- а) дошкольное воспитание;
 - б) всеобщее среднее образование;
 - в) высшее профессиональное образование;
 - г) медико-социальное страхование;
 - д) всеобщую диспансеризацию?
25. Лояльность потребителей медицинских услуг обусловлена:
- а) стажем работы врача;

- б) большим количеством ученых степеней, научных работ у врача;
- в) коммуникативными навыками врача;
- г) квалификацией врача;
- д) все ответы верны.

26. Бюджетирование как инструмент управления - это:

- а) система бюджетного управления организацией, включающая методологию и технологию разработки бюджетов, составление бюджетов доходов и расходов, финансового бюджета, бюджета движения финансовых средств, организацию бюджетного процесса, систему планово-контрольных показателей, финансовое планирование (в том числе затрат, цен медицинских услуг), концепцию бюджетного контроля, разработку системы мотивации, разработку бюджетной модели ЛПУ;
- б) матрица финансовых полномочий.

27. К задачам финансирования в здравоохранении относятся:

- а) обеспечение сбалансированности видов и объемов медицинской помощи населению;
- б) переход к бюджетированию, ориентированному на результат;
- в) внедрение прогрессивных методов оплаты медицинской помощи;
- г) внедрение новых форм оплаты труда медицинского персонала;
- д) все ответы верны;
- е) все ответы неверны.

28. Бюджетная модель финансирования здравоохранения основывается:

- а) на сборе налогов, из которых формируется доходная часть бюджета, а затем определяется расход на здравоохранение;
- б) целевом взносе на медицинское страхование.

29. К внешним альтернативным источникам финансирования ЛПУ относятся:

- а) средства ДМС, благотворительные средства, кредиты банков, накопления на депозитных счетах в банках;
- б) доходы от медицинских услуг, предоставленных на коммерческой основе гражданам сверх программы государственных гарантий; доходы в виде арендной платы; реализация технологий лечения, научно-методической информации; средства фонда амортизации.

30. Источниками финансирования учреждений здравоохранения в условиях ОМС являются:

- а) государственный бюджет;
- б) средства медицинского страхования;
- в) доходы от платных услуг населению;
- г) все вышеперечисленное.

Ключ к тестам

Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ
1	а, г, е	16	г
2	а	17	а-г
3	б	18	б
4	д	19	в
5	б, в, д	20	а, г
6	б, в	21	г
7	в	22	а, в
8	г	23	а
9	б	24	б, г, д
10	г	25	а, в
11	а	26	а
12	а, г	27	д
13	а-в	28	б
14	б	29	б

15	б	30	г
----	---	----	---

3. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ПРИ ТЕКУЩЕМ И ПРОМЕЖУТОЧНОМ КОНТРОЛЕ

Оценка промежуточной аттестации выставляется в зачетную книжку обучающегося (кроме «неудовлетворительно», «незачет») и экзаменационную/зачетную ведомость в форме «зачет/незачет» в случае зачета или в форме дифференцированных оценок «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» в случае экзамена или зачета с оценкой по соответствующей дисциплине согласно шкале оценки для проведения промежуточной аттестации по дисциплине.

№ №	Наименование этапа	Технология оценивания	Шкала (уровень) оценивания			
			ниже порогового «неудовлетворительно»	пороговый «удовлетворительно»	продвинутый «хорошо»	высокий «отлично»
1.	Подготовка курсовой работы.	Защита	-содержание работы не раскрывает тему, вопросы изложены бессистемно и поверхностно, нет анализа практического материала, основные положения и рекомендации не имеют обоснования; -работа оригинальна, основана на компиляции публикаций по теме; -работа несвоевременно представлена на кафедру, не в полном объеме по содержанию и оформлению соответствует предъявляемым требованиям; -на защите студент показал поверхностные знания по исследуемой теме, отсутствие представлений об актуальных	-тема работы раскрыта частично, но в основном правильно, допущено поверхностное изложение отдельных вопросов темы; -в работе недостаточно полно использованы информационные источники, выводы и практические рекомендации не отражают достаточной степени содержание работы; -при написании и защите работы студент продемонстрировал поверхностный уровень теоретических знаний и практических навыков; -работа своевременно представлена на	-тема работы раскрыта, однако выводы и рекомендации не всегда оригинальны и / или не имеют практической значимости, есть неточности при освещении отдельных вопросов темы; -собран, обобщен и проанализирован необходимый объем информационных источников, но не по всем аспектам исследуемой темы сделаны выводы и обоснованы практические рекомендации; -при написании и защите работы студент продемонстрировал средний уровень теоретических знаний и достаточных	-работа выполнена самостоятельно, носит творческий характер, возможно содержание элементов научной новизны; -собран, обобщен и проанализирован достаточный объем литературных и других информационных источников; -при написании и защите работы студент продемонстрировал высокий уровень теоретических знаний и наличие практических навыков; -работа хорошо оформлена и своевременно представлена на кафедру, полностью

			проблемах по теме работы, плохо отвечал на вопросы.	кафедру, однако не в полном объеме по содержанию и / или оформлению соответствует предъявляемым требованиям; -в процессе защиты студент недостаточно полно изложил основные положения работы, испытывал затруднения при ответах на вопросы.	практических навыков; -работа своевременно представлена на кафедру, есть отдельные недостатки в ее оформлении; -в процессе защиты работы были неполные ответы на вопросы.	соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению курсовых работ; -на защите освещены все вопросы исследования, ответы студента на вопросы профессионально грамотны, исчерпывающие, результаты исследования подкреплены статистическим и критериями
2	Контроль знаний	Экзамен	ответ студента не имеет теоретического обоснования; не дает правильных формулировок, определений понятий и терминов; полное непонимание материала или отказ от ответа	ответ студента не имеет теоретического обоснования; не полное понимание материала; допускает неточности в формулировках, определениях понятий и терминов; иногда искажает смысл	студент отвечает полно, обоснованно, но имеет единичные ошибки, которые сам же исправляет после замечания преподавателя; полное понимание материала; свободно владеет речью.	студент отвечает полно, обоснованно; дает правильные формулировки, точные определения понятий и терминов; полное понимание материала; свободно владеет речью

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА СТУДЕНТА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по дисциплине	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки,	A	100-96	ВЫСОКИЙ	5 (отлично)

изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента. В полной мере овладел компетенциями.				
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента. В полной мере овладел компетенциями.	B	95-91	ВЫСОКИЙ	5 (отлично)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя. В полной мере овладел компетенциями.	C	90-86	СРЕДНИЙ	4 (хорошо)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя. В полной мере овладел компетенциями.	D	85-81	СРЕДНИЙ	4 (хорошо)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные студентом с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. В полной мере овладел компетенциями.	E	80-76	СРЕДНИЙ	4 (хорошо)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-	F	75-71	НИЗКИЙ	3 (удовлетворительно)

следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно. Достаточный уровень освоения компетенциями				
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Достаточный уровень освоения компетенциями	G	70-66	НИЗКИЙ	3 (удовлетворительно)
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя приводят к коррекции ответа студента на поставленный вопрос. Обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Достаточный уровень освоения компетенциями	H	61-65	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3 (удовлетворительно)
Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины или дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность	I	60-0	НЕ СФОРМИРОВАН	2

изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Компетенции не сформированы				
---	--	--	--	--

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
– филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Методические указания по выполнению курсовой работы по дисциплине
«ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ В ЗДРАВООРАНЕНИИ»

1. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ КУРСОВЫХ РАБОТ

Курсовая работа студента вуза - работа, представляющая собой заключительный учебно-исследовательский труд комплексного характера. Она выполняется как самостоятельное исследование актуального вопроса (проблемы) в области изученной дисциплины. Являясь также научно-практическим исследованием, она характеризует уровень теоретической и деловой подготовки студента, его научную эрудицию и глубину профессиональных знаний и навыков, полученных за период изучения дисциплины «Анализ и диагностика финансово-хозяйственной деятельности предприятий и организаций в сфере здравоохранения». Согласно предъявляемым требованиям написание курсовой работы призвано способствовать закреплению и проявлению знаний, полученных в процессе изучения дисциплины «Анализ и диагностика финансово-хозяйственной деятельности предприятий и организаций в сфере здравоохранения». Выполнение курсовой работы имеет целью систематизацию, обобщение и проверку специальных теоретических знаний и практических навыков студентов, завершающих изучение данной дисциплины. В курсовой работе должны ставиться и решаться актуальные вопросы в области изучаемой дисциплины. В ней должны быть продемонстрированы эрудиция и умение автора анализировать и исследовать проблемы и предлагать оригинальные пути их разрешения, самостоятельно делать выводы, а также уровень знаний специальной литературы и др.

Цель выполнения курсовой работы по дисциплине «Анализ и диагностика финансово-хозяйственной деятельности предприятий и организаций в сфере здравоохранения» является овладение практическими навыками аналитически-исследовательской работы в области анализа результатов работы организаций здравоохранения, ресурсов и оценки эффективности их использования.

В качестве задач, ставящихся при выполнении курсовой работы, следует выделить следующие:

1. систематизация, расширение и закрепление теоретических и практических знаний по направлению подготовки;
2. развитие навыков самостоятельной работы с учебными материалами, монографиями и другой научной литературой, а также законодательством Российской Федерации, статистическими материалами и прочей информацией;
3. применение полученных знаний при исследовании и анализе различных финансово-экономических показателей.

2. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И ОФОРМЛЕНИЮ КУРСОВОЙ РАБОТЫ

2.1. Структурные элементы курсовой работы и их краткая характеристика

Примерная тематика курсовых работ разрабатывается преподавателями профилирующей (выпускающей) кафедры и рекомендуется студентам. Тема курсовой работы должна быть ориентированной на дисциплину «Анализ и диагностика финансово-хозяйственной деятельности предприятий и организаций в сфере здравоохранения». Студент может разрабатывать любую тему, направленную на исследование и анализ финансово-экономических, вопросов входящих в изучаемую дисциплину.

Все темы курсовых работ должны соответствовать объему теоретических знаний и практических навыков, полученных по дисциплине «Анализ и диагностика финансово-хозяйственной деятельности предприятий и организаций в сфере здравоохранения». Они должны включать основные вопросы, которыми студенту, предстоит заниматься в своей профессиональной деятельности.

Выпускающая кафедра обеспечивает необходимые консультации студентам при выборе ими тем курсовых работ. План курсовой работы студент согласовывает со своим научным руководителем, который оказывает научную и методическую помощь на протяжении всего периода работы.

Возможна некоторая корректировка заранее утвержденной темы в процессе написания на завершающем этапе по согласованию с научным руководителем и с уведомлением заведующего кафедрой.

Рекомендуемая тематика курсовых работ ежегодно переутверждается выпускающей кафедрой и заблаговременно доводится до сведения студентов, выходящих на курсовое проектирование.

В процессе работы над курсовой работой студент должен проявить свои способности квалифицированного специалиста в данной области, что характеризует его подготовленность к предстоящей профессиональной деятельности. Курсовая работа предполагает разработку избранной темы с анализом источников и литературы, нормативно-правовых актов, авторских наблюдений и других материалов по исследуемому вопросу (проблеме). Курсовая работа должна иметь логично выстроенную структуру, которая в систематизированной форме концентрированно отражает текстуально изложенное содержание проведенного исследования, его результаты и практические рекомендации.

Структурно курсовая работа состоит из введения, двух или более глав (разделов), разбитых на параграфы, заключения, списка нормативных актов, использованной литературы и других источников. Объем текстуальной части курсовой работы не должен

превышать 1-2 печатных листов или 30-50 страниц машинописного (компьютерного) текста, не считая приложений, примечаний, титульного и других листов, связанных с оформлением.

Типовая структура курсовой работы включает следующие части (разделы):

Титульный лист

Введение

Глава I. Информационно-теоретическая часть.

Глава II. Проблемно-аналитическая часть. Анализ объекта и организации исследуемого процесса и объекта

Заключение

Библиографический список (Список использованной литературы)

Приложения

Титульный лист оформляется по установленному образцу. Он является первым листом курсовой работы (Приложение Б).

В главах (разделах, параграфах) последовательно излагается содержание курсового исследования. Текстуальный объем каждой из глав или разделов обычно имеет по 10-20 страниц. Последовательность написания их зависит от сугубо индивидуальных наклонностей и других субъективных особенностей творческой работы автора.

В содержании курсовой работы должны быть соблюдены основные требования:

1. обоснование предложений результатами анализа деятельности объекта;
2. реальная направленность результатов исследования и проектно-практических (рекомендованных) мероприятий на повышение эффективности и оптимизацию выполняемых функций;
3. соответствие предлагаемых мероприятий по совершенствованию целям и перспективным тенденциям;
4. действенность и конкретность выводов;
5. соответствие уровня разработки темы курсовой работы современному уровню разработок методических положений и рекомендаций по исследованию процессов различной природы.

Единство общих требований не сужает просторы творческой мысли исследователя, предполагает одновременно его широкую инициативу в разработке избранной темы в самых разных ее аспектах и особенностях, с учетом индивидуальных способностей и склонностей студента. Оригинальность решения задач исследования — один из важных критериев оценки качества курсовой работы. Важным направлением курсового исследования является разработка предложений по совершенствованию организационной структуры и методов управления финансовой сферой. При таком подходе к определению цели, задач и предмета

курсовой работы, акцент делается как на конкретном (ситуационном), так и на стратегическом (перспективном) управлении. Управление по ситуации - это, как правило, управление непрограммируемой, неструктурируемой, непредсказуемой средой - требует быстрого реагирования. Здесь необходима локализация содержания проблемной ситуации и выработка, главным образом, оперативных решений с учетом их возможных последствий; целесообразно определить оптимальный вариант управленческих действий.

Стратегическое управление есть планирование развития, которое требует совершенно иного видения проблемы и определения мероприятий ее решения на перспективу. Здесь важно проявить масштабность в формулировании управленческих целей, суметь провести анализ больших массивов информации, просчитать альтернативные решения и оценить их возможные последствия, определить оптимальный вариант.

В курсовой работе используются программно-целевые методы совершенствования планирования и управления, экономико-математическое моделирование для выбора оптимальных решений, общенаучные и специальные подходы и методы обоснования результатов, предложений и исследований, формулируемых в курсовой работе.

Общие методологические подходы рассматривают курсовое исследование как процесс последовательного анализа и разработки проблемы (вопросов) финансово-экономических процессов, выявления недостатков и резервов совершенствования. В этих целях студент должен в полной мере использовать полученные знания, как по изучаемой дисциплине, так и по дисциплинам правового и экономического циклов.

Студент с помощью научного руководителя должен организовать свою работу так, чтобы с рациональными затратами времени самостоятельно находить оптимальные решения исследовательских задач. Исследование финансовых процессов и систем должно базироваться на использовании проверенных практикой методов, экономической и правовой оценке условий применения существующих систем и возможности их совершенствования. Студент должен знать и постоянно изучать новейшие достижения в теории и практике финансового анализа, зарубежный опыт исследования и, по возможности, учитывать их в своей работе. Исследование должно основываться на действующем законодательстве Российской Федерации.

Курсовая работа выполняется на основе изучения литературы по специальности (учебников, учебных пособий и методических материалов), нормативно-правовых источников, специальной литературы по избранной теме (монографий, других научных изданий, статей), средств массовой информации. Курсовая работа должна разрабатываться на конкретных материалах. В курсовой работе должно содержаться решение конкретных исследовательских задач, способствующих успешному достижению поставленных целей.

2.2. Правила оформления работы

2.2.1. Оформление печатного текста

К оформлению текста курсовой работы предъявляются определенные требования, предусмотренные государственными стандартами: ЕСКД ГОСТ 2.105-95; ГОСТ 7.1-2003; ГОСТ 7.12-93; ГОСТ Р 7.0.5–2008. Руководитель не имеет права принять от студента работу, если она не оформлена по правилам. Защищенная курсовая работа, оформленная в переплетенном виде по единому образцу, хранится в архиве университета.

Курсовая работа пишется на белой бумаге стандартного формата А4(210x297). Выполнение курсовой работы обязательно осуществлять с применением печатающих устройств ЭВМ на одной стороне листа белой бумаги через 1,5 интервала. Для работ, выполненных на печатающих устройствах вывода ЭВМ, высота букв и цифр должна быть не менее 1,8 мм. (Шрифт 14 Times New Roman с полуторным интервалом). Абзацный отступ должен быть одинаковым во всей работе – 1,25 см. На странице около 1800 знаков, включая пробелы и знаки препинания, т.е. 57-60 знаков в строке, 28-30 строк на странице.

Текст работы следует печатать, соблюдая следующие размеры полей: левое - 30 мм, правое - 10 мм, верхнее и нижнее - 20 мм.

При выполнении работы необходимо соблюдать равномерную плотность, контрастность и четкость изображения, линии, буквы, цифры и знаки должны быть четкими, одинаково черными по всему тексту. Опечатки, описки и графические неточности, обнаруженные в процессе выполнения документа, допускается исправлять подчисткой или закрашиванием белой краской и нанесением на том же месте исправленного текста (графика) машинописным способом или черными чернилами, пастой или тушью рукописным способом. Допускается не более 3 исправлений на одной странице. Повреждения листов текстовых документов, помарки и следы не полностью удаленного прежнего текста (графика) не допускаются. После внесения исправлений документ должен удовлетворять требованиям микрофильмирования, установленным ГОСТ 13.1.002.

В тексте документа не допускается:

- а) применять обороты разговорной речи, техницизмы, профессионализмы;
- б) применять для одного и того же понятия различные научно-технические термины, близкие по смыслу (синонимы), а также иностранные слова и термины при наличии равнозначных слов и терминов в русском языке;
- в) применять произвольные словообразования;

- г) применять сокращения слов, кроме установленных правилами русской орфографии, соответствующими государственными стандартами;
- д) сокращать обозначения единиц физических величин, если они употребляются без цифр, за исключением единиц физических величин в головках и боковиках таблиц, и в расшифровках буквенных обозначений, входящих в формулы и рисунки.

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков, не допускается:

- а) применять математический знак минус (-) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- б) применять знак «Ø» для обозначения диаметра (следует писать слово «диаметр»). При указании размера или предельных отклонений диаметра на чертежах, помещенных в тексте документа, перед размерным числом следует писать знак «Ø»;
- в) применять без числовых значений математические знаки, например > (больше), < (меньше), = (равно), ≥ (больше или равно), ≤ (меньше или равно), ≠ (не равно), а также знаки № (номер), % (процент);
- г) применять индексы стандартов, технических условий и других документов без регистрационного номера.

Перечень допускаемых сокращений слов установлен в ГОСТ 2.316. Если в документе принята особая система сокращения слов или наименований, то в нем должен быть приведен перечень принятых сокращений, который помещают в конце документа перед перечнем терминов.

Условные буквенные обозначения, изображения или знаки должны соответствовать принятым в действующем законодательстве и государственных стандартах. В тексте документа перед обозначением параметра дают его пояснение, например «Коэффициент быстрой ликвидности $K_{бл}$ ». При необходимости применения условных обозначений, изображений или знаков, не установленных действующими стандартами, их следует пояснять в тексте или в перечне обозначений. В документе следует применять стандартизованные единицы физических величин, их наименования и обозначения в соответствии с ГОСТ 8.417. Наряду с единицами СИ, при необходимости, в скобках указывают единицы ранее применявшихся систем, разрешенных к применению. Применение в одном документе разных систем обозначения физических величин не допускается. В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти - словами.

Единица физической величины одного и того же параметра в пределах одного документа должна быть постоянной. Если в тексте приводится ряд числовых значений,

выраженных в одной и той же единице физической величины, то ее указывают только после последнего числового значения, например 1,50; 1,75; 2,00 м.

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Примеры:

- а) От 1 до 5 мм.
- б) От 10 до 100 кг.
- в) От плюс 10 до минус 40°С.
- г) От плюс 10 до плюс 40°С.

Недопустимо отделять единицу физической величины от числового значения (переносить их на разные строки или страницы), кроме единиц физических величин, помещаемых в таблицах.

Приводя наибольшие или наименьшие значения величин, следует применять словосочетание «должно быть не более (не менее)». Приводя допустимые значения отклонений от указанных норм, требований, следует применять словосочетание «не должно быть более (менее)». Числовые значения величин в тексте следует указывать со степенью точности, которая необходима для обеспечения требуемых свойств, при этом в ряду величин осуществляется выравнивание числа знаков после запятой. Округление числовых значений величин до первого, второго, третьего и т.д. десятичного знака для различных типоразмеров, марок и т.п. должно быть одинаковым.

2.2.2. Нумерация глав, пунктов и подпунктов

Между названием главы и названием параграфа этой главы ставится пробел равный двум интервалам, а название параграфа не должно отделяться от текста этого параграфа пробелом. Названия параграфов отделяются от текста предыдущего параграфа пробелом, равным двум интервалам. Каждая глава, а также введение, выводы, приложения и список использованной литературы начинаются с новой страницы. Слово «Глава» не пишется. Главы имеют порядковые номера в пределах всей работы, обозначаемые арабскими цифрами (например: 1,2,3), после которых ставится точка. Слово «параграф» или значок параграфа в названии не ставятся. Параграфы имеют порядковые номера в пределах глав, обозначаемые арабскими цифрами (например: 1.1. и 1.2.). Заголовки глав и параграфов в тексте работы

должны располагаться по центру, точку в конце названия главы и параграфа не ставят. Не допускается переносить часть слова в заголовке.

2.2.3. Нумерация страниц работы

Нумерация страниц основного текста и приложений должна быть сквозной. Нумерация страниц текста делается в правом нижнем углу листа. Проставлять номер страницы необходимо со страницы, где печатается «Введение», на которой ставится цифра «3». После этого нумеруются все страницы, включая приложения.

2.2.4. Приложения

Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием наверху посередине страницы слова «Приложение» и его обозначения. Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой.

Приложения обозначают заглавными буквами русского алфавита, начиная с А, за исключением букв Ё, З, Й, О, Ч, Ъ, Ы, Ь. После слова «Приложение» следует буква, обозначающая его последовательность. Допускается обозначение приложений буквами латинского алфавита, за исключением букв I и O. В случае полного использования букв русского и латинского алфавитов допускается обозначать приложения арабскими цифрами. Если в документе одно приложение, оно обозначается «Приложение А».

Приложения, как правило, выполняют на листах формата А4. Допускается оформлять приложения на листах формата А3, А4×3, А4×4, А2 и А1 по ГОСТ 2.301.

Текст каждого приложения, при необходимости, может быть разделен на разделы, подразделы, пункты, подпункты, которые нумеруют в пределах каждого приложения. Перед номером ставится обозначение этого приложения. Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

2.2.5. Оформление формул и уравнений

Используемые в тексте формулы нумеруются арабскими цифрами в круглых скобках у правого края страницы на уровне нижней строки формулы, к которой относится номер, сама формула размещается по центру страницы. Если формула содержит дробь, то ее номер ставится на уровне горизонтальной черты дроби на правой стороне листа. Если в работе

только одна формула или уравнение, их не нумеруют. Формулы, приведенные в работе, должны иметь сквозную нумерацию, за исключением формул, помещаемых в приложении.

Формулы, помещаемые в приложениях, должны нумероваться отдельной нумерацией арабскими цифрами в пределах каждого приложения с добавлением перед каждой цифрой обозначения приложения, например формула (B.1). Допускается нумерация формул в пределах раздела. В этом случае номер формулы состоит из номера раздела и порядкового номера формулы, разделенных точкой, например (3.1). Порядок изложения в документах математических уравнений такой же, как и формул.

Небольшие формулы, образующие единую группу, должны иметь общий номер. Если группа формул объединяет формулы, расположенные каждая на отдельной строке, то вся группа с правой стороны охватывается фигурной скобкой и еще правее на уровне острия фигурной скобки ставится единый номер. Острие фигурной скобки должно находиться посередине группы формул по высоте.

В формулах в качестве символов следует применять обозначения, установленные соответствующими государственными стандартами. Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, если они не пояснены ранее в тексте, должны быть приведены непосредственно под формулой. Пояснения каждого символа следует давать с новой строки в той последовательности, в которой символы приведены в формуле. Первая строка пояснения должна начинаться со слова «где» без двоеточия после него. Уравнения и формулы следует выделять из текста в определенную строку. Если уравнение не умещается в одну строку, оно должно быть перенесено после знаков равенства (=), плюс (+), минус (-), умножения (*), деления (/) или других математических знаков.

При ссылках на какую-либо формулу ее номер ставят точно в той же графической форме, что и после формулы, т.е. арабскими цифрами в круглых скобках. Например, «в формуле (5)...» или «из уравнения (4) вытекает...». Если ссылка на номер формулы находится внутри выражения, заключенного в круглые скобки, то их рекомендуется заменять квадратными. Например, «используя выражение [см. формулу (5)]...».

Следует помнить, что формула является равноправным элементом предложения, в которое она включена, поэтому в конце формул и в тексте перед ними знаки препинания ставят в соответствии с существующими в русском языке правилами пунктуации. Так, двоеточие перед формулой ставится только тогда, когда оно требуется правилами: либо если в тексте перед формулой стоит обобщающее слово; либо если двоеточия требует синтаксис предложения, в которое включена данная формула. Между формулами, следующими одна за другой и не разделенными текстом, ставится запятая или точка с запятой.

Знаки препинания между формулами, заключенными в фигурные скобки, ставятся внутри скобок. После громоздких математических выражений знаки препинания можно не ставить.

2.2.6. Оформление таблиц

Таблицы применяют для большей наглядности результатов расчета, анализа и удобства сравнения различных показателей. Таблица представляет собой способ подачи информации в виде перечня сведений, числовых данных, приведенных в определенную систему и разнесенных по графам (колонкам).

Таблицы бывают аналитическими и неаналитическими. Первые представляют собой результат обработки и анализа цифровых данных. На основании таких таблиц делают обобщающий вывод, устанавливают и формулируют определенную закономерность. В неаналитических таблицах, как правило, приводятся необработанные статистические данные, предоставляющие информативный и иллюстративный материал, не требующий обработки (расчета).

Реквизиты таблицы включают: порядковый номер и тематический заголовок (название), боковик (перечень параметров, располагаемых по горизонтальным строкам), заголовки вертикальных граф (головки) и сами горизонтальные графы (строки) и вертикальные графы (колонки).

Название таблицы, при его наличии, должно отражать ее содержание, быть точным, кратким. Название следует помещать над таблицей. Таблицы основной части текста нумеруются арабскими цифрами сквозной нумерацией. (Пример: Таблица 5 - Характеристика основных видов выпускаемой продукции). Слова в названии таблицы, в заголовках граф, в боковике таблицы переносить и сокращать нельзя. Таблица не нумеруется, если в тексте она одна. В конце заголовка точку не ставят, заголовок не подчеркивают.

При переносе таблицы на следующую страницу пронумеровывают ее графы и повторяют их нумерацию на следующей странице; заголовок таблицы не воспроизводят, но над ней помещают надпись, например, «Продолжение таблицы 5», располагаемую справа в конце строки.

Таблицы каждого приложения обозначают отдельной нумерацией арабскими цифрами с добавлением перед цифрой обозначения приложения. Если в документе одна таблица, она должна быть обозначена «Таблица 1» или «Таблица В.1», если она приведена в приложении В.

Допускается нумеровать таблицы в пределах раздела. В этом случае номер таблицы состоит из номера раздела и порядкового номера таблицы, разделенных точкой.

Заголовок каждой графы в головке таблицы должен быть, по возможности, кратким и не должен в своем названии повторять общего заглавия таблицы или его частей. В случае, если возможно единицу измерения параметров внести в заглавие (в строке между названием таблицы и самой таблицей в правой части страницы, в скобках), отдельная графа для единиц измерения не вносится. Такое правило распространяется на таблицы, в которых отражаются показатели с одинаковой единицей измерения (млн. руб., % и т.д.). Если показатели таблицы в основном одинаковые, но некоторые отличаются по единицам измерения, то в этих случаях в боковиках таблиц после соответствующего названия проставляются необходимые единицы измерения, отделенные запятой. Например, таблица содержит преимущественно стоимостные данные, но в одной из строк приводятся данные по численности; тогда запись в этой строке будет иметь следующий вид: «Численность, чел.».

Таблица (номер) - Заголовок таблицы

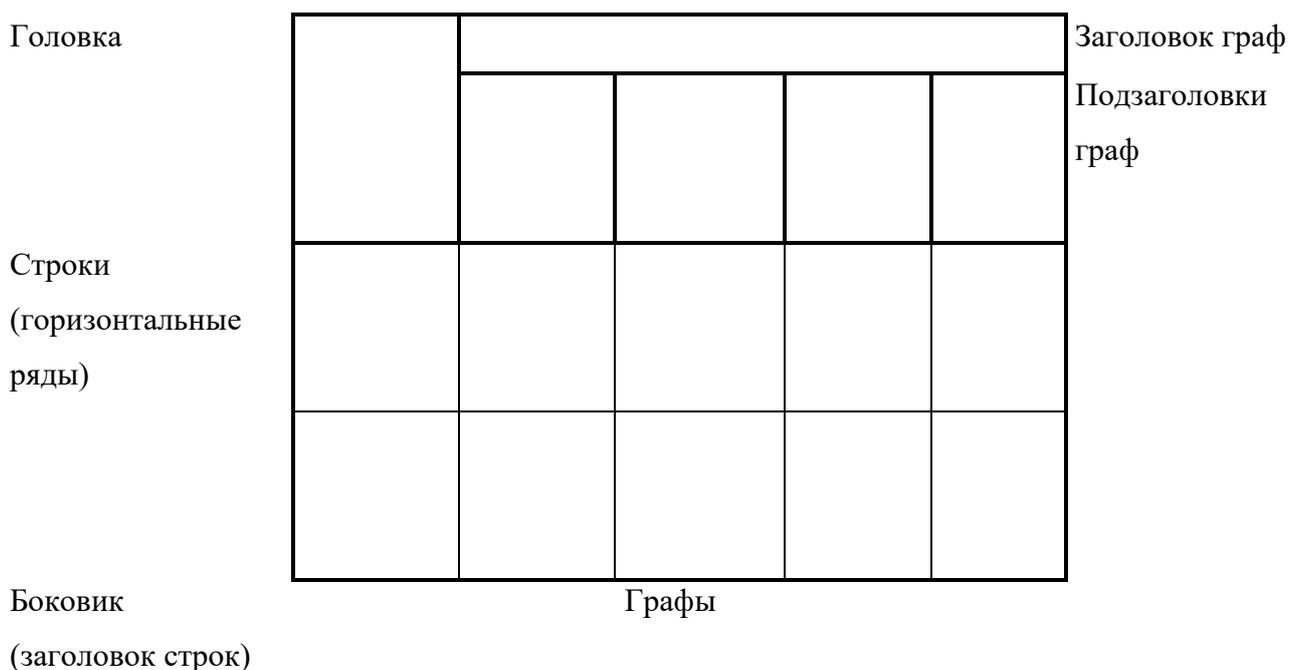


Рисунок 1 – Схема построения таблицы

Боковик таблицы тоже должен быть лаконичным. Повторяющиеся слова следует выносить в объединяющие рубрики, общие для всех заголовков боковика слова помещают в заголовок над боковиком. После заголовков боковика знаки препинания не ставятся. Основные заголовки внутри таблицы пишутся со строчной буквы, если образуют единое предложение с главным заголовком, а если не образуют, то с прописной (заглавной). Заголовки, как подчиненные, так и главные, должны быть, как можно, более точны и просты.

Если используемые в таблице данные ранее уже были опубликованы, то необходимо обязательно в тексте указать источник информации, из которого заимствована таблица.

Таблицу, в зависимости от ее размера, размещают либо под текстом, в котором впервые указана на нее ссылка, либо в тексте на следующей странице после первого упоминания. При необходимости уместить на одной странице таблицу с большим количеством граф, ее можно развернуть на 90° таким образом, чтобы после ее просмотра при возвращении текста в исходное положение движение возврата было против часовой стрелки. То есть заголовок таблицы в этом случае будет расположен у левого поля страницы.

Цифровые данные оформляются в виде таблицы только тогда, когда в этом есть необходимость: цифр очень много, и по логике исследования требуется их наглядное сопоставление. Если их немного, они обозримы по ходу чтения и вписываются в текст, их лучше так и оставить в тексте.

Заголовки граф и строк таблицы следует писать с прописной буквы, а подзаголовки граф со строчной буквы, если они составляют одно предложение с заголовком, или с прописной буквы, если они имеют самостоятельное значение. В конце заголовков и подзаголовков таблиц точки не ставят. Заголовки и подзаголовки граф указывают в единственном числе.

Таблицы слева, справа и снизу, как правило, ограничивают линиями. Разделять заголовки и подзаголовки боковика и граф диагональными линиями не допускается. Горизонтальные и вертикальные линии, разграничивающие строки таблицы, допускается не проводить, если их отсутствие не затрудняет пользование таблицей. Заголовки граф, как правило, записывают параллельно строкам таблицы. При необходимости допускается перпендикулярное расположение заголовков граф. Головка таблицы должна быть отделена линией от остальной части таблицы. Высота строк таблицы должна быть не менее 8 мм.

Таблицу, в зависимости от ее размера, помещают под текстом, в котором впервые дана ссылка на нее, или на следующей странице, а при необходимости, в приложении к документу. Допускается помещать таблицу вдоль длинной стороны листа документа.

Если строки или графы таблицы выходят за формат страницы, ее делят на части, помещая одну часть под другой или рядом, при этом в каждой части таблицы повторяют ее головку и боковик. При делении таблицы на части допускается ее головку или боковик заменять соответственно номером граф и строк. При этом нумеруют арабскими цифрами графы и (или) строки первой части таблицы. Слово «Таблица» указывают один раз над первой частью таблицы, над другими частями пишут слова «Продолжение таблицы» с указанием номера (обозначения) таблицы в соответствии с рисунком 2.

Таблица...

В миллиметрах

Номинальный диаметр резьбы болта, винта, шпильки	Внутренний диаметр шайбы	Толщина шайбы					
		легкой		нормальной		тяжелой	
		a	b	a	b	a	b
2,0	2,1	0,5	0,8	0,5	0,5	-	-
2,5	2,6	0,6	0,8	0,6	0,6	-	-
3,0	3,1	0,8	1,0	0,8	0,8	1,0	1,2

Продолжение таблицы

В миллиметрах

Номинальный диаметр резьбы болта, винта, шпильки	Внутренний диаметр шайбы	Толщина шайбы					
		легкой		нормальной		тяжелой	
		a	b	a	b	a	b
4,0	4,1	1,0	1,2	1,0	1,2	1,2	1,6
...
...
42,0	42,5	-	-	9,0	9,0	-	-

Рисунок 2

Если в конце страницы таблица прерывается и ее продолжение будет на следующей странице, в первой части таблицы нижнюю горизонтальную линию, ограничивающую таблицу, не проводят.

Таблицы с небольшим количеством граф допускается делить на части и помещать одну часть рядом с другой на одной странице, при этом повторяют головку таблицы в соответствии с рисунком 3. Рекомендуется разделять части таблицы двойной линией или линией толщиной 2s.

Таблица ...

Диаметр стержня крепежной детали, мм	Масса 1000 шт. стальных шайб, кг	Диаметр стержня крепежной детали, мм	Масса 1000 шт. стальных шайб, кг
1,1	0,045	2,0	0,192
1,2	0,043	2,5	0,350
1,4	0,111	3,0	0,553

Рисунок 3

Графу «Номер по порядку» в таблицу включать не допускается. Нумерация граф таблицы арабскими цифрами допускается в тех случаях, когда в тексте документа имеются ссылки на них, при делении таблицы на части, а также при переносе части таблицы на следующую страницу в соответствии с рисунком 4.

Таблица ...

Размеры в миллиметрах

Условный проход D_y	D	L	L_1	L_2	Масса, кг, не более
1	2	3	4	5	6
50	160	130	525	600	160
80	195	210			170

Рисунок 4

При необходимости нумерации показателей, параметров или других данных порядковые номера следует указывать в первой графе (боковике) таблицы непосредственно перед их наименованием в соответствии с рисунком 5. Перед числовыми значениями величин и обозначением типов, марок и т.п. порядковые номера не проставляют.

Таблица...

Наименование показателя	Значение	
	в режиме 1	в режиме 2
1 Ток коллектора, А	5, не менее	7, не более
2. Напряжение на коллекторе, В	-	-
3.Сопrotивление нагрузки коллектора, Ом	-	-

Рисунок 5

Если все показатели, приведенные в графах таблицы, выражены в одной и той же единице физической величины, то ее обозначение необходимо помещать над таблицей справа, а при делении таблицы на части - над каждой ее частью в соответствии с рисунком 2.

Если в большинстве граф таблицы приведены показатели, выраженные в одних и тех же единицах физических величин (например в миллиметрах, вольтах), но имеются графы с показателями, выраженными в других единицах физических величин, то над таблицей следует писать наименование преобладающего показателя и обозначение его физической величины, например, «Размеры в миллиметрах», а в подзаголовках остальных граф приводить наименование показателей и (или) обозначения других единиц физических величин в соответствии с рисунком 4.

Для сокращения текста заголовков и подзаголовков граф отдельные понятия заменяют буквенными обозначениями, установленными ГОСТ 2.321, или другими обозначениями, если они пояснены в тексте или приведены на иллюстрациях, например К - коэффициент, Т - время.

Показатели с одним и тем же буквенным обозначением группируют последовательно в порядке возрастания индексов в соответствии с рисунком 4.

Ограничительные слова «более», «не более», «менее», «не менее» и др. должны быть помещены в одной строке или графе таблицы с наименованием соответствующего

показателя после обозначения его единицы физической величины, если они относятся ко всей строке или графе. При этом после наименования показателя перед ограничительными словами ставится запятая в соответствии с рисунками 4 и 5.

Обозначение единицы физической величины, общей для всех данных в строке, следует указывать после ее наименования в соответствии с рисунком 5. Допускается при необходимости выносить в отдельную строку (графу) обозначение единицы физической величины.

Если в графе таблицы помещены значения одной и той же физической величины, то обозначение единицы физической величины указывают в заголовке (подзаголовке) этой графы в соответствии с рисунком 6. Числовые значения величин, одинаковые для нескольких строк, допускается указывать один раз в соответствии с рисунками 4 и 6.

Таблица...

Тип изолятора	Номинальное напряжение, В	Номинальный ток, А
ПНР-6/400	6	400
ПНР-6/800		800
ПНР-6/900		900

Рисунок 6

Если числовые значения величин в графах таблицы выражены в разных единицах физической величины, их обозначения указывают в подзаголовке каждой графы.

Обозначения, приведенные в заголовках граф таблицы, должны быть пояснены в тексте или графическом материале документа.

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При указании в таблицах последовательных интервалов чисел, охватывающих все числа ряда, их следует записывать: «От ... до ... включ.», «Св. ... до ... включ.»

Интервалы чисел в тексте записывают со словами «от» и «до» (имея в виду «От ... до ... включительно»), если после чисел указана единица физической величины или числа, представляют безразмерные коэффициенты, или через дефис, если числа представляют порядковые номера.

Цифры в графах таблиц должны проставляться так, чтобы разряды чисел во всей графе были расположены один под другим, если они относятся к одному показателю. В одной графе должно быть соблюдено, как правило, одинаковое количество десятичных знаков для всех значений величин.

При необходимости указания в таблице предпочтительности применения определенных числовых значений величин или типов (марок и т.п.) изделий допускается применять условные отметки с пояснением их в тексте документа.

2.2.7. Оформление иллюстративного материала

К иллюстративному материалу относят диаграммы, графики, схемы, рисунки, фотографии. Использование продуманных и тщательно подобранных иллюстраций там, где они возможны и нелишни, способно украсить любую студенческую письменную работу. Следует соблюдать соответствие иллюстративного материала тексту курсовой работы. Если иллюстрация в тексте единственная, то она не нумеруется. Разрешается выполнять иллюстрации в любых цветах на цветном принтере, обеспечивающем высокое качество печати.

Количество иллюстраций должно быть достаточным для пояснения излагаемого текста. Иллюстрации могут быть расположены как по тексту документа (возможно ближе к соответствующим частям текста), так и в конце его. Иллюстрации должны быть выполнены в соответствии с требованиями стандартов ЕСКД и СПДС. Иллюстрации, за исключением иллюстраций приложений, следует нумеровать арабскими цифрами сквозной нумерацией. Если рисунок один, то он обозначается «Рисунок 1».

Иллюстрации каждого приложения обозначают отдельной нумерацией арабскими цифрами с добавлением перед цифрой обозначения приложения. Например - Рисунок А.3.

Допускается нумеровать иллюстрации в пределах раздела. В этом случае номер иллюстрации состоит из номера раздела и порядкового номера иллюстрации, разделенных точкой. Например - Рисунок 1.1.

При ссылках на иллюстрации следует писать «... в соответствии с рисунком 2» при сквозной нумерации и «... в соответствии с рисунком 1.2» при нумерации в пределах раздела.

Иллюстрации, при необходимости, могут иметь наименование и пояснительные данные (подрисующий текст). Слово «Рисунок» и наименование помещают после пояснительных данных и располагают следующим образом: Рисунок 1 – Основные показатели.

С помощью диаграмм графически изображается зависимость между двумя величинами. Диаграммы используются для того, чтобы сделать такую зависимость более наглядной визуально и доступной для восприятия. По форме построения различают плоскостные, линейные и объемные диаграммы. Чаще всего в курсовых работах используются линейные диаграммы и плоскостные, из последних – столбиковые (ленточные) и секторные.

Линейные диаграммы строятся в поле двух координат. На оси абсцисс в определенном масштабе откладываются временные (год, месяц и др.) или иные независимые признаки, на оси ординат – показатели на определенный момент (период времени) или

параметры результативного независимого признака. Точки, построенные по координатам, соединяются отрезками, в результате чего получается ломаная линия. На линейные диаграммы можно одновременно наносить ряд показателей.

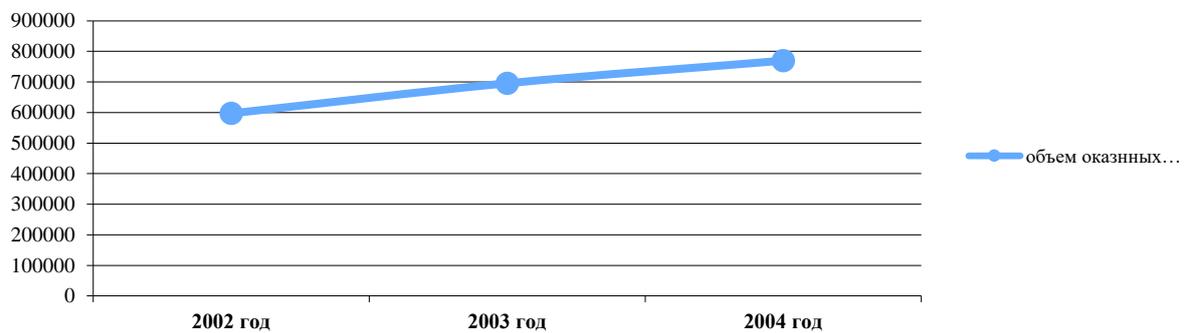


Рисунок 1 – Динамика оказанных услуг за 2002-2004 гг.

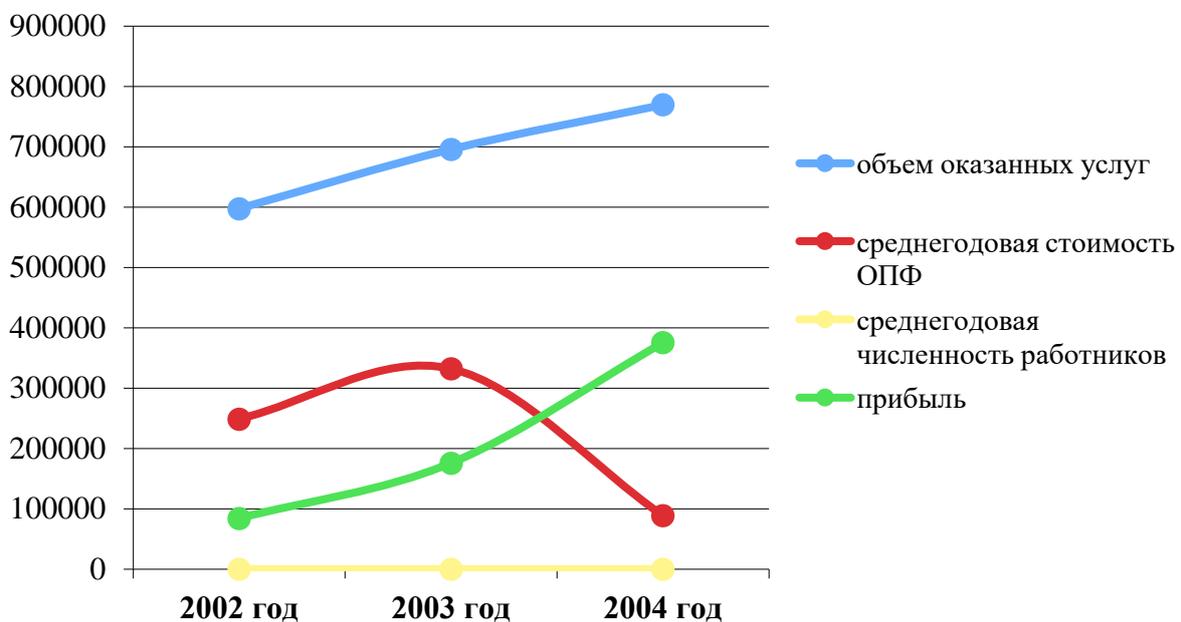


Рисунок 2 – Динамика основных показателей за 2002-2004 гг.

На столбиковых (ленточных) диаграммах данные изображаются в виде прямоугольников (столбиков) одинаковой ширины. Такие прямоугольники располагаются вертикально или горизонтально. Длина (высота) прямоугольников пропорциональна изображаемым им величинам. При вертикальном расположении прямоугольников диаграмма называется столбиковой, а при горизонтальном – ленточной.

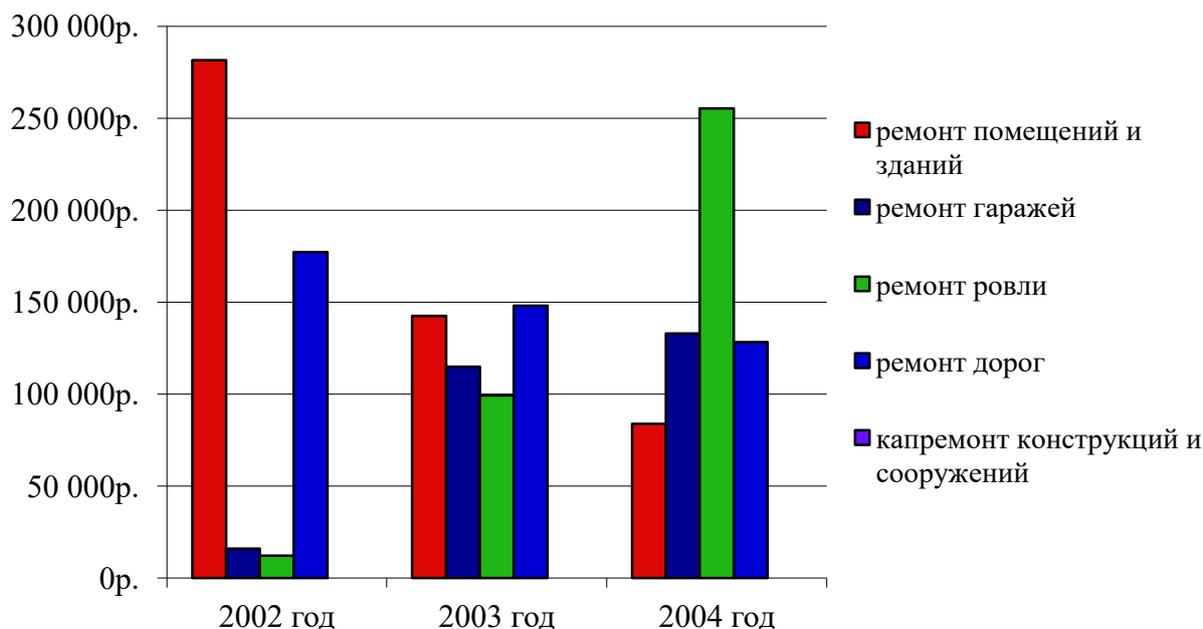


Рисунок 3 – Динамика выполненных работ за 2002-2004 гг.

Секторная диаграмма представляет собой круг, разделенный на секторы, величины которых пропорциональны величинам частей отображаемого объекта или явления.

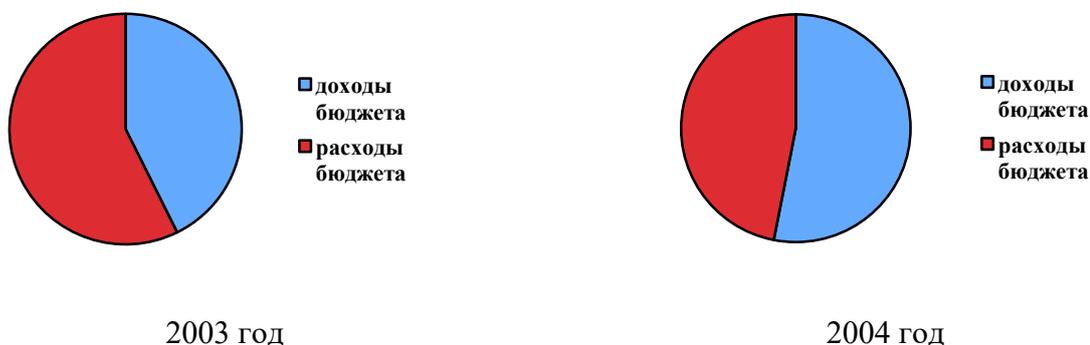


Рисунок 4 – Динамика изменения доходов и расходов бюджета за 2003-2004 гг.

График – это условное изображение соотношения величин и параметров их динамике в виде геометрических фигур, линий и точек. График включает в себя следующие элементы: заголовок; словесные пояснения условных знаков и смысла отдельных элементов графического образа; оси координат, шкалу с масштабами и числовые сетки; числовые данные, дополняющие или уточняющие величину нанесенных на график показателей.

Оси абсцисс и ординат графика вычерчиваются сплошными линиями без стрелок на концах. При необходимости графики снабжаются координатной сеткой, соответствующей целесообразно выбранному масштабу; допускается вместо сетки нанести масштаб короткими штрихами на оси координат. Числовые значения штрихов масштаба, расположенных по осям

координат, пишут за пределами графика (левее оси ординат и ниже оси абсцисс). Исключение составляют графики, ось абсцисс или ординат которых служит общей шкалой для двух величин: в этом случае цифровые значения масштаба для второй величины часто пишут внутри рамки графика или проводят другую шкалу (в случае другого масштаба). Следует избегать дробных значений масштабных делений по осям координат. На координатной оси этот множитель следует указывать либо при буквенном обозначении величины, откладываемой по оси, либо вводить в размерность этой величины.

По осям координат должны быть указаны условные обозначения и размерности отложенных величин в принятых сокращениях. На графике следует писать принятые в тексте условные буквенные обозначения. Надписи, относящиеся к кривым и точкам, оставляют только в тех случаях, когда их немного, и они являются краткими. Многословные надписи заменяют цифрами, а расшифровку приводят в подрисуночной подписи. Если надписи нельзя заменить обозначениями, то их пишут посередине оси снизу вверх. Так же поступают со сложными буквенными обозначениями и размерностями, которые не укладываются на линии численных значений по осям координат.

Если кривая графика занимает большое пространство, то в условиях экономии листа числовые деления на осях координат можно начинать не с нуля, а ограничивать теми значениями, в пределах которых рассматривается данная функциональная зависимость.

Схемы – это изображение, выполненное с помощью условных обозначений и без соблюдения масштаба. Функция схемы заключается в том, чтобы обозначить основную идею какого-либо устройства, процесса, механизма взаимодействия составных частей какого-либо целого. На схемах всех видов должна быть выдержана одинаковая стандартная толщина линий изображения основных и вспомогательных, видимых и невидимых деталей и толщина линий их связей. Допускается для простоты схемы различных систем изображать в виде прямоугольников с простыми связями – линиями. Такие схемы обычно называют блок-схемами (пример оформления схемы представлен в **приложении В**).

Использование фотографий в курсовой работе придает особую наглядность содержащимся в тексте положениям, т.к. позволяет изобразить предмет с максимальной точностью. В отличие от других видов иллюстративного материала фотографии можно использовать в работе и в том случае, если они уже были где-то опубликованы. Рекомендуется фотографии размещать в приложении. При отборе фотографий для иллюстрирования курсовой работы необходимо руководствоваться следующими критериями: подбор фотографий должен быть строго подчинен общей цели работы, соответствуют содержанию текста и обладают необходимой иллюстративной

функциональностью; все фотографии должны быть качественно отпечатанными, четкими, правильно выполненными.

2.2.8. Оформление цитат и ссылок

В данном разделе рассмотрим общие требования и правила составления библиографических ссылок: основные виды, структуру, состав, расположение в документах.

Цитирование является необходимым элементом написания курсовой работы и требует определенных навыков грамотного оформления ссылки цитируемого источника. Отсутствие ссылки представляет собой нарушение авторских прав, а неправильно оформленная ссылка рассматривается как серьезная ошибка.

В соответствии с ГОСТ Р 7.0.5–2008, регулирующим общие требования и правила составления библиографических ссылок, библиографическая ссылка является частью справочного аппарата документа и служит источником библиографической информации о документах – объектах ссылки. Библиографическая ссылка содержит библиографические сведения о цитируемом, рассматриваемом или упоминаемом в тексте документа другом документе (его составной части или группе документов), необходимые и достаточные для его идентификации, поиска и общей характеристики. Объектами составления библиографической ссылки являются все виды опубликованных и неопубликованных документов на любых носителях (в том числе электронные ресурсы локального и удаленного доступа), а также составные части документов.

Совокупность библиографических сведений в ссылке должна обеспечивать идентификацию и поиск объекта ссылки. По составу элементов библиографическая ссылка может быть полной или краткой, в зависимости от вида ссылки, ее назначения, наличия библиографической информации в тексте документа.

Полную ссылку, содержащую совокупность библиографических сведений о документе, предназначенную для общей характеристики, идентификации и поиска документа – объекта ссылки, составляют по ГОСТ 7.1, ГОСТ 7.82, ГОСТ 7.80.

Краткую ссылку, предназначенную только для поиска документа – объекта ссылки, составляют на основе принципа лаконизма в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р 7.0.5–2008.

По месту расположения в документе различают библиографические ссылки:

- а) внутритекстовые, помещенные в текст документа;
- б) подстрочные, вынесенные из текста вниз полосы документа (в сноску);
- в) затекстовые, вынесенные за текст документа или его части (в выноску).

При повторе ссылок на один и тот же объект различают библиографические ссылки:

- а) первичные, в которых библиографические сведения приводятся впервые в данном документе;
- б) повторные, в которых ранее указанные библиографические сведения повторяют в сокращенной форме.

Повторные ссылки могут быть внутритекстовыми, подстрочными, затекстовыми.

Если объектов ссылки несколько, то их объединяют в одну комплексную библиографическую ссылку.

Комплексные ссылки могут быть внутритекстовые, подстрочные и затекстовые. Они могут включать как первичные, так и повторные ссылки.

Независимо от назначения ссылки правила представления элементов библиографического описания, применение знаков предписанной пунктуации в ссылке осуществляются в соответствии с ГОСТ 7.1 и ГОСТ 7.82 с учетом следующих особенностей:

1. Допускается предписанный знак точку и тире, разделяющий области библиографического описания, заменять точкой.
2. Допускается не использовать квадратные скобки для сведений, заимствованных не из предписанного источника информации.
3. Сокращение отдельных слов и словосочетаний применяют для всех элементов библиографической записи, за исключением основного заглавия документа. Слова и словосочетания сокращают по ГОСТ 7.11 и ГОСТ 7.12.
4. В области физической характеристики указывают либо общий объем документа, либо сведения о местоположении объекта ссылки в документе:

² Альберт Ю. В. *Библиографическая ссылка : справочник*. Киев, 1983. 247 с.

или

² Альберт Ю. В. *Библиографическая ссылка : справочник*. Киев, 1983. С. 21.

Библиографическое описание в ссылке дополняют заголовком библиографической записи в соответствии с ГОСТ 7.80 с учетом следующих особенностей:

1. Заголовок обязательно применяется в ссылках, содержащих записи на документы, созданные одним, двумя и тремя авторами.
2. Заголовок записи в ссылке может содержать имена одного, двух или трех авторов документа. Имена авторов, указанные в заголовке, не повторяют в сведениях об ответственности.

Библиографические ссылки в стереотипных и переводных изданиях допускается приводить в том виде, как они даны в оригинале.

Если текст цитируется не по первоисточнику, а по другому документу, то в начале ссылки приводят слова: «Цит. по: » (цитируется по), «Приводится по: », с указанием источника заимствования:

** Цит. по: Флоренский П. А. У водоразделов мысли. М., 1990. Т. 2. С. 27.*

Для связи подстрочных библиографических ссылок с текстом документа используют знак сноски; для связи затекстовых библиографических ссылок с текстом документа используют знак выноски или отсылку, которые приводят в виде цифр (порядковых номеров), букв, звездочек (астерисков) и других знаков.

Отсылки в тексте документа заключают в квадратные скобки. При необходимости отсылки могут содержать определенные идентифицирующие сведения: имя автора (авторов), название документа, год издания, обозначение и номер тома, указание страниц. Отсылки также могут быть использованы для связи текста документа с библиографическим списком или библиографическим указателем, содержащимся в документе.

Внутритекстовая библиографическая ссылка

Внутритекстовая библиографическая ссылка содержит сведения об объекте ссылки, не включенные в текст документа. Внутритекстовая библиографическая ссылка может содержать следующие элементы:

- а) заголовок;
- б) основное заглавие документа;
- в) общее обозначение материала;
- г) сведения об ответственности;
- д) сведения об издании;
- е) выходные данные;
- ж) сведения об объеме документа (если ссылка на весь документ);
- з) сведения о местоположении объекта ссылки в документе (если ссылка на часть документа);
- и) обозначение и порядковый номер тома или выпуска (для ссылок на публикации в многочастных или сериальных документах);
- к) сведения о документе, в котором опубликован объект ссылки;
- л) примечания.

Внутритекстовую библиографическую ссылку заключают в круглые скобки.

Предписанный знак точку и тире, разделяющий области библиографического описания, во внутритекстовой библиографической ссылке, как правило, заменяют точкой:

(Аренс В. Ж. Алфавит исследователя. М. : Интермет Инжиниринг, 2006)

(Потемкин В. К., Казаков Д. Н. Социальное партнерство: формирование, оценка, регулирование. СПб., 2002. 202 с.)

(Мельников В. П., Клейменов С. А., Петраков А. М. Информационная безопасность и защита информации : учеб. пособие. М., 2006)

(Краткий экономический словарь / А. Н. Азрилиян [и др.]. 2-е изд., перераб. и доп. М. : Ин-т новой экономики, 2002. 1087 с.)

(Библиография. 2006. № 3. С. 8–18)

(Челябинск : энциклопедия. Челябинск, 2002. 1 электрон. опт. диск (CD-ROM))

(Собрание сочинений. М. : Экономика, 2006. Т. 1. С. 24–56)

(Рязань : Вече, 2006. С. 67)

(Избранные лекции. СПб., 2005. С. 110–116)

(СПб., 1819–1827. Ч. 1–3)

Подстрочная библиографическая ссылка

Подстрочная библиографическая ссылка оформляется как примечание, вынесенное из текста документа вниз полосы.

Подстрочная библиографическая ссылка может содержать следующие элементы:

- а) заголовок;
- б) основное заглавие документа;
- в) общее обозначение материала;
- г) сведения, относящиеся к заглавию;
- д) сведения об ответственности;
- е) сведения об издании;
- ж) выходные данные;
- з) сведения об объеме документа (если ссылка на весь документ);
- и) сведения о местоположении объекта ссылки в документе (если ссылка на часть документа);
- к) сведения о серии;
- л) обозначение и порядковый номер тома или выпуска (для ссылок на публикации в многочастных или сериальных документах);
- м) сведения о документе, в котором опубликован объект ссылки;
- н) примечания;
- о) Международный стандартный номер.

¹ *Тарасова В. И. Политическая история Латинской Америки. М., 2006. С. 305.*

³ *Кутепов В. И., Виноградова А. Г. Искусство Средних веков. Ростов н/Д, 2006. С. 144–251.*

¹⁷ *История Российской книжной палаты, 1917–1935. М., 2006.*

или более подробно:

¹ *Тарасова В. И. Политическая история Латинской Америки : учеб. для вузов. – 2-е изд. – М. : Проспект, 2006. – С. 305–412.*

³ *Кутепов В. И., Виноградова А. Г. Искусство Средних веков / под общ. ред. В. И. Романова. – Ростов н/Д, 2006. – С. 144–251.*

¹⁷ *История Российской книжной палаты, 1917–1935 / Р. А. Айгистов [и др.]. – М. : Рос. кн. палата, 2006. – 447 с. – ISBN 5-901202-22-8.*

В подстрочной библиографической ссылке повторяют имеющиеся в тексте документа библиографические сведения об объекте ссылки. Для аналитических записей допускается, при наличии в тексте библиографических сведений о составной части, в подстрочной ссылке указывать только сведения об идентифицирующем документе:

² *Адорно Т. В. К логике социальных наук // Вопр. философии. – 1992. – № 10. – С. 76–86.*

или, если о данной статье говорится в тексте документа:

² *Вопр. философии. 1992. № 10. С. 76–86.*

Для записей на электронные ресурсы допускается при наличии в тексте библиографических сведений, идентифицирующих электронный ресурс удаленного доступа, в подстрочной ссылке указывать только его электронный адрес. Для обозначения электронного адреса используют аббревиатуру «URL» (Uniform Resource Locator – унифицированный указатель ресурса):

² *Официальные периодические издания : электрон. путеводитель / Рос. нац. б-ка, Центр правовой информации. [СПб.], 2005–2007. URL: <http://www.nlr.ru/lawcenter/izd/index.html> (дата обращения: 18.01.2007).*

или, если о данной публикации говорится в тексте документа:

² *URL: <http://www.nlr.ru/lawcenter/izd/index.html>*

При нумерации подстрочных библиографических ссылок применяют единообразный порядок для всего данного документа: сквозную нумерацию по всему тексту, в пределах каждой главы, раздела, части и т. п., или – для данной страницы документа.

Затекстовая библиографическая ссылка

Совокупность затекстовых библиографических ссылок оформляется как перечень библиографических записей, помещенный после текста документа или его составной части. Совокупность затекстовых библиографических ссылок не является библиографическим списком или указателем, как правило, также помещаемыми после текста документа и имеющими самостоятельное значение в качестве библиографического пособия.

Затекстовая библиографическая ссылка может содержать следующие элементы:

- а) заголовок;
- б) основное заглавие документа;
- в) общее обозначение материала;
- г) сведения, относящиеся к заглавию;
- д) сведения об ответственности;
- е) сведения об издании;
- ж) выходные данные;
- з) физическую характеристику документа;
- и) сведения о местоположении объекта ссылки в документе (если ссылка на часть документа);
- к) сведения о серии;
- л) обозначение и порядковый номер тома или выпуска (для ссылок на публикации в многочастных или сериальных документах);
- м) сведения о документе, в котором опубликован объект ссылки;
- н) примечания;
- о) Международный стандартный номер.

В затекстовой библиографической ссылке повторяют имеющиеся в тексте документа библиографические сведения об объекте ссылки:

²¹. Герман М. Ю. *Модернизм: искусство первой половины XX века*. СПб. : Азбука-классика, 2003. 480 с. (Новая история искусства).

³⁴. Никонов В. И., Яковлева В. Я. *Алгоритмы успешного маркетинга*. М., 2007. С. 256–300.

¹⁷⁵ *О противодействии терроризму : федер. закон Рос. Федерации от 6 марта 2006 г. № 35-ФЗ : принят Гос. Думой Федер. Собр. Рос. Федерации 26 февр. 2006 г. : одобр. Советом Федерации Федер. Собр. Рос. Федерации 1 марта 2006 г. // Рос. газ. – 2006. – 10 марта.*

При нумерации затекстовых библиографических ссылок используется сплошная нумерация для всего текста документа в целом или для отдельных глав, разделов, частей и т. п.

Для связи с текстом документа порядковый номер библиографической записи в затекстовой ссылке указывают в знаке выноски, который набирают на верхнюю линию шрифта, или в отсылке, которую приводят в квадратных скобках в строку с текстом документа:

В тексте:

Общий список справочников по терминологии, охватывающий время не позднее середины XX века, дает работа библиографа И. М. Кауфмана⁵⁹.

В затекстовой ссылке:

⁵⁹ Кауфман И. М. Терминологические словари : библиография. М., 1961.

или

В тексте:

Общий список справочников по терминологии, охватывающий время не позднее середины XX века, дает работа библиографа И. М. Кауфмана [59].

В затекстовой ссылке:

⁵⁹ Кауфман И. М. Терминологические словари : библиография. М., 1961.

Если ссылку приводят на конкретный фрагмент текста документа, в отсылке указывают порядковый номер и страницы, на которых помещен объект ссылки. Сведения разделяют запятой:

В тексте:

[10, с. 81]

[10, с. 106]

В затекстовой ссылке:

¹⁰ Бердяев Н. А. Смысл истории. М. : Мысль, 1990. 175 с.

При отсутствии нумерации записей в затекстовой ссылке, в отсылке указывают сведения, позволяющие идентифицировать объект ссылки. Если ссылку приводят на документ, созданный одним, двумя или тремя авторами, в отсылке указывают фамилии авторов, если на документ, созданный четырьмя и более авторами, а также, если авторы не указаны, – в отсылке указывают название документа; при необходимости сведения дополняют указанием года издания и страниц. Сведения в отсылке разделяют запятой:

В тексте:

[Пахомов, Петрова]

В затекстовой ссылке:

Пахомов В. И., Петрова Г. П. Логистика. М. : Проспект, 2006. 232 с.

В тексте:

[Нестационарная аэродинамика баллистического полета]

В затекстовой ссылке:

Нестационарная аэродинамика баллистического полета / Ю. М. Липницкий [и др.]. М., 2003. 176 с.

В тексте:

[Бахтин, 2003, с. 18]

Так как в тексте встречаются также отсылки на другую книгу М. М. Бахтина, изданную в 1975 г., в отсылке указан год издания.

В затекстовой ссылке:

Бахтин М. М. *Формальный метод в литературоведении: критическое введение в социальную поэтику*. М. : Лабиринт, 2003. 192 с.

В отсылке допускается сокращать длинные заглавия, обозначая опускаемые слова многоточием с пробелом до и после этого предписанного знака:

В тексте:

[*Философия культуры ...*, с. 176]

В затекстовой ссылке:

Философия культуры и философия науки: проблемы и гипотезы : межвуз. сб. науч. тр. / Сарат. гос. ун-т ; [под ред. С. Ф. Мартыновича]. Саратов : Изд-во Сарат. ун-та, 1999. 199 с.

Если ссылку приводят на многчастный (многотомный) документ, в отсылке указывают также обозначение и номер тома (выпуска, части и т. п.):

В тексте:

[*Целищев, ч. 1, с. 17*]

В затекстовой ссылке:

Целищев В. В. Философия математики. Новосибирск : Изд-во НГУ, 2002. Ч. 1–2.

Если отсылка содержит сведения о нескольких затекстовых ссылках, группы сведений разделяют знаком точка с запятой:

[*Сергеев, Латышев, 2001; Сергеев, Крохин, 2000*]

[*Гордлевский, т. 2, с. 142; Алькаева, Бабаев, с. 33–34*]

Повторная библиографическая ссылка

Повторную ссылку на один и тот же документ (группу документов) или его часть приводят в сокращенной форме при условии, что все необходимые для идентификации и поиска этого документа библиографические сведения указаны в первичной ссылке на него. Выбранный прием сокращения библиографических сведений используется единообразно для данного документа. В повторной ссылке указывают элементы, позволяющие идентифицировать документ, а также элементы, отличающиеся от сведений в первичной ссылке. Предписанный знак точку и тире, разделяющий области библиографического описания, в повторной библиографической ссылке заменяют точкой. В повторной ссылке, содержащей запись на документ, созданный одним, двумя или тремя авторами, приводят заголовок, основное заглавие и соответствующие страницы. В повторной ссылке, содержащей запись на документ, созданный четырьмя и более авторами, или на документ, в

котором авторы не указаны, приводят основное заглавие и страницы. Допускается сокращать длинные заглавия, обозначая опускаемые слова многоточием с пробелом до и после этого предписанного знака:

Внутритекстовые ссылки:

<i>Первичная</i>	(Васильев С. В. Инновационный маркетинг. М., 2005)
<i>Повторная</i>	(Васильев С. В. Инновационный маркетинг. С. 62)
<i>Первичная</i>	(Аганин А. Р., Соловьева З. А. Современная Иордания. М., 2003. 406 с.)
<i>Повторная</i>	(Аганин А. Р., Соловьева З. А. Современная Иордания. С. 126)
<i>Первичная</i>	(Герасимов Б. Н., Морозов В. В., Яковлева Н. Г. Системы управления: понятия, структура, исследование. Самара, 2002)
<i>Повторная</i>	(Герасимов Б. Н., Морозов В. В., Яковлева Н. Г. Системы управления ... С. 53–54)

Подстрочные ссылки:

<i>Первичная</i>	¹ Гаврилов В. П., Ивановский С. И. Общество и природная среда. М. : Наука, 2006. 210 с.
<i>Повторная</i>	¹⁵ Гаврилов В. П., Ивановский С. И. Общество и природная среда. С. 81.
<i>Первичная</i>	² Геоинформационное моделирование территориальных рынков банковских услуг / А. Г. Дружинин [и др.]. Шахты : Изд-во ЮРГУЭС, 2006.
<i>Повторная</i>	⁶ Геоинформационное моделирование ... С. 28.
<i>Первичная</i>	³ Концепция виртуальных миров и научное познание / Рос. акад. наук, Ин-т философии. СПб., 2000. 319 с.
<i>Повторная</i>	¹¹ Концепция виртуальных миров ... С. 190.

Затекстовые ссылки:

<i>Первичная</i>	57. Шапкин А. С. Экономические и финансовые риски : оценка, управление, портфель инвестиций. Изд. 3-е. М., 2004. 536 с.
<i>Повторная</i>	62. Шапкин А. С. Экономические и финансовые риски. С. 302.
<i>Первичная</i>	95. Анастасевич В. Г. О библиографии // Улей. 1811. Ч. 1, № 1. С. 14–28.
<i>Повторная</i>	108. Анастасевич В. Г. О библиографии. С. 15.
<i>Первичная</i>	97. Анастасевич В. Г. О необходимости в содействии русскому книговедению // Благонамеренный. 1820. Т. 10, № 7. С. 32–42.
<i>Повторная</i>	112. Анастасевич В. Г. О необходимости в содействии ... С. 38.
<i>Первичная</i>	5. Программа расчета «Equilibrium» для подготовки и анализа водных растворов / Г. Д. Бончев [и др.]. Дубна, 2003. 5 с. (Сообщения Объединенного института ядерных исследований ; P12-2003-75).
<i>Повторная</i>	12. Программа расчета «Equilibrium» ... С. 3–4.

<i>Первичная</i>	8. Археология: история и перспективы : сб. ст. Первой межрегион. конф., Ярославль, 2003. 350 с.
<i>Повторная</i>	14. Археология: история и перспективы. С. 272.

В повторных ссылках, содержащих запись на многостраничный документ, приводят заголовок (при наличии одного, двух или трех авторов), основное заглавие (или только основное заглавие, если заголовок не используется), обозначение и номер тома, страницы:

Внутритекстовые ссылки:

<i>Первичная</i>	(Пивинский Ю. Е. Неформованные огнеупоры. М., 2003. Т. 1, кн. 1 : Общие вопросы технологии. 447 с.)
<i>Повторная</i>	(Пивинский Ю. Е. Неформованные огнеупоры. Т. 1, кн. 2. С. 25)

Подстрочные ссылки:

<i>Первичная</i>	¹ Фотометрия и радиометрия оптического излучения. М. : Наука, 2002. Кн. 5 : Измерения оптических свойств веществ и материалов, ч. 2 : Колориметрия. Рефрактометрия. Поляриметрия. Оптическая спектрометрия в аналитике / В. С. Иванов [и др.]. 305 с.
<i>Повторная</i>	² Фотометрия и радиометрия оптического излучения. Кн. 5, ч. 2. С. 158–159.

Затекстовые ссылки:

<i>Первичная</i>	86. Труды Института геологии / Рос. акад. наук, Урал. отд-ние, Коми науч. центр, Ин-т геологии. Вып. 113 : Петрология и минералогия Севера Урала и Тиммана. 2003. 194 с.
<i>Повторная</i>	105. Труды Института геологии. Вып. 113. С. 97.

Если первичная и повторная ссылки на сериальный документ следуют одна за другой, в повторной ссылке указывают основное заглавие документа и отличающиеся от данных в первичной ссылке сведения о годе, месяце, числе, страницах:

Внутритекстовые ссылки:

<i>Первичная</i>	(Вопр. экономики. 2006. № 2)
<i>Повторная</i>	(Вопр. экономики. № 3)

В повторных ссылках на нормативный документ по стандартизации приводят обозначение документа, его номер, включающий дату утверждения, страницы:

Подстрочные ссылки:

<i>Первичная</i>	² ГОСТ Р 7.0.4–2006. Издания. Выходные сведения. Общие требования и правила оформления. М., 2006. II, 43 с. (Система стандартов по информ., библиотеч. и изд. делу).
<i>Повторная</i>	⁶ ГОСТ Р 7.0.4–2006. С. 5.

В повторных ссылках на патентный документ приводят обозначение вида документа, его номер, название страны, выдавшей документ, страницы:

Затекстовые ссылки:

<i>Первичная</i>	20. Приемопередающее устройство : пат. 2187888 Рос. Федерация. № 2000131736/09 ; заявл. 18.12.00 ; опубл. 20.08.02, Бюл. № 23 (II ч.). 3 с.
<i>Повторная</i>	22. Пат. 2187888 Рос. Федерация. С. 2.

При последовательном расположении первичной и повторной ссылок текст повторной ссылки заменяют словами «Там же» или «Ibid.» (ibidem) для документов на языках, применяющих латинскую графику. В повторной ссылке на другую страницу к словам «Там же» добавляют номер страницы, в повторной ссылке на другой том (часть, выпуск и т. п.) документа к словам «Там же» добавляют номер тома:

Внутритекстовые ссылки:

<i>Первичная</i>	(Коваленко Б. В., Пирогов А. И., Рыжов О. А. Политическая конфликтология. М., 2002. С. 169–178)
<i>Повторная</i>	(Там же)
<i>Первичная</i>	(Kriesberg L. Constructiv conflicts: from escalaition to resolution. Lanham, 1998)
<i>Повторная</i>	(Ibid.)

Подстрочные ссылки:

<i>Первичная</i>	¹⁸ Фенухин В. И. Этнополитические конфликты в современной России: на примере Северо-Кавказского региона : дис. ... канд. полит. наук. М., 2002. С. 54–55.
<i>Повторная</i>	¹⁹ Там же. С. 68.
<i>Первичная</i>	³⁷ Служебный каталог чешуекрылых. Владимир : Нац. парк «Мещера», 2006. С. 132–136.
<i>Повторная</i>	³⁸ Там же. С. 157. ³⁹ Там же. С. 164.

Затекстовые ссылки:

<i>Первичная</i>	52. Россия и мир : гуманитар. проблемы : межвуз. сб. науч. тр. / С.-Петерб. гос. ун-т вод. коммуникаций. 2004. Вып. 8. С. 145.
<i>Повторная</i>	53. Там же. Вып. 9. С. 112.

При последовательном расположении первичной ссылки и повторной ссылки, содержащих аналитические библиографические записи на разные публикации, включенные в один и тот же идентифицирующий документ, в повторной ссылке вместо совпадающих библиографических сведений об идентифицирующем документе приводят слова «Там же» или «Ibid.» (ibidem) для документов на языках, применяющих латинскую графику:

Подстрочные ссылки:

- Первичная* | ³⁴ Корявко В. И. Эволюция форм применения объединений ВМФ // Воен. мысль. 2006. № 4. С. 64–67.
- Повторная* | ³⁵ Пранц В. А. Геополитика: ее роль и влияние на строительство и применение ВМФ в России // Там же. С. 30–36.

В повторных ссылках, содержащих запись на один и тот же документ, созданный одним, двумя или тремя авторами, не следующих за первичной ссылкой, приводят заголовок, а основное заглавие и следующие за ним повторяющиеся элементы заменяют словами «Указ. соч.» (указанное сочинение), «Цит. соч.» (цитируемое сочинение), «Op. cit.» (opus citato – цитированный труд) – для документов на языках, применяющих латинскую графику. В повторной ссылке на другую страницу к словам «Указ. соч.» (и т. п.) добавляют номер страницы, в повторной ссылке на другой том (часть, выпуск и т. п.) документа к словам «Указ. соч.» добавляют номер тома:

Подстрочные ссылки:

- Первичная* | ⁵ Логинова Л. Г. Сущность результата дополнительного образования детей // Образование: исследовано в мире : междунар. науч. пед. Интернет-журн. 21.10.03. URL: <http://www.oim.ru/reader.asp?nomer=366> (дата обращения: 17.04.07).
- Повторная* | ⁷ Логинова Л. Г. Указ. соч.
- Первичная* | ⁸ Дживилегов А. К. Армия Великой Французской революции и ее вожди : ист. очерк / Гос. публ. ист. б-ка. М., 2006. С. 151–172.
- Повторная* | ¹¹ Дживилегов А. К. Указ. соч. С. 163.
- Первичная* | ² Putham H. Mind, language and reality. Cambridge : Cambridge univ. press, 1979. P. 12.
- Повторная* | ⁶ Putham H. Op. cit. P. 15.

Затекстовые ссылки:

- Первичная* | 29. Гришаева Л. И., Цурикова Л. В. Введение в теорию межкультурной коммуникации : учеб. пособие для вузов. 3-е изд. М. : Academia, 2006. 123 с. (Высшее профессиональное образование. Языкознание)
- Повторная* | 33. Гришаева Л. И., Цурикова Л. В. Указ. соч. С. 98.
- Первичная* | 74. Соловьев В. С. Красота в природе : соч. в 2 т. М. : Прогресс, 1988. Т. 1. С. 35–36.
- Повторная* | 77. Соловьев В. С. Указ. соч. Т. 2. С. 361.

Комплексная библиографическая ссылка

Библиографические ссылки, включенные в комплексную ссылку, отделяют друг от друга точкой с запятой с пробелами до и после этого предписанного знака. Несколько объектов в одной ссылке располагают в алфавитном или хронологическом порядке, либо по принципу единой графической основы — кириллической, латинской и т. д., либо на каждом языке отдельно (по алфавиту названий языков). Каждую из ссылок в составе комплексной ссылки оформляют по общим правилам. Если в комплекс включено несколько приведенных подряд ссылок, содержащих записи с идентичными заголовками (работы одних и тех же авторов), то заголовки во второй и последующих ссылках могут быть заменены их словесными эквивалентами «Его же», «Ее же», «Их же», или – для документов на языках, применяющих латинскую графику, – «Idem», «Eadem», «Iidem»:

Подстрочная комплексная ссылка:

* *Лихачев Д. С. Образ города // Историческое краеведение в СССР : вопр. теории и практики : сб. науч. ст. Киев, 1991. С. 183–188 ; Его же. Окно в Европу – врата в Россию // Всемир. слово. 1992. № 2. С. 22–23.*

Затекстовая комплексная ссылка:

2. *Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть четвертая от 18 дек. 2006 г. № 230-ФЗ : принят Гос. Думой Федер. Собр. Рос. Федерации 24 нояб. 2006 г. : одобр. Советом Федерации Федер. Собр. Рос. Федерации 8 дек. 2006 г. : введ. Федер. законом Рос. Федерации от 18 дек. 2006 г. № 231-ФЗ // Парламент. газ. – 2006. – 21 дек. ; Рос. газ. – 2006. – 22 дек. ; Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2006. – № 52, ч. 1, ст. 5496. – С. 14803–14949.*

Статья I. Идентичные заголовки также могут быть опущены. В этом случае после заголовка в первой ссылке ставится двоеточие, а перед основным заглавием каждой ссылки проставляют ее порядковый номер:

Затекстовая комплексная ссылка:

²⁵ *Кнабе Г.С.: 1) Понятие этнелегии и история культуры // Вопр. философии. 1993. № 5. С. 64–74 ; 2) Русская античность: содержание, роль и судьба античного наследия в культуре России. М., 1999.*

Особенности составления библиографических ссылок на электронные ресурсы

Объектами составления библиографической ссылки также являются электронные ресурсы локального и удаленного доступа. Ссылки составляют как на электронные ресурсы в целом (электронные документы, базы данных, порталы, сайты, веб-страницы, форумы и т. д.), так и на составные части электронных ресурсов (разделы и части электронных документов, порталов, сайтов, веб-страниц, публикации в электронных сериальных изданиях, сообщения на форумах и т. п.):

(Российские правила каталогизации. Ч. 1. Основные положения и правила [Электронный ресурс] / Рос. библиотечная ассоциация, Межрегиональный комитет по каталогизации. – М., 2004. – 1 CD-ROM. – Загл. с этикетки диска) * Галина Васильевна Старовойтова, 17.05.46 – 20.11.1998 : [меморандум, сайт] / сост. и ред. Т. Лиханова. [СПб., 2004]. URL: <http://www.starovoitova.ru/rus/main.php> (дата обращения: 22.01.2007).

¹⁰ Справочники по полупроводниковым приборам // [Персональная страница В. Р. Козака] / Институт ядерной физики. [Новосибирск, 2003]. URL : <http://www.inp.nsk.su/%7Ekozak/start.htm> (дата обращения: 13.03.06).

25. Члиянц Г. Создание телевидения // QRZ.RU : сервер радиолюбителей России. 2004. URL: <http://www.qrz.ru/articles/article260.html> (дата обращения: 21.02.2006).

176. Паринов С. И., Ляпунов В. М., Пузырев Р. Л. Система Соционет как платформа для разработки научных информационных ресурсов и онлайн-сервисов // Электрон. б-ки. 2003. Т. 6, вып. 1. URL : <http://www.elbib.ru/index.phtml?page=elbib/rus/journal/2003/part1/PLP/> (дата обращения: 25.11.2006).

Ссылки на электронные ресурсы составляют по правилам, изложенным выше, с учетом следующих особенностей.

Если ссылки на электронные ресурсы включают в массив ссылок, содержащий сведения о документах различных видов, то в ссылках, как правило, указывают общее обозначение материала для электронных ресурсов:

² Жизнь прекрасна, жизнь трагична... [Электронный ресурс] : 1917 год в письмах А. В. Луначарского А. А. Луначарской / отв. сост. Л. Роговая ; сост. Н. Антонова ; Институт «Открытое общество». М., 2001. URL: <http://www.auditorium.ru/books/473/> (дата обращения: 17.04.2006).

65. Авилова Л. И. Развитие металлопроизводства в эпоху раннего металла (энеолит – поздний бронзовый век) [Электронный ресурс] : состояние проблемы и перспективы исследований // Вестник РФФИ. 1997. № 2. URL: <http://www.rfbr.ru/pics/22394ref/file.pdf> (дата обращения: 19.09.2007).

В примечании приводят сведения, необходимые для поиска и характеристики технических спецификаций электронного ресурса. Сведения приводят в следующей последовательности: системные требования, сведения об ограничении доступности, дату обновления документа или его части, электронный адрес, дату обращения к документу.

Сведения о системных требованиях приводят в тех случаях, когда для доступа к документу требуется специальное программное обеспечение (например, Adobe Acrobat Reader, PowerPoint и т. п.):

⁸ Беглик А. Г. **Ошибка! Недопустимый объект гиперссылки.** // *Использование Интернет-технологий в справочном обслуживании удаленных пользователей : материалы семинара-тренинга, 23-24 нояб. 2004 г. / Рос. нац. б-ка, Виртуал. справ. служба. СПб., 2004. Систем. требования: PowerPoint. URL: <http://vss.nlr.ru/about/seminar.php> (дата обращения: 13.03.2006).*

53. Волков В. Ю., Волкова Л. М. *Физическая культура : курс дистанц. обучения по ГСЭ 05 «Физ. Культура» / С.-Петерб. гос. политехн. ун-т, Межвуз. центр по физ. культуре. СПб., 2003. Доступ из локальной сети Фундамент. б-ки СПбГПУ. Систем. требования: Power Point. URL : <http://www.unilib.neva.ru/dl/local/407/oe/oe.ppt> (дата обращения: 01.11.2003).*

Примечание об ограничении доступности приводят в ссылках на документы из локальных сетей, а также из полнотекстовых баз данных, доступ к которым осуществляется на договорной основе или по подписке (например, «Кодекс», «Гарант», «КонсультантПлюс», «EBSCO», «ProQuest», «Интегрум» и т. п.):

⁵ *О введении надбавок за сложность, напряженность и высокое качество работы [Электронный ресурс] : указание М-ва соц. защиты Рос. Федерации от 14 июля 1992 г. № 1–49-У. Документ опубликован не был. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».*

При наличии сведений о дате последнего обновления или пересмотра сетевого документа, их указывают в ссылке, предваряя соответствующими словами «Дата обновления» («Дата пересмотра» и т. п.). Дата включает в себя день, месяц и год:

114. *Экономический рост // Новая Россия : [библиогр. указ.] / сост.: Б. Берхина, О. Коковкина, С. Канн ; Отд-ние ГПНТБ СО РАН. Новосибирск, [2003 –]. Дата обновления: 6.03.2007. URL: <http://www.prometeus.nsc.ru/biblio/newrus/egrowth.ssi> (дата обращения: 22.03.2007).*

Если по экранной титульной странице электронного ресурса удаленного доступа (сетевого ресурса) невозможно установить дату публикации или создания, то следует указывать самые ранние и самые поздние даты создания ресурса, которые удалось выявить.

Для электронных ресурсов удаленного доступа приводят примечание о режиме доступа, в котором допускается вместо слов «Режим доступа» (или их эквивалента на другом языке) использовать для обозначения электронного адреса аббревиатуру «URL» (Uniform Resource Locator – унифицированный указатель ресурса).

Информацию о протоколе доступа к сетевому ресурсу (ftp, http и т. п.) и его электронный адрес приводят в формате унифицированного указателя ресурса.

После электронного адреса в круглых скобках приводят сведения о дате обращения к электронному сетевому ресурсу: после слов «дата обращения» указывают число, месяц и год:

⁵ *Весь Богородский уезд : форум // Богородск – Ногинск. Богородское краеведение : сайт. Ногинск, 2006. URL: <http://www.bogorodsk-noginsk.ru/forum/> (дата обращения: 20.02.2007).*

46. *Инвестиции останутся сырьевыми // PROGNOSIS.RU : ежедн. интернет-изд. 2006. 25 янв. URL: <http://www.prognosis.ru/print.html?id=6464> (дата обращения: 19.03.2007).*

9. *Жилищное право: актуальные вопросы законодательства : электрон. журн. 2007. № 1. URL: <http://www.gilpravo.ru> (дата обращения: 20.08.2007).*

Особенности составления библиографических ссылок на архивные документы

Библиографические ссылки на архивные документы позволяют определять местонахождение документа, хранящегося в определенном архивохранилище, личном архиве, музее, библиотеке и т. д., и таким образом идентифицировать его. Библиографические ссылки на архивные документы составляют по правилам, изложенным выше, с учетом следующих особенностей.

Ссылки на архивные документы могут содержать следующие элементы:

- а) заголовок;
- б) основное заглавие документа;
- в) сведения, относящиеся к заглавию;
- г) сведения об ответственности;
- д) поисковые данные документа;
- е) сведения о местоположении объекта ссылки в документе;
- ж) сведения о деле (единице хранения), в котором хранится документ – объект ссылки;
- з) примечания.

В качестве поисковых данных документа указывают:

- а) название архивохранилища;
- б) номер фонда, описи (при наличии), порядковый номер дела по описи и т. п.;
- в) название фонда;
- г) местоположение объекта ссылки в идентифицирующем документе (номера листов дела).

Библиографические ссылки на архивные документы

Внутритекстовые

(НБА РКП. Ф. 1. Оп. 19. Ед. хр. 8)

(Дело об изменении Устава и штата Государственной Публичной библиотеки // РГИА. Ф. 733. Оп. 15. Ед. хр. 784. Л. 1–15)

(РГАДА. Ф. 210 (Разрядный приказ. Разрядные вязки. Вязка 1. Ч. 1). № 10. Л. 1–64)

Подстрочные

¹ Боднарский Б. С. Письма Б. С. Боднарского Д. Д. Шамраю, 1950-е гг. // ОР РНБ. Ф. 1105 (Д. Д. Шамрай). Ед. хр. 258. Л. 1–27.

³ Биснек А. Г. Библиографические материалы книготорговой, издательской и библиотечной деятельности Василия Степановича Сопикова в Петербурге с 1791 по 1811 год : докл. на заседании Библиогр. секции Кабинета библиотековедения Гос. публ. б-ки, 17 июня 1941 г. // Отд. арх. документов РНБ. Ф. 12. Д. 16. 36 л.

⁵ Ин-т рукописей Нац. б-ки Украины Нац. академии наук Украины. Ф. 47. Ед. хр. 27. 119 л. [Материалы заседаний Децимальной комиссии Одесского библиотечного объединения].

Затекстовые

38. Полторацкий С. Д. Материалы для «Словаря русских писателей, исторических и общественных деятелей и других лиц» // ОР РГБ. Ф. 223 (С. Д. Полторацкий). Картон 14–29.

42. Полторацкий С. Д. Материалы к «Словарю русских псевдонимов» // ОР РГБ. Ф. 223 (С. Д. Полторацкий). Картон 79. Ед. хр. 122 ; Картон 80. Ед. хр. 1–24 ; Картон 81. Ед. хр. 1–7.

123. Гущин Б. П. Журнальный ключ : статья // ПФА РАН. Ф. 900. Оп. 1. Ед. хр. 23. 5 л.

Правильный подбор, распределение в тексте и оформление прямых и косвенных цитат во многом способствует положительной оценке курсовой работы со стороны научного руководителя и рецензента.

2.2.9. Библиографический список (Список использованной литературы)

Список включает библиографические описания документов, составленные на основе их анализа. Библиографическое описание - совокупность библиографических сведений о документе, его составной части или группе документов, приведенных по определенным правилам и необходимых и достаточных для общей характеристики и идентификации документа.

К библиографическому описанию предъявляется ряд требований: точность, полнота, единообразие. Надежность и достоверность библиографической информации достигается за

счет унификации и стандартизации. В настоящее время разработаны и действуют международные стандарты библиографического описания (ISBD) на различные виды документов. В нашей стране действует ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления»

При создании библиографического описания следует помнить, что источником библиографических сведений является документ (особенно те элементы, которые содержат выходные сведения), и они указываются в том виде, в каком они даны в документе или их формулируют на основе анализа документа. В некоторых случаях для уточнения имеющихся или получения недостающих библиографических сведений используют различные источники - каталоги, картотеки, справочные и библиографические пособия и т. п. В этом случае такие сведения заключаются в квадратные скобки. Использование государственных стандартов на библиографическое описание обязательно.

В ходе информационного поиска производится отбор документов, необходимых для изучения, анализа, использования. Создаётся справочный материал, на базе которого выполняются различные виды научных работ (рефераты, курсовые, дипломные работы, диссертации, доклады, статьи и др.).

Любая научная работа должна иметь библиографический аппарат, включающий список использованной литературы и библиографические ссылки на документы.

В целях правильного оформления библиографического аппарата необходимо знать библиографическое описание документа (БО) - совокупность библиографических сведений о документе, его составной части или группе документов, приведённых по определённым правилам и необходимых и достаточных для общей характеристики и идентификации документа.

Правила БО установлены государственным стандартом. В стандарте указаны:

- а) набор элементов БО;
- б) последовательность их расположения;
- в) наполнение и способ представления каждого элемента;
- г) применение условных разделительных знаков.

Источником библиографических сведений является документ в целом, в первую очередь те его элементы, которые содержат выходные сведения (например, для книг - титульный лист или при его отсутствии - обложка). БО состоит из элементов, объединённых в области, и заголовка. Элементы и области приводят в последовательности, установленной в перечнях стандарта. Элементы БО подразделяются на обязательные и факультативные. Обязательные элементы обеспечивают идентификацию документа. Их приводят в любом БО при наличии соответствующих сведений в документе. Факультативные элементы дают

дополнительную информацию о документе (его содержании, читательском назначении, иллюстративном материале и т.п.). БО документа может быть полным, кратким и расширенным. Полное БО применяется для государственных библиографических указателей и печатных каталожных карточек. Краткое БО включает только обязательные элементы. Расширенное БО включает обязательные элементы и один или несколько факультативных элементов.

Список использованной литературы содержит библиографическую информацию о рассматриваемых или рекомендуемых документах, является составной частью справочного аппарата научной работы и помещается после заключения.

В зависимости от включённых в список материалов и их количества применяют ту или иную систему группировки библиографических описаний:

- а) алфавитную;
- б) систематическую;
- в) хронологическую;
- г) по главам;
- д) в порядке первого упоминания документов в тексте.

Автор выбирает сам способ группировки, учитывая особенности своей работы (студентам рекомендуется использовать алфавитную группировку).

Алфавитное расположение сведений о документах применяется для небольших по объёму списков по узкому вопросу. Описания располагаются в строгом алфавите фамилий авторов или заглавий книг и статей (если фамилия автора не указана).

В работах гуманитарного профиля обычно используется алфавитная группировка литературы, когда описания книг и статей располагаются в едином алфавите фамилий авторов и заглавий книг и статей (если автор не указан). Не рекомендуется в одном алфавите смешивать разные алфавиты (русский, латинский и др.). В этом случае список состоит из двух частей: библиографическое описание документов на русском языке, далее - библиографическое описание документов на иностранных языках. Кроме того, обязательно делить источники на опубликованные и неопубликованные. К последним относятся архивные материалы, отчеты о НИОКР, диссертации, авторефераты диссертаций, депонированные рукописи.

Работы одного автора группируют по алфавиту их названий, авторов-однофамильцев - по алфавиту инициалов авторов. При перечислении нескольких работ одного автора его фамилию и инициалы указывают каждый раз. Работы одного автора и его работы с соавторами располагаются в списке в алфавите первых слов заглавий, при этом фамилии соавторов не учитываются.

Систематическое расположение сведений о документах применяется для обширных списков по комплексным темам. Документы располагаются в соответствии с главами или разделами работы или с важнейшими проблемами темы. Внутри раздела записи даются в алфавитном или хронологическом порядке. Сведения о документах общего характера (указателях, справочниках или материалах, относящихся к теме в целом) во избежание повторения целесообразно выделить в особый раздел.

Хронологическое расположение сведений о документах применяется в основном в исследованиях исторического плана, посвящённых развитию науки, деятельности определённого лица. Сведения располагаются по годам публикаций, а в пределах года - по алфавиту фамилий авторов и названий книг.

Группировка сведений по главам работ близка к систематическому расположению.

Принцип расположения сведений о документах в порядке очерёдности упоминания или цитирования документов в тексте широко распространён, но недостаток его заключается в том, что такой список не включает сведения обо всех использованных документах, потому что не все использованные по теме документы упоминаются в тексте.

Вся использованная в процессе научного поиска литература оформляется в список и является обязательной частью курсовой работы. Количество и характер источников в списке дают представление о степени изученности конкретной проблемы автором издания, документально подтверждают точность и достоверность приведенных в тексте заимствований: ссылок, цитат, информационных и статистических данных.

Список использованной литературы:

- а) является органической частью любой учебной или научно-исследовательской работы и помещается после основного текста работы;
- б) позволяет автору документально подтвердить достоверность, точность приводимых в тексте заимствований: таблиц, иллюстраций, формул, цитат, фактов, текстов памятников и документов;
- в) характеризует степень изученности конкретной проблемы автором;
- г) представляет самостоятельную ценность как справочный аппарат для других исследователей;
- д) является простейшим библиографическим пособием.

Поэтому каждый документ, включенный в список, должен быть описан в соответствии с требованиями ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание документа. Общие требования и правила составления».

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с красной строки.

Выбор заглавия списка. Рекомендуется три варианта заглавия списка:

1. Литература (Библиографический список) – если включается вся изученная автором литература, независимо от того, использовалась она в работе или нет.

2. Список использованной литературы – если включается только та литература, которая анализировалась или использовалась в тексте в виде заимствований.

3. Список использованных источников и литературы – если включаются, кроме изученной литературы, и источники (памятники литературы, документы и т.д.).

Расположение по видам источников – все документы делятся на группы (классы, разделы):

1) документы, формирующие методологическую базу исследования (труды корифеев науки);

2) официальные документы (государственные документы, документы общественных организаций, политических партий): конституция; законодательные материалы; документы, исходящие от органов представительной, исполнительной и судебной власти; тематические сборники таких документов; программы, уставы, материалы съездов партий, тематические сборники партийных документов; документы и материалы зарубежных партий – в порядке хронологии опубликования;

3) документальные материалы, составляющие источниковую базу исследования (архивные документы, летописи, письма, дневники, воспоминания, статистические сборники, ежегодники, материалы социологических исследований и т.п.) – в хронологическом порядке;

4) перечень отечественной и зарубежной литературы по теме (книги, статьи, сообщения, тезисы докладов, депонированные рукописи, препринты, нормативно-техническая документация и пр.) – по алфавиту того языка, на котором дается библиографическое описание документа.

Все отступления от этих правил должны оговариваться особо.

Общая схема библиографического описания отдельно изданного документа включает следующие обязательные элементы:

1. Заголовок (фамилия, имя, отчество автора или первого из авторов, если их два, три и более).

2. Заглавие (название книги, указанное на титульном листе).

3. Сведения, относящиеся к заглавию (раскрывают тематику, вид, жанр, назначение документа и т.д.).

4. Сведения об ответственности (содержат информацию об авторах, составителях, редакторах, переводчиках и т.п.; об организациях, от имени которых опубликован документ).

5. Сведения об издании (содержат данные о повторности издания, его переработке и т.п.).
6. Место издания (название города, где издан документ).
7. Издательство или издающая организация.
8. Дата издания.
9. Объем (сведения о количестве страниц, листов).

Источником сведений для библиографического описания является титульный лист или иные части документа, заменяющие его.

Примеры библиографического описания некоторых документов (ГОСТ 7.1-2003)

Книга с одним автором

1. Балабанов, И.Т. Валютные операции [Текст] / И.Т. Балабанов. – М. : Финансы и статистика, 1993. – 144 с.
2. Булатов, А.С. Мировая экономика [Текст] / А.С. Булатов, – М. : Юристъ, 2000. – 734 с.

Книга с двумя авторами

1. Корнелиус, Х. Выиграть может каждый: Как разрешать конфликты [Текст] / Х. Корнелиус, З. Фэйр ; пер. П.Е. Патрушева. – М. : Стрингер, 1992. – 116 с.
2. Азикова, С.Г. Структурообразующие факторы устойчивого развития региональной экономики [Текст] / С.Г. Азикова, О.Л. Таран. – Нальчик: Полиграфсервис и Т, 2004. – 180 с.

Книга с тремя авторами

1. Киселев, В.В. Анализ научного потенциала [Текст] / В.В. Киселев, Т.Е. Кузнецова, З.З. Кузнецов. – М. : Наука, 1991. – 126 с.
2. Бутов, В.И. Основы региональной экономики [Текст] / В.И. Бутов, В.Г. Игнатов, Н.П. Кетова. – Ростов-н/Д: Март, 2000. – 448 с.

Книга с пятью авторами и более

1. Теория зарубежной судебной медицины [Текст] : учеб. пособие / В.Н. Алисиевич [и др.]. – М. : Изд-во МГУ, 1990. – 40 с.
2. История России [Текст] : учеб. пособие для студентов всех специальностей / В. Н. Быков [и др.] ; отв. ред В. Н. Сухов ; М-во образования Рос. Федерации, С.-Петербур. гос. лесотехн. акад. – 2-е изд., перераб. и доп. / при участии Т. А. Суховой. – СПб. : СПбЛТА, 2001. – 231 с.
3. Культурология [Текст] : учеб. пособие для вузов / С.В. Лапина [и др.]; под общ. ред. С.В. Лапиной. – 2-е изд. – Минск: ТетраСистемс, 2004. – 495 с.

4. Налог на имущество: комментарии и разъяснения [Текст] / В.Р. Берник [и др.]. – М. : Аналитика-пресс ; Екатеринбург: Финансы, 1997. – 80 с.

Сборник

1. Малый бизнес: перспективы развития [Текст] : сб. ст. / под ред. В.С. Ажаева. – М. : ИНИОН, 1991. – 147 с.

Официальные документы

1. Конституция (Основной закон) Российской Федерации [Текст] : офиц. текст. – М. : Маркетинг, 2001. – 39 с.
2. Российская Федерация. Законы. О воинской обязанности и военной службе [Текст] : федер. закон : [принят Гос. Думой 6 марта 1998 г. : одобрен Советом Федерации 12 марта 1998 г.]. – [4-е изд.]. – М. : Ось-89, 2001. – 46
3. Гражданский процессуальный кодекс РСФСР [Текст] : [принят третьей сес. Верхов. Совета РСФСР шестого созыва 11 июня 1964 г.] : офиц. текст : по состоянию на 15 нояб. 2001 г. / М-во юстиции Рос. Федерации. – М. : Маркетинг, 2001. – 159

Диссертации

1. Медведева, Е.А. Высшее библиотечное образование в СССР: Проблемы формирования профиля (История, совр. состояние, перспективы) [Текст] : дис. ... канд. пед. наук : защищена 12.04.2000 : утв. 24.09.2000 / Е.А. Медведева. – М. : Изд-во Моск. гос. ин-та культуры, 2000. – 151 с.
2. Таран, О.Л. Теория и методология оценки асимметрии и пространственной поляризации развития региональных социально-экономических систем [Текст] : дис. ... д-ра. экон. наук : 08.00.05 : защищена 04.03.09 : утв. 26.06.09 / Таран Олег Леонидович. – Ставрополь, 2009. – 370 с.
3. Вишняков, И. В. Модели и методы оценки коммерческих банков в условиях неопределенности [Текст] : дис. ... канд. экон. наук : 08.00.13 : защищена 12.02.02 : утв. 24.06.02 / Вишняков Илья Владимирович. – М., 2002. – 234 с.

Автореферат диссертации

1. Еременко, В.И. Юридическая работа в условиях рыночной экономики [Текст] : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : защищена 12.02.2000 : утв. 24.06.2000 / В.И. Еременко. – Барнаул : Изд-во ААЭП, 2000. – 20 с.

Аналитическое описание

Аналитическим считают описание составной части документа (статьи, главы, параграфа и т.п.), и выглядит оно следующим образом: Сведения о составной части // Сведения о документе, в котором помещена составная часть. Примеры аналитического описания:

Из собрания сочинения

1. Герцен, А.И. Тиранство сибирского Муравьева [Текст] / А.И. Герцен // Собр. соч. : в 30 т. – М. : Приор, 1998. – Т. 14. – С. 315–316.

Из сборника

1. Андреев, А.А. Определяющие элементы организации научно-исследовательской работы [Текст] / А.А. Андреев, М.Л. Закиров, Г.Н. Кузьмин // Тез. докл. межвуз. конф. Барнаул, 14–16 апр. 1997 г. – Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 1997. – С. 21–32.
2. Сахаров, В. Возвращение замечательной книги : заметки о романе М.А. Булгакова «Мастер и Маргарита» [Текст] / В. Сахаров // За строкой учебника : сб. ст. – М. : [Худ. лит.], 1989. – С. 216–229.

Из словаря

1. Художник к кино [Текст] // Энциклопедический словарь нового зрителя. – М. : [Искусство], 1999. – С. 377–381.

Глава или раздел из книги

1. Костиков, В. Не будем проклинать изгнание [Текст] / В. Костиков // Пути русской эмиграции. – М. : [Б.и.], 1990. – Ч. 1, гл. 3. – С. 59–86.
2. Муравьев, А.В. Культура Руси IX – первой половины XII в. [Текст] / А.В. Муравьев, А.М. Сахаров // Очерки истории русской культуры IX–XVII вв. : кн. для учителя. – М. : Изд-во МГУ, 1984. – Гл. 1. – С. 7–74.

Из журнала

1. Гудков, В.А. Исследование молекулярной и надмолекулярной структуры ряда жидкокристаллических полимеров [Текст] / В.А. Гудков // Журн. структур. химии. – 1991. – Т. 32. – №4. – С. 86–91.
2. Афанасьев, В. Святитель Игнатий Брянчанинов и его творения [Текст] / В. Афанасьев, В. Воропаев // Лит. учеба. – 1991. – Кн. 1. – С. 109–118.

Из газеты

1. Антонова, С. Урок на траве: Заметки из летнего лагеря скаутов [Текст] / С. Антонова // Известия. – 1990. – 3 сент.
2. Горн, Р. Скауты вышли из подполья [Текст] / Р. Горн // Учит. газ. – 1991. – №38. – С. 9.

Бюллетень

1. Российская Федерация. Гос. Дума (2000–). Государственная Дума [Текст] : стеногр. заседаний : бюллетень / Федер. Собр. Рос. Федерации. – М. : ГД РФ, 2000– . – 30 см. – Кн. не сброшюр. № 49 (497) : 11 окт. 2000 г. – 2000. – 63 отд. с. – 1400 экз.

Статья из продолжающегося издания

1. Колесова, В.П. К вопросу о реформе власти [Текст] / В.П. Колесова, Е.Ю. Шуткина // Вестник Алтайской академии экономики и права. – 2001. – Вып. 5. – С. 47–50.

Библиографическое описание состоит из элементов, которые подразделяют на обязательные и факультативные. Набор элементов, включаемых в описание, определяется издательством совместно с автором, исходя из характера и назначения издания. Так, факультативными элементами библиографического описания являются: вид издания, номер ISBN, общее количество страниц. Поэтому библиографическое описание может быть:

- а) кратким, состоящим только из обязательных элементов;
- б) расширенным, включающим как обязательные, так и факультативные элементы;
- в) полным, включающим наряду с обязательными все факультативные элементы.

Примеры:

1. Сорокин, В.В. Государство переходного периода: теоретические вопросы [Текст] / В.В. Сорокин. – Барнаул : Изд-во Алтайской академии экономики и права, 2000.
2. Сорокин, В.В. Государство переходного периода: теоретические вопросы [Текст] : Монография / В.В. Сорокин. – Барнаул : Изд-во Алтайской академии экономики и права, 2000.
3. Сорокин, В.В. Государство переходного периода: теоретические вопросы [Текст] : Монография. / В.В. Сорокин. – Барнаул : Изд-во Алтайской академии экономики и права, 2000. – 191 с.

Для разграничения элементов библиографического описания применяют обязательную систему условных разделительных знаков: точка и тире, откос, два откоса. Однако ГОСТ допускает в библиографических ссылках точку и тире заменять точкой. Поэтому в пределах одного издания следует придерживаться единообразия в применении условных разделительных знаков.

Примеры:

1. Рубанцева, М. Атлантида уходит [Текст] / М. Рубанцева // Российская газета. – 1999. – 30 марта.
2. Рубанцева, М. Атлантида уходит [Текст] / М. Рубанцева // Российская газета. 1999. 30 марта.

Составные части документов

Статья из...

... книги или другого разового издания

1. Двинянинова, Г. С. Комплимент : Коммуникативный статус или стратегия в дискурсе [Текст] / Г. С. Двинянинова // Социальная власть языка : сб. науч. тр. / Воронеж.

межрегион. ин-т обществ. наук, Воронеж. гос. ун-т, Фак. романо-герман. истории. – Воронеж, 2001. – С. 101–106. – Библиогр.: с. 105–106.

... сериального издания

1. Михайлов, С. А. Езда по-европейски [Текст] : система платных дорог в России находится в начал. стадии развития / Сергей Михайлов // Независимая газ. – 2002. – 17 июня.
2. Серебрякова, М. И. Дионисий не отпускает [Текст] : [о фресках Ферапонтова монастыря, Вологод. обл.] : беседа с директором музея Мариной Серебряковой / записал Юрий Медведев // Век. – 2002. – 14–20 июня (№ 18). – С. 9.
3. Боголюбов, А. Н. О вещественных резонансах в волноводе с неоднородным заполнением [Текст] / А. Н. Боголюбов, А. Л. Делицын, М. Д. Малых // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 3, Физика. Астрономия. – 2001. – № 5. – С. 23–25. – Библиогр.: с. 25.
4. Казаков, Н. А. Запоздалое признание [Текст] : повесть / Николай Казаков ; рисунки Е. Спиридонова // На боевом посту. – 2000. – № 9. – С. 64–76 ; № 10. – С. 58–71. – ISSN 0869-6403.
5. Белова, Г. Д. Некоторые вопросы уголовной ответственности за нарушение налогового законодательства [Текст] / Г. Д. Белова // Актуал. проблемы прокурор. надзора / Ин-т повышения квалификации рук. кадров Генер. прокуратуры Рос. Федерации. – 2001. – Вып. 5 : Прокурорский надзор за исполнением уголовного и уголовно-процессуального законодательства. Организация деятельности прокуратуры. – С. 46–49.

Раздел, глава

1. Малый, А. И. Введение в законодательство Европейского сообщества [Текст] / Ал. Малый // Институты Европейского союза : учеб. пособие / Ал. Малый, Дж. Кемпбелл, М. О'Нейл. – Архангельск, 2002. – Разд. 1. – С. 7–26.
2. Глазырин, Б. Э. Автоматизация выполнения отдельных операций в Word 2000 [Текст] / Б. Э. Глазырин // Office 2000 : 5 кн. в 1 : самоучитель / Э. М. Берлинер, И. Б. Глазырина, Б. Э. Глазырин. – 2-е изд., перераб. – М., 2002. – Гл. 14. – С. 281–298.

Рецензии

1. Гаврилов, А. В. Как звучит? [Текст] / Андрей Гаврилов // Кн. обозрение. – 2002. – 11 марта (№ 10–11). – С. 2. – Рец. на кн.: Музыкальный запас. 70-е : проблемы, портреты, случаи / Т. Чередниченко. – М. : Новое лит. обозрение, 2002. – 592 с.

или

2. Зданович, А. А. Свои и чужие – интриги разведки [Текст] / Александр Зданович. – М. : ОЛМА-пресс : МассИнформМедиа, 2002. – 317 с.

3. Рец.: Мильчин, К. На невидимом фронте без перемен // Кн. обозрение. – 2002. – 11 марта (№10–11). – С. 6.

Электронные ресурсы

Электронный ресурс локального доступа (CD)

Описание электронного ресурса в области «Автор» и «Сведения об ответственности» осуществляется по правилам описания книжного издания. Обозначение материала приводят сразу после заглавия в квадратных скобках: [Электронный ресурс]. Примеры:

1. Даль, Владимир Иванович. Толковый словарь живого великорусского языка Владимира Даля [Электронный ресурс] : подгот. по 2-му печ. изд. 1880-1882 гг. – Электрон. дан. – М. : АСТ, 1998. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM) – (Электронная книга).
2. Александр и Наполеон [Электронный ресурс] : история двух императоров / Музей-панорама «Бородинская битва», Интерсофт. – Электрон. дан. – М. : Интерсофт, 1997. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).
3. Атлас-98 [Электронный ресурс] : 3D : самый подроб. полностью трехмер. атлас мира. – Электрон. дан. и прогр. – [Б. м.], 1998. – 1 электрон, опт. диск (CD-ROM). – (Весь мир в 3D).

Электронный ресурс удаленного доступа (Internet)

Описание электронного ресурса в области «Автор» и «Сведения об ответственности» осуществляется по правилам описания книжного издания. Обозначение материала приводят сразу после заглавия в квадратных скобках: [Электронный ресурс]. Если описывается сайт в целом, то область "Дата издания" будет выглядеть следующим образом: Год начала издания - год окончания издания. Если работа над сайтом продолжается в текущий момент, то приводят год начала издания и тире после него с последующим пробелом в 4 знака. Примеры:

1. Исследовано в России [Электронный ресурс] : многопредмет. науч. журн. / Моск. физ.-техн. ин-т. – Электрон. журн. – Долгопрудный : МФТИ, 1998 – . – Режим доступа к журн.: <http://zhurnal.mipt.rssi.ru>.
2. Российская государственная библиотека [Электронный ресурс] / Центр информ. технологий РГБ ; ред. Власенко Т.В. ; Web-мастер Козлова Н.В. – Электрон. дан. – М. : Рос. гос. б-ка, 1997– . – Режим доступа: <http://www.rsl.ru>, свободный.
3. История книги [Электронный ресурс]: учебник для вузов / ред. А.А.Говоров, Т.Г.Куприянова; Московский гос. ун-т печати, Лаборатория компьютеризации ФИДиКТ. - Электрон. текстовые дан. и граф. дан. - М.: Издательство МГУП "Мир

- книги", 1998. – 348 с.: цв. - Режим доступа: <http://www.hi-edu.ru/e-books/НВ/>, свободный. - Электрон. версия печ. публикации.
4. Шпринц, Лев. Книга художника: от миллионных тиражей - к единичным экземплярам [Электронный ресурс] / Л. Шпринц. - Электрон. текстовые дан. - М.: Б. изд., 2000. – Режим доступа: <http://artbook.km.ru/news/000525.html>, свободный.

5.10 Использование в тексте сокращений

Использование в тексте сокращений является принятой практикой оформления работ. Причем, сокращение слов в тексте не может быть произвольным, существует единая система сокращений. Сокращения эти должны быть оформлены в соответствии с ГОСТ 7.12-93 «Библиографическая запись. Сокращение слов на русском языке. Общие требования и правила» и ГОСТ 7.11-2004 «Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическая запись. Сокращение слов и словосочетаний на иностранных европейских языках». Все остальные сокращения, не предусмотренные в настоящих стандартах, допускается применять только в том случае, если в работе имеется их расшифровка, т.е. после содержания перед текстом работы на отдельной странице приводится список принятых сокращений.

Сокращениям подлежат различные части речи. Существительные, прилагательные, глаголы, а также причастия сокращают одинаково во всех грамматических формах, независимо от рода, числа, падежа и времени.

Имена существительные сокращают только в том случае, если они приведены в списках стандартов. Применяются также общепринятые сокращения:

- 1) употребляемые самостоятельно (и др. – и другие; и пр. – и прочее; и т.д. – и так далее; и т.п. – и тому подобное; т.е. – то есть; т.к. – так как; т.о. – таким образом; т.н. – так называемый);
- 2) употребляемые при именах и фамилиях (г-жа – госпожа; г-н – господин; им. – имени; тов. – товарищ);
- 3) употребляемые при географических названиях (г. – город; д. – деревня; с. – село; губ. – губерния; обл. – область);
- 4) употребляемые при внутритекстовых ссылках (гл. – глава; п. – пункт; разд. – раздел; рис. – рисунок; табл. – таблица; с. – страница);
- 5) употребляемые при цифрах (г., гг. – год, годы; в., вв. – век, века; до н.э. – до нашей эры; ч – час, часов; мин – минута; с – секунда; тыс. – тысяча; млн – миллион; млрд – миллиард; ок. – около; к., коп. – копейка; р., руб. – рубль; экз. – экземпляр).

Прилагательные и причастия сокращают, отбрасывая части слова, например: санитарный – сан. Сокращения, принятые для имен существительных, распространяются на имена прилагательные и страдательные причастия, образованные от того же корня, например: академия – акад.; академический – акад.

Прилагательные и причастия, оканчивающиеся на:

-авский	-ельский	-кий
-адский	-енный	-ний
-ажный	-енский	-ный
-азский	-ентальный	-ованный
-айский	-ерский	-овский
-альный	-еский	-одский
-альский	-иальный	-ольский
-анный	-инский	-орский
-анский	-ионный	-ский
-атский	-ирский	-ской
-ейский	-ительный	-ческий,
-ельный	-ический	

сокращают отбрасыванием этой части слова. Прилагательные, оканчивающиеся на -графический, -логический, -номический, сокращают отбрасыванием следующих частей слова: -афический, -огический, -омический, например: географический – геогр., биологический – биол., астрономический – астрон.

Если отбрасываемой части слова предшествует буква «и», то при сокращении слова следует сохранить следующую за ней согласную, например: калийный – калийн., крайний – крайн.

Если отбрасываемой части слова предшествует гласная буква, то при сокращении слова следует сохранить следующую за ней согласную, например: ученый – учен., масляный – маслян.

Если отбрасываемой части слова предшествует буква «ь», то слово при сокращении должно оканчиваться на стоящую перед ней согласную, например: польский – пол., сельский – сел.

Если отбрасываемой части слова предшествует удвоенная согласная, то при сокращении слова следует сохранить одну из согласных букв, например: классический – клас.

В сложных прилагательных, пишущихся через дефис, каждую составную часть сокращают в соответствии с правилами, приведенными выше, например: военно-политический – воен.-полит., профессионально-технический – проф.-техн.

В сложных прилагательных, пишущихся слитно, сокращают вторую часть слова, например: агролесомелиоративный – агролесомелиор., лесохозяйственный – лесхоз.

Однокоренные прилагательные и причастия, отличающиеся только приставками, сокращают одинаково, например: школьный – шк., пришкольный – пришк.

Прилагательные и причастия в краткой форме сокращают так же, как и в полной форме, например: изданный – изд., издано – изд.

Сокращать слово не допускается, если оно является единственным членом предложения. Слова и словосочетания сокращать не допускается, если возможно различное понимание текста.

3. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ КУРСОВОЙ РАБОТЫ

3.1. Организационные указания

Работа по выполнению курсового исследования условно делится на три стадии:

1) подготовительную (сбор материалов, накопление информации, подбор литературы),

2) исследовательскую (обобщение и анализ фактических данных, положенных в основу практической части исследования); постепенное написание (текстуальное изложение авторских идей, мыслей),

3) оформительскую (приведение в порядок всех материалов, из которых будет состоять курсовая работа, придание ей надлежащего законченного вида).

Подготовку к курсовому исследованию начинают с выбора и закрепления темы. Для этого предварительно изучается литература по выбранной тематической проблеме. Прежде чем приступить к сбору необходимых материалов и отбору литературы по утвержденной теме студент с помощью научного руководителя составляет план работы. В нем обычно намечаются конкретные мероприятия и поэтапные сроки выполнения отдельных частей курсового исследования. Их исполнение по срокам и фактическому содержанию контролируется научным руководителем.

Затем целесообразно составить программу анализа объекта исследования и его системы управления; сбора исходных данных. Эти материалы используются, главным образом, во введении и теоретической части.

Выполнение курсового исследования ведется на основе собранных и обобщенных материалов, систематизированной и детальной проработки литературных источников и законодательной базы, теоретического анализа фактических данных, взятых за основу. На этой стадии осуществляется постановка исследовательских задач, определяются критерии и разрабатывается методика их решения, формируется гипотеза исследования и модель разработки поставленных задач, направленных на достижение цели курсовой работы.

При оформлении курсовой работы выдерживаются все необходимые требования, предъявляемые ГОСТами. Весь текст должен быть отредактирован с точки зрения стилистики, выявления и устранения фактических ошибок и опечаток.

3.2. Выполнение исследовательских задач и написание основных разделов курсовой работы

3.2.1. Введение

Введением открывается курсовая работа. В нем обосновывается необходимость разработки сформулированной темы исследования. Раскрывается ее актуальность. Во введении отмечается практическая значимость выполнения курсового исследования, ставятся цели и задачи исследования, формулируется его теоретическая основа, а также характеризуется нормативно-правовая база, массив использованных источников и другие материалы. Актуальность темы может подтверждаться ссылками на вновь принимаемые законы, указы, постановления органов государственной власти РФ или отдельных субъектов РФ, касающиеся рассматриваемых в курсовом исследовании вопросов. Практическое значение разработки темы курсового исследования подчеркивается ее важностью в решении общих проблем финансово-экономических процессов.

Формулирование цели напрямую связано с наличием неисследованных аспектов рассматриваемой темы. Как правило, формулировка цели близка (или совпадает) с названием темы курсовой работы. Она должна быть максимально четкой и краткой (по количеству слов), полной (по степени раскрытия темы) и логически корректной.

Как сформулированная общая цель курсового исследования составляет его стратегию, так задачи курсовой работы определяют его тактику. В своей совокупности они

способствуют реализации цели курсовой работы, по отдельности представляя последовательные шаги к ее достижению. Поэтому фактически основная часть текста – это постепенное решение поставленных во введении задач (теоретико-методологических, аналитико-практических и рекомендательно-расчетных), в связи с этим обстоятельством формулировки задач, как правило, совпадают (или почти совпадают) с названиями глав и параграфов основной части. Задачи во введении следует описывать в форме перечисления.

Выделение объекта и предмета исследования является для студента наиболее сложной частью работы над введением. Следует различать эти нетождественные понятия научного познания. Объект исследования – это явление или процесс объективной реальности, на который направлен исследовательский поиск автора работы. Объект шире предмета. Предмет же исследования представляет собой фрагмент объекта, подвергающийся непосредственному изучению, или другими словами, какая-то одна сторона (свойства, особенности) объекта либо сам объект в одном из возможных ракурсов рассмотрения.

Одним из обязательных требований к введению является указание методов, которые используются автором курсовой работы. Они могут быть как общенаучными, так и конкретно-научными; как аналитическими, так и дескриптивными (описательными); как диалектическими, так и феноменологическими. В любой работе непременно используются логические методы мышления (сравнительный и исторический методы экономического анализа). В конце введения рекомендуется дать характеристику структуры курсовой работы, т.е. перечислить ее элементы по порядку.

С параметрами, необходимыми для введения, рекомендуется предварительно определиться уже при выборе темы. Это, правда, не значит, что написание работы следует начинать непременно с введения. Оно предваряет все курсовые работы. Однако в зависимости от индивидуальных особенностей авторского творчества оно может быть написано как на начальном, так и на конечном этапах выполняемой работы. Это связано с тем, что в начале исследования введение пишется для того, чтобы автор мог лучше представить себе направление своих исследовательских поисков, так как это помогает ему сгруппировать замыслы и наметить план, а если - в конце, т.е. когда работа по написанию основной части текста уже выполнена, то это делается для того, чтобы охарактеризовать ее с помощью параметров введения.

Текстуальный объем введения обычно не превышает 10-15% (3-5 страниц) общего объема основной (содержательной) части выполненной работы. При изложении текста введения стремятся к лапидарности, избирая тезисный стиль и постановочную форму. Следует помнить, что по содержательности и качеству написания введения чаще всего можно судить о степени компетентности автора, его знании освещаемой проблемы, а также о

действительно оригинальном авторском взгляде. По введению во многом можно составить мнение и о характере работы в целом, так как в нем объективно отмечаются оценочно-квалификационные критерии курсового исследования.

3.2.2. Разделы курсовой работы

Конкретное количество глав и разделов в работе зависит от целей, задач и содержания. Все части работы должны быть взаимосвязаны между собой. Необходимо в конце каждой главы делать краткие выводы, равно как и после каждой таблицы в параграфах, несущей в себе аналитические расчеты по ряду показателей.

Первая глава традиционно теоретическая. Теоретическая часть представляет собой научное исследование по одной из предлагаемых кафедрой тем. В первой главе студент должен показать знание теории вопроса по научным источникам, выявить сходство и особенности взглядов различных авторов и практиков по отдельным аспектам темы. На основе анализа различных точек зрения по дискуссионным вопросам, относящимся к теме, необходимо попытаться сформулировать свою собственную точку зрения и аргументировать ее правильность.

Пример 1: Проблемы конкурентоспособности предприятия

Исследованию проблем конкурентоспособности предприятия посвящены многие труды.

Так, по мнению отечественного экономиста В.А. Петрова [25], «конкурентоспособность – внутреннее свойство субъекта рыночных отношений, выявляемое в процессе конкуренции и позволяющее занять свою нишу в рыночном хозяйстве капиталистического типа для расширенного воспроизводства, что предполагает покрытие всех издержек производства и получение прибыли от легальной хозяйственной деятельности».

По мнению Л. Селезнева [33], конкурентоспособность – это обусловленное экономическими, социальными, политическими факторами положение страны или товаропроизводителя на внутреннем и внешнем рынках, отражаемое через показатели (индикаторы), адекватно характеризующие такое состояние и его динамику.

Таким образом, исходя из данной формулировки, можно выделить три группы факторов, на основании которых конкурентоспособность можно подразделить на три составляющие: политическую, социальную и экономическую конкурентоспособность.

Экономисты исследовательской организации «Юропиен менеджмент форум» (г. Женева) предлагают следующее определение: «Конкурентоспособность фирмы – это реальная и потенциальная способность компаний, а также имеющихся у них для этого возможностей проектировать, изготавливать и сбывать товары, которые по ценовым и неценовым характеристикам в комплексе более привлекательны для потребителей, чем товары конкурентов».

Из этой формулировки следует, что конкурентоспособность предприятия – это способность изготавливать и сбывать товар с большей конкурентоспособностью, чем у конкурента. Однако такое определение ограничивает данную категорию общим свойством – способностью изготавливать и сбывать товар.

Среди российских экономистов также существуют приверженцы данной трактовки понятия «конкурентоспособность». Ряд экономистов рассматривают в качестве главной составляющей конкурентоспособности предприятия эффективность использования его производственного потенциала (т.е. способность наращивать конкурентоспособность изготавливаемой продукции в более быстром темпе, чем потенциал конкурента).

Следующая точка зрения, представленная ученым Т. Конно [14], выражается в рассмотрении конкурентоспособности предприятия как совокупности характеристик, включающих в себя: захваченную предприятием долю рынка; способность предприятия к производству, сбыту и развитию; способность высшего звена руководства к реализации поставленной цели.

Ряд отечественных экономистов считает конкурентоспособность предприятия «... относительной характеристикой, отражающей отличие процесса развития данного производителя от производителя-конкурента как по степени удовлетворения своими товарами или услугами конкретной общественной потребности, так и по эффективности производственной деятельности». Такая трактовка сводит понятие конкурентоспособности предприятия к понятию конкурентоспособности продукции, в то время как конкурентоспособность предприятия и конкурентоспособность продукции соотносимы между собой как целое и часть. То есть конкурентоспособность предприятия проявляется через конкурентоспособность продукции, так как сообщает ей определенные потребительские свойства.

В связи с этим необходимо рассмотреть отличия характеристик конкурентоспособности предприятия от аналогичной характеристики товара. Анализ современных концепций конкурентоспособности производителя показывает, что применительно к предприятию их, по крайней мере, два.

Так, В.Т. Денисов и Т.А. Сергиенко [11] считают, что первое отличие в том, что конкурентоспособность предприятия применима к достаточно длительному промежутку времени, в то время как конкурентоспособность товара может определяться в любой малый с экономической точки зрения промежуток времени.

Второе принципиальное отличие заключается в том, что оценку деятельности предприятия дает не только потребитель, но и сам предприниматель. Третье отличие конкурентоспособности предприятия от конкурентоспособности продукции заключается в периоде действия: конкурентоспособность предприятия носит долговременный характер, конкурентоспособность продукции – краткосрочный.

Н.С. Яшин [44], считает, что конкурентоспособность предприятия (фирмы) – это возможность и динамика приспособления его к условиям рыночной конкуренции. А так как конкуренция предприятий на рынке принимает характер конкуренции самой продукции, то

конкурентоспособность товара – это относительная характеристика конкретного проявления степени реализации потенциала самого предприятия и условий его функционирования.

Соответственно, конкурентоспособность отрасли зависит от конкурентоспособности предприятий, входящих в данную отрасль, и от общей стратегии развития этих предприятий.

Соотношение основных категорий конкурентоспособности на различных уровнях хозяйствования можно представить следующим образом: конкурентоспособность предприятия; конкурентоспособность товара; конкурентоспособность страны.

Подводя итог вышесказанному, мы приходим к выводу, что пока не было сформулировано четкое определение понятия «конкурентоспособности предприятия». Под конкурентоспособностью предприятия, на наш взгляд, можно понимать способности прибыльно производить и реализовывать продукцию по цене не выше и по качеству не хуже, чем у любых других контрагентов в своей рыночной нише.

Можно сделать вывод, что конкурентоспособность продукции является основным результатом реализации конкурентоспособности предприятия. Конкурентоспособность товара и конкурентоспособность предприятия соотносятся как часть и целое. Возможности предприятия конкурировать на определенном рынке непосредственно зависят от конкурентоспособности товара.....

Пример 2: Инвестиционный анализ

По проблемам инвестиционного анализа в отечественной и зарубежной практике имеется достаточное количество работ. Наиболее известными являются работы Аньшина В.М. [8], Ендовицкого Д.А. [50], Богатина Ю.В. [22], Кравченко П.А. [74], Блохиной В.Г. [21], Воронова К. [33], Чернова В.А. [133] и др.

Проведенный анализ в этой области показал, что зачастую взаимосвязь между этапами инвестиционного анализа не показывается, хотя существует множество работ по проблемам проведения каждого этапа в отдельности. Некоторые авторы указывают на то, что разработка бизнес-проекта включает в себя анализ макро- и микроокружения объекта инвестиций. Но, на наш взгляд, анализ инвестиционной привлекательности (климата) представляет собой достаточно объемное исследование объекта во взаимосвязи с вышестоящими уровнями и поэтому возникает необходимость выделения его в отдельный этап (фундамент) инвестиционного анализа.....

Пример 3: Исследование понятия «конкуренция»

Поскольку в трудах отечественных и зарубежных ученых отсутствуют единые точки зрения на понятия «конкуренция», «конкурентные преимущества» и оценку конкурентоспособности предприятия, считаем уместным провести краткое исследование основных методологических подходов и понятийно-терминологического аппарата в рамках рассматриваемой проблематики. С нашей точки зрения необходимо, прежде всего, остановиться на понятиях: конкуренция, конкурентоспособность и конкурентные преимущества предприятия.

В общем виде конкуренция представляет собой соперничество, борьбу за лучшие результаты на каком-либо поприще, затрагивая все области и сферы рыночных отношений.

Сам термин «конкуренция» происходит от позднелатинского «concurrentia» – сбегаюсь, сталкиваюсь и означает жесткое конфликтное соперничество юридических и физических лиц в экономической и других сферах общества. Слово конкуренция возникло от латинского «concurrere», что в переводе означает сталкиваться.

В советской экономике данный термин не применялся. Так, в словаре политической экономии¹ конкуренция определялась как «антагонистическая борьба между частными товаропроизводителями за наиболее выгодные условия производства и сбыта товаров». Понятие конкуренции совмещалось с анархией, хищническими методами, и тяжелыми социальными последствиями. Элементы конкуренции и конкурентной борьбы были знакомы только руководителям предприятий, чья продукция шла на внешний рынок. Отсутствие частной собственности на средства производства и установлением планов для всех предприятий являлось причиной отсутствия конкуренции. Однако переход России от планово-директивной экономики к рыночной привел к появлению конкуренции практически во всех сферах деятельности хозяйствующих субъектов.

Существует большое количество определений данного понятия. Ожегов С.И.² трактует конкуренцию как соперничество, борьбу за достижение больших выгод, преимуществ. Приведем наиболее типичные определения (таблица 1).

Таблица 1 – Определения термина «конкуренция»

Автор определения	Определение
1. Азоев Г.Л. [2], Завьялов П.С. [4], Поршнев А.Г. [29], Райзберг Б.А. [20,32]	Экономический процесс взаимодействия, взаимосвязи и борьбы между выступающими на рынке предприятиями в целях обеспечения лучших возможностей сбыта своей продукции, удовлетворения разнообразных потребностей покупателей.
2. Киперман Г.Я. [3]	Процесс взаимодействия, взаимосвязи и борьбы изготовителей и поставщиков при реализации продукции, экономическое соперничество между обособленными товаропроизводителями или поставщиками товаров (услуг) за наиболее выгодные условия сбыта.
3. Макконнел К.Р., Брю С.Л. [19]	Наличие на рынке большего числа независимых покупателей и продавцов и возможность для покупателей и продавцов свободно входить на рынок и покидать его.
4. Маршалл А. [21]	Состязание одного человека с другим, особенно при продаже или покупке чего-либо.
5. Спиридонов И.А. [35]	Экономический процесс взаимодействия, взаимосвязи и борьбы между выступающими на рынке предприятиями в целях обеспечения лучших возможностей сбыта своей продукции, удовлетворения различных потребностей покупателей и получения наибольшей прибыли.
6. Перцовский Н.И. [22]	Экономический процесс взаимодействия, взаимосвязи и борьбы между выступающими на рынке предприятиями в целях обеспечения лучших возможностей сбыта своей продукции, удовлетворения потребностей покупателей и получения наибольшей прибыли.
7. Фатхутдинов Р.А. [39]	Это процесс управления субъектом своими конкурентными преимуществами для достижения победы или других целей в борьбе с конкурентами за удовлетворение объективных или субъективных потребностей в рамках законодательства либо в естественных условиях.

¹ Политическая экономия. Словарь. – М.: Политиздат, 1983. – 188с.

² Ожегов С.И. и Шведкова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. – М.: Азбуковник, 1999. – 944с.

8. Фатхутдинов Р.А. [41]	<i>Состязательность хозяйствующих субъектов, когда их самостоятельные действия эффективно ограничивают возможность каждого из них односторонне воздействовать на общие условия обращения товаров на соответствующем товарном рынке.</i>
--------------------------	---

Определение конкуренции приведено в Законе РФ «О конкуренции и ограничении монополистической деятельности на товарных рынках»: конкуренция – состязательность хозяйствующих субъектов, когда их самостоятельные действия эффективно ограничивают возможность каждого из них односторонне воздействовать на общие условия обращения товаров на соответствующем товарном рынке³.

С нашей точки зрения, данный подход к вопросу является односторонним и формальным, так как рассматривает конкуренцию только как деятельность по ограничению свободы соперников. С другой стороны, следует отметить, что здесь просматривается весьма существенная, и можно сказать основополагающая, составляющая конкуренции – принцип состязательности.....

Здесь же целесообразно дать и общую статистическую характеристику явлений (процессов), имеющих непосредственное отношение к теме курсовой работы. Для этой цели привлекается статистический материал: статистические ежегодники, статистическая информация из журналов. Статистическая информация должна быть обработана и систематизирована.

Во второй главе проводится проблемно-аналитическая разработка методических задач курсовой работы. Методическая постановка задач курсовой работы и их концептуальная разработка представляют собой проблемно-аналитическую часть исследования. Анализ осуществляется на основе достаточно полного описания общей характеристики объекта и предмета исследования. В этой части проводится анализ фактических материалов, характеризующих особенности объекта исследования. Особое внимание уделяется анализу проблемных аспектов темы исследования в соответствии с поставленными целями и задачами.

В зависимости от характера курсовой работы (теоретико-аналитического, или практического) назначение и содержание второго раздела могут быть различными. Если тема курсовой работы носит теоретико-аналитический характер, то второй раздел, как и первый, служит раскрытию проблемы на теоретическом уровне. В этом случае его содержание составляет продолжение теоретического исследования проблемы, обогащенного либо переходом к новому осмыслению проблемы и новому ракурсу ее разрешения; либо применением там, где это возможно и необходимо, конкретно-научных методов

³ Закон РФ от 22 марта 1991 г. №948-1 «О конкуренции и ограничении монополистической деятельности на товарных рынках» (с изменениями от 30 декабря 2001 г.)

(экономических, социологических и др.), а также, когда это необходимо, математического аппарата.

Если курсовая работа имеет практический или экспериментальный характер, то во втором разделе на основе методологических принципов решения проблемы и фактических данных исследуемого объекта проводится анализ технических, организационно-управленческих и экономических сторон объекта, имеющих отношение к теме курсовой работы. В этом случае выпускающей кафедрой рекомендуется первый вопрос второго раздела курсовой работы, выполняемой на основе фактических данных, начинать с краткой технико-экономической характеристики объекта исследования, включающей:

1. Историческую справку (когда образовано предприятие, учреждение, банк, где расположено, виды деятельности и т.д.);
2. Сведения об организационной структуре управления;
3. Характеристику основных видов операций, выполняемых организацией;
4. Сводную таблицу основных финансово-экономических показателей работы за последние 2-3 года;
5. Другие сведения по видам и направлениям деятельности, которым посвящена тема курсовой работы.

Материалы аналитической части не должны быть изолированы от ранее изложенных теоретических и методологических предпосылок: они являются их логическим продолжением. Анализ должен быть непосредственно связан с темой курсовой работы, проводиться за 2-3 летний период, а в случае необходимости - за более продолжительный период.

При проведении анализа необходимо использовать весь арсенал современных приемов и методов, применять экономико-математические методы и модели, использовать ЭВМ. Вторая глава должна носить аналитический и, по возможности, прикладной характер. Материал в главе строится на основе изучения федеральных законов, постановлений Правительства РФ, нормативных актов Центрального банка России, Указов Президента РФ, нормативно-правовых актов региональных властей и органов местного самоуправления.

При написании второй главы студент должен выявить основные закономерности и характерные особенности происходящих изменений в уровнях и динамике анализируемых показателей. Это достигается анализом данных за ряд лет. При этом необходимо использовать иллюстрации в виде таблиц, диаграммы, графики, схемы и т.п.

Пример 4: Анализ динамики основных источников налоговых доходов бюджетов муниципальных образований разных типов в 2006-2007 гг.

.....Структура налоговых доходов бюджетов муниципальных образований разных типов в динамике за 2006-2007 гг. приведена в таблице 19.

Таблица 19 – Структура налоговых доходов бюджетов муниципальных образований в субъектах Федерации, полностью сформировавших бюджеты поселений в 2006-2007 гг.

Показатели	Городские округа				Муниципальные районы				Поселения			
	2006 г.		2007 г.		2006 г.		2007 г.		2006 г.		2007 г.	
	Млрд. руб.	Уд. вес	Млрд. руб.	Уд. вес	Млрд. руб.	Уд. вес	Млрд. руб.	Уд. вес	Млрд. руб.	Уд. вес	Млрд. руб.	Уд. вес
Налоговые доходы	268,0	100%	370,3	100%	147,4	100%	174,5	100%	20,2	100%	31,5	100%
из них:												
Налог на прибыль организаций	14,2	5,3%	21,2	5,7%	38,5	26,1%	11,5	6,6%	1,0	5,1%	0,3	1,1%
Налог на доходы физических лиц	171,3	63,9%	242,2	65,4%	80,8	54,8%	126,6	72,6%	12,1	59,9%	18,8	59,5%
Единый налог по упрощенной системе налогообложения	6,4	2,4%	8,3	2,2%	1,2	0,8%	2,3	1,3%	-	-	-	-
ЕНВД	31,3	11,7%	33,9	9,2%	10,7	7,2%	14,0	8,0%	-	-	-	-
Налог на имущество организаций	2,4	0,9%	2,9	0,8%	1,4	1,0%	2,8	1,6%	-	-	-	-
Налог на имущество физических лиц	3,0	1,1%	4,0	1,1%	0,4	0,3%	0,7	0,4%	1,0	4,8%	1,6	5,0%
Земельный налог	27,9	10,4%	45,0	12,2%	3,5	2,4%	8,7	5,0%	5,5	27,0%	10,1	32,1%
Государственная пошлина	5,4	2,0%	6,9	1,9%	2,6	1,7%	3,5	2,0%	0,0	0,0%	1,1	3,0%

По данным таблицы, в налоговых доходах бюджетов муниципалитетов всех типов ведущую роль в анализируемый период играли поступления по подоходному налогу, составляя от 55% до 75% в общем объеме налоговых доходов местных бюджетов.

В структуре налоговых доходов бюджетов городских округов поступления по НДФЛ составляли в 2006-2007 гг. около 65% от общего объема налоговых доходов. Около 20% налоговых поступлений в бюджеты городских округов обеспечивали в анализируемый период единый налог на вмененный доход и земельный налог. Доли остальных источников налоговых доходов бюджетов городских округов в указанный период были не очень значительными.

Зависимость доходов бюджетов муниципальных районов от поступлений по НДФЛ в 2006-2007 гг. существенно увеличилась: доля поступлений по НДФЛ выросла за указанный период с 54,8% до 72,6% от общего объема налоговых доходов районных бюджетов. За тот же период фактически вдвое увеличилась доля земельного налога в налоговых доходах бюджетов муниципальных районов, однако поступления по земельному налогу имеют сравнительно небольшой удельный вес в структуре налоговых доходов районных бюджетов: в 2007 г. он составил всего 5%. Другой местный налог – налог на имущество физических лиц – в анализируемый период играл незначительную роль в налоговых доходах бюджетов районов. Совокупная доля местных налогов в налоговых доходах муниципальных районов составила в 2007 г. всего около 5,5%.

Существенным источником налоговых доходов бюджетов районов в 2006-2007 гг. являлись также единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности и налог на прибыль организаций. Следует отметить, что значение налога на прибыль в структуре налоговых доходов

районных бюджетов в анализируемый период резко сократилось: доля данного налога в общем объеме налоговых доходов бюджетов районов снизилась с 26,1% в 2006 г. до 6,6% в 2007 г.

Налоговые доходы бюджетов поселений в 2006-2007 гг. складывались, в основном, за счет всего двух налогов – подоходного налога и земельного налога, поступления по которым составляли в указанный период около 60% и около 30% соответственно.

Совокупная доля поступлений по местным налогам в структуре налоговых доходов бюджетов поселений увеличилась в анализируемый период с 31,8% до 37,1%.

Проведенный анализ динамики основных источников налоговых доходов бюджетов муниципальных образований разных типов за 2006-2007 гг. дает основания заключить, что из трёх типов муниципальных образований относительно благоприятная структура налоговых доходов сложилась в рассматриваемый период у городских округов и поселений. Налоговые доходы бюджетов городских округов имели в 2006-2007 гг. достаточно диверсифицированную структуру, которая формировалась, в основном, за счет поступлений по 3 налогам: НДФЛ (около 65%), ЕНВД (около 10%) и земельный налог (около 10%). Аналогично, структура налоговых доходов бюджетов поселений складывалась в рассматриваемый период за счет подоходного налога (около 60%), земельного налога (около 30%) и, в меньшей степени, - налога на имущество физических лиц (около 5%). Однако диверсифицированность структуры налоговых доходов бюджетов поселений

Диверсифицированность структуры налоговых доходов бюджетов муниципальных районов в 2006-2007 гг. значительно снизилась, поставив налоговые доходы районных бюджетов в зависимость фактически лишь от одного подоходного налога, доля которого в 2007 г. составила почти $\frac{3}{4}$ от общего объема налоговых доходов бюджетов районов. Это подтверждает сделанное нами ранее предположение о формировании в России после реформы местного самоуправления модели «трансферто-зависимого» муниципального района.

Рост зависимости налоговых доходов бюджетов муниципальных образований всех типов от поступлений по налогу на доходы физических лиц снижает уровень фискальной автономии по доходам муниципальных образований. В наибольшей степени данная тенденция в 2006-2007 гг. затронула муниципальные районы, в наименьшей степени – городские округа.....

Особое внимание должно быть уделено экономически грамотной обработке собранных данных. Анализ проводится с использованием различных методов: сравнительного, диагностического, цепной подстановки, абсолютных разниц, относительных разниц и других методов анализа экономических процессов на уровне предприятия.

Во втором разделе на основе обобщения практического материала необходимо также сформулировать и аргументировать выводы и предложения и дать рекомендации по улучшению и совершенствованию деятельности субъектов анализа. Рекомендации, разработанные в практической части, должны быть изложены достаточно подробно и

обстоятельно, с необходимой степенью детализации и конкретности. Вспомогательные материалы следует выносить в приложения. Целесообразно начинать с разработки более общих, широкомасштабных мероприятий и завершать частными, менее масштабными. Все предлагаемые мероприятия должны быть увязаны с существующей системой. В данной части курсовой работы желательно предусмотреть параграф, посвященный обоснованию реальности предлагаемых мероприятий и рассмотрению вопросов организации их внедрения в конкретном подразделении предприятия. Реальность проектных мероприятий обосновывается практической возможностью преодоления правовых, экономических, организационных, технических, психологических и других трудностей.

Каждый параграф, глава (раздел), составляющие структурные части курсовой работы, должны завершаться обобщающими выводами.

3.2.3. Заключение

В заключении (объем 3-5 страниц) емко и сжато в обобщенном виде излагаются главные результаты проведенного исследования, лаконично и тезисно фиксируются его ключевые моменты, основные положения, формулируются наиболее важные рекомендации по решению поставленных автором во введении задач. Заключение должно представлять собой краткие выводы, характеризующие итоги проведенного исследования. Оно должно быть предельно конкретным и выразительным. В нем обязательно следует отразить оценку общего состояния объекта исследования с точки зрения аспектных вопросов предмета исследования, итоги проведенного анализа и выводы теоретических заключений, сводный перечень и краткую характеристику предлагаемых мероприятий, направленных на устранение выявленных недостатков и повышение эффективности в данной сфере деятельности.

3.2.4. Список использованных источников

Все источники, использованные в работе над курсовым исследованием, приводятся в алфавитном порядке и помещаются после заключения. При составлении данного списка рекомендуется придерживаться следующей последовательности:

1. Нормативно-правовые акты (по юридическому значению)
 - 1.1. Акты федеральных органов государственной власти
 - федеральные законы;
 - указы Президента РФ;

- постановления палат Федерального Собрания РФ;
- постановления Правительства РФ;
- постановления судов РФ;
- ведомственные акты.

1.2. Акты органов государственной власти субъектов РФ

- законы субъектов федерации;
- нормативные и распорядительные акты глав субъектов федерации;
- документы органов госвласти и управления субъектов федерации.

1.3. Акты органов местного самоуправления

- представительных органов;
- исполнительных органов.

2. Литература (по алфавиту, т.е. по первой букве фамилии автора (первого автора), а при его (их) отсутствии - по первой букве первого слова названия издания)

3. Книги, монографии, энциклопедии, словари, справочники, сборники, учебные пособия, брошюры, а также отдельные статьи в них и в научной (специальной, профессиональной) периодической печати и средствах массовой информации

4. Материалы государственных архивов

5. Материалы текущего делопроизводства государственных органов

6. Другие виды источников.

3.2.5. Приложения

Курсовая работа может иметь приложения, которые включаются по усмотрению автора. Объем приложений определяется автором курсовой работы по принципу разумной достаточности. В приложениях помещается материал, дополняющий курсовую работу и носящий вспомогательный характер. Приложениями могут быть, например, графический материал, таблицы большого формата, расчеты, описания алгоритмов и программ задач, решаемых на ЭВМ и т.д. Приложение оформляют как продолжение данного документа на последующих его листах или выпускают в виде самостоятельного документа. Приложения могут быть обязательными и информационными. Информационные приложения могут быть рекомендуемого или справочного характера. В тексте документа на все приложения должны быть даны ссылки. Степень обязательности приложений при ссылках не указывается. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте документа.

4. ПОРЯДОК ПРЕДСТАВЛЕНИЯ КУРСОВОЙ РАБОТЫ К ЗАЩИТЕ

Одной из важных форм руководства является предварительный просмотр выполненной курсовой работы. Если работа содержит эмпирическую (практическую, расчетно-графическую) часть, то руководитель, прежде всего, должен провести экспертизу этой части, а затем указать все ошибки, неточности по работе в целом. После проверки руководителем выполнения одного этапа работы студенту (в случае положительного заключения) разрешается перейти к следующему этапу.

Защита курсовой работы (проекта) является обязательной формой проверки выполнения работы. Защита производится на заседании кафедры, научно-методического семинара кафедры, научной проблемной группы специальной комиссией, утверждаемой директором института, состоящей обычно из 3 преподавателей кафедры, при непосредственном участии руководителя, в присутствии студентов. Результаты наиболее интересных курсовых работ (проектов) могут быть доложены на научных конференциях. Публичная защита стимулирует научный интерес, творчество, ответственность студентов.

Курсовая работа должна быть представлена на кафедру за месяц до начала зачетно-экзаменационной сессии.

5. ПРОЦЕДУРА ЗАЩИТЫ КУРСОВОЙ РАБОТЫ

Защита курсовых работ проводится публично, могут присутствовать все желающие. Защита состоит в коротком докладе студента по выполненной работе и в ответах на вопросы присутствующих на защите. Студенту дается слово для выступления с кратким докладом. Регламент доклада - 5-10 минут. В своем докладе студент должен кратко изложить цели и задачи курсовой работы, охарактеризовать объект и предмет исследования, объяснить основные положения и выводы, к которым он пришел в результате проведенной работы. Главное внимание в докладе должно быть заострено на ключевых моментах и практической значимости курсовой работы, их аналитическом обосновании. В заключении доклада нужно дать собственную оценку достигнутым результатам курсового исследования и возможности их практического применения. Во время доклада студент может пользоваться иллюстративными материалами и различными вспомогательными средствами для наглядной демонстрации положений курсовой работы.

Затем студенту задаются вопросы, на которые он обязан дать аргументированные и исчерпывающие ответы. Помимо руководителя вопросы вправе задавать любые лица, присутствующие на защите. В ходе защиты с замечаниями по содержанию курсовой работы может выступить любой из присутствующих.

Результаты защиты курсовой работы (проекта) оцениваются дифференцированной отметкой по пятибалльной системе. Оценка курсовой работы заносится в зачетную книжку студента и зачетно-экзаменационную ведомость.

При этом оценка «отлично» выставляется за курсовую работу, которая носит исследовательский характер, как в общетеоретической, так и в практической части, материал в которой изложен логично и последовательно, работа содержит выводы и обоснованные предложения. В ходе защиты студент показывает глубокие знания вопросов темы, свободно оперирует данными исследования, вносит обоснованные предложения по выбранной проблематике, уверенно и содержательно отвечает на поставленные вопросы.

Оценка «хорошо» выставляется за курсовую работу, которая носит исследовательский характер, однако, в отличие от работы, которая оценена на «отлично», аналитические и критические характеристики работы, соответствуя уровню предъявляемых требований, отличаются меньшей глубиной, а предложения студента менее значимы и не столь убедительно обоснованы. В ходе защиты студент демонстрирует достаточно уверенные и прочные знания и без особых затруднений отвечает на поставленные вопросы.

Оценка «удовлетворительно» выставляется за курсовую работу по форме, соответствующей уровню предъявляемых требований, но в содержательном плане имеющую поверхностный характер. В работе могут встречаться моменты, отличающиеся непоследовательностью изложения материала, либо отдельные предложения, являющиеся недостаточно обоснованными. При защите студент, в отдельных случаях, проявляет неуверенность, показывает слабое знание вопросов темы и не всегда дает полные, аргументированные ответы на заданные вопросы.

Оценка «Неудовлетворительно» выставляется за курсовую работу, которая не носит исследовательского характера; рассмотрение теории и практики вопросов курсовой работы не отвечает требованиям, изложенным в методических указаниях; выводы в работе либо отсутствуют, либо носят декларативный характер; в ходе защиты студент затрудняется в ответах на поставленные вопросы по теме работы, не знает теории вопроса, допускает в ответах существенные ошибки.

Защита курсовых работ (проектов), предусмотренных учебным планом, проводится не позднее, чем за две недели до начала зачетно-экзаменационной сессии.

Студент, не представивший в установленный срок курсовую работу или не защитивший ее по неуважительной причине, считается имеющим академическую задолженность.

По окончании публичной защиты оглашается ее результат. Результат определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Защищенные курсовые работы сдаются в архив вуза.

Следует избегать ошибок, часто встречающихся в работах студентов, связанных с теоретическим изложением и формой изложения материала, со структурой работы и оформлением.

К типичным недостаткам, связанным с содержанием курсовой работы, можно отнести:

1. Использование в работе устаревшей законодательной базы, устаревших положений, концепций и теории;
2. В работе не раскрыты основные вопросы выбранной темы исследования, либо план темы не соответствует названию темы;
3. Положения работы носят описательный и поверхностный характер, мало фактического, конкретного материала, отсутствует необходимый для раскрытия темы анализ;
4. В тексте имеются повторения, логически противоречивые положения, текст перегружен примерами и не выстроен в соответствии с логикой раскрытия темы курсовой работы.

Типичные недостатки, связанные со структурой курсовой работы:

1. Отсутствует какая-либо часть курсовой работы или нарушена последовательность ее структурных составляющих;
2. Нарушено соотношение пропорций структурных элементов курсовой работы;
3. Объем курсовой работы не соответствует требуемому.

Типичные недостатки, относящиеся к форме изложения:

1. Текст работы полностью или частично переписан из источника, написан «книжным» языком;
2. Текст не отредактирован, небрежен или безграмотен.

Типичные недостатки, связанные с оформлением:

1. Неправильно оформлен титульный лист;
2. Неправильно оформлены цитаты и ссылки либо отсутствуют вовсе;
3. Неправильно оформлен список использованной литературы;
4. Не соблюдены правила нумерации страниц;
5. Неправильно пронумерованы или оформлены таблицы и формулы;
6. Не соблюдены отступы, абзацы, шрифт и межстрочный интервал;
7. Ставятся точки в конце заголовков глав и параграфов;
8. Не соблюдается расстояние между заголовками структурных элементов курсовой работы;

9. Неправильно оформляются иллюстрации.

Примерная тематика курсовых работ

1. Социальный эффект и эффективность в здравоохранении, понятие, критерии, показатели.
2. Оценка экономической эффективности в здравоохранении: эффективность деятельности медицинских организаций и отрасли здравоохранения.
3. Оценка активов и управления оборотным капиталом организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь.
4. Оценка экономической эффективности в здравоохранении: эффективность новых медицинских технологий и медицинского оборудования.
5. Экономические ресурсы в здравоохранении.
6. Государственное регулирование отрасли здравоохранения.
7. Государственное регулирование и саморегулирование рынка медицинских товаров и услуг.
8. Государственная программа «Развитие здравоохранения в РФ»: цели, задачи, подпрограммы, индикаторы.
9. План мероприятий «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения»: целевые показатели, мероприятия.
10. Национальный проект «Здравоохранение», цели, задачи, проекты, планируемые результаты.
11. Методы финансового менеджмента в принятии инвестиционных решений, решений по финансированию, формированию дивидендной политики и структуры капитала медицинской организации
12. Источники финансирования учреждений здравоохранения и их анализ.
13. Программа государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.
14. Экономические аспекты оказания платных медицинских и сервисных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.
15. Особенности планирования и прогнозирования в организации здравоохранения в системе обязательного медицинского страхования (ОМС).
16. Анализ рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в условиях обязательного медицинского страхования.
17. Система добровольного медицинского страхования (ДМС), как источник дополнительного финансирования медицинской организации.
18. Развитие ДМС в российской экономике: анализ и перспективы.
19. Рынок труда в здравоохранении: проблемы и возможные пути их решения.
20. Финансирование здравоохранения: анализ и зарубежный опыт.
21. Финансовый менеджмент как основной инструмент оценки эффективности использования финансовых ресурсов медицинской организации.
22. Управление рисками в здравоохранении, как основа безопасности оказания медицинской помощи
23. Анализ эффективности инвестиций направленных на развитие учреждений здравоохранения..
24. Характеристика состава затрат и результатов, связанных с реализацией инвестиционных проектов в здравоохранении.
25. Оценка рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в предпринимательской деятельности медицинской организации, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании.
26. Информационные технологии в системе управления здравоохранением.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
– филиал федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования
**«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»**

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра _____

КУРСОВАЯ РАБОТА

По дисциплине _____

На тему: _____

Автор работы: _____

подпись, дата

инициалы, фамилия

Направление подготовки _____ группа _____

Руководитель работы _____

ученая степень, звание

инициалы, фамилия

работа защищена _____ оценка _____

дата

подпись, инициалы, фамилия преподавателя

Пятигорск _____ г

ПРИЛОЖЕНИЕ В

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра экономики и организации здравоохранения и фармации

РЕЦЕНЗИЯ на курсовую работу

ФИО студента: _____

Группа: _____

Дисциплина _____

№ п/п	Критерии оценки	Оценочные баллы	Баллы по результатам работы
1	Степень самостоятельности выполнения работ	15	
2	Корректность сформулированных цели и задач	10	
3	Полнота, аналитичность и критичность обзора литературы	10	
4	Полнота раскрытия темы	30	
5	Правильность написания и оформления работы	15	
6	Наличие и правильность оформления ссылок на используемые источники	5	
7	Наличие и обоснованность выводов	10	
8	Наличие, полнота и правильность оформления списка использованных источников	5	
Итого		100	

Шкала итоговой оценки:

Уровень сформированности компетентности	Не сформирована	Низкий	Средний	Высокий
Оценка	Не удовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично
Баллы в БРС	0-60	61-75	76-90	91-100

Компетенции предусмотренные учебным планом сформированы в полном объеме.

Оценочное заключение: _____

Рецензент:

кан. экон. наук, доцент _____ Сергеева Е.А.

« ____ » _____ 20 __ г.

