

При этом в случае, если изымаемое имущество обеспечивается нераспределенной прибылью УП, стоимость изымаемого имущества облагается налогом на дивиденды по ставке 15 %.

Если изымаемое собственником имущество не обеспечивается нераспределенной прибылью, стоимость выбывающего имущества должна влиять на финансовый результат УП. При этом со стоимости изымаемого имущества должен удерживаться подоходный налог по ставке 12%.

2. Если изымаемое физическим лицом-собственником УП имущество не сопровождается нераспределенной прибылью, т. е. не рассматривается как форма расчета с собственником за причитающиеся ему дивиденды, выбытие такого имущества должно отражаться в учете с использованием счета 92 «Внереализационные доходы и расходы».

3. Сложившийся порядок налогообложения, при котором изымаемое собственником УП имущество, не обеспечиваемое нераспределенной прибылью, облагается налогом по меньшей ставке, чем при изъятии его в порядке распределения прибыли, следует признать неэффективным, поскольку при меньшей ставке налога допускаются большие риски в отношении контрагентов УП.

У унитарного предприятия может не иметься собственных источников, в частности, чистой прибыли (все имущество обеспечивается только заемными средствами), однако собственник имеет в настоящее время возможность вывести это имущество из оборота, уплатив меньшую сумму налога, чем если бы изымаемое имущество обеспечивалось чистой прибылью.:

В этой связи в перспективе представляется целесообразным отказаться от понятия дивиденды в отношении физических лиц, являющихся собственниками УП.

Любое изъятие имущества УП его собственником-физическим лицом (если только это имущество не передавалось им ранее УП) должно рассматриваться как получение дохода, который подлежит обложению подоходным налогом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Закон Республики Беларусь от 21.12.1991 г № 1327-ХН «О подоходном налоге с физических лиц» (в ред. Закона от 12.05.2009 г. №19-3).
2. Закон Республики Беларусь от 22.12.1991 г. № 1330-Х11 «О налогах на доходы и прибыль» (в ред. от 13.11.2008 г. №449-3).
3. Закона Республики Беларусь от 19.12.1991 г. № 1319-ХИ «О налоге на добавленную стоимость» (в ред. от 13.11.2008 г №449-3).
4. Инструкция по применению Типового плана счетов бухгалтерского учета: утв. постановлением Мин-ва финансов Респ. Беларусь от 30.05.2003 г № 89 (в ред. постановления от 26.03.2009 г № 33).
5. Гражданский кодекс Республики Беларусь от 07.12.1998 г. № 218-3 (в ред. от 08.07.2008 г № 366-3).

ФИНАНСОВЫЙ МОНИТОРИНГ ДОХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ГОСУДАРСТВЕННОМ СЕКТОРЕ БЕЛАРУСИ

Л.Ф. Ерькова, канд. экон. наук, доцент. БГЭУ

Осуществляемые реформы в области здравоохранения связаны, прежде всего, с решением экономических проблем и затрагивают два основных аспекта: необходимость усовершенствования ресурсного обеспечения отрасли и рациональное использование имеющихся средств, что обуславливает необходимость проведения оценки эффективности доходов и издержек организации.

В современном мире финансовое обеспечение здравоохранения осуществляется за счёт бюджетных средств, средств работодателя, средств населения. Доля каждого из них в общем объеме средств, выделяемых обществом на здравоохранение, предопределяет модель финансирования отрасли.

Мировая практика знает несколько моделей финансирования национальных систем здравоохранения: бюджетная модель - Великобритания, Дания, Норвегия, Финляндия; бюджетно-страховая модель - Германия, Франция, Австрия, Швейцария; преимущественно предпринимательская модель - США.

Инвестирование здравоохранения в нашей стране носит, в основном, макроэкономический характер, т.е. уровень государственных обязательств являются преобладающими в общей сумме расходов на здравоохранение. Это вытекает из специфики самой отрасли, заключающейся в том, что она производит услуги, жизненно необходимые обществу, а также в обязательном соотношении затрат на оказание бесплатной медицинской помощи с приносимым ущербом в случае ее отсутствия.

Таблица 1

Расходы консолидированного бюджета Республики Беларусь

Показатели	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Расходы бюджета: - млрд. руб.	31 257	37 256	47 624	63811
В том числе расходы на социально-культурные мероприятия: - млрд. руб. - %	9 115 29,2	19 866 53,3	24 007 50,4	29 263 45,9
Из них на здравоохранение: -млрд. руб. - % к сумме расходов на социально-культурные мероприятия - % к общей сумме расходов бюджета	2964 32,5 9,4	3528 17,8 9,5	4325 18,0 9,1	5025 17,2 7,9

Таким образом, расходы государства на содержание социальной и культурной сферы за последние два года сокращаются. Аналогично складывается ситуация и в части государственного инвестирования здравоохранения. Наблюдается снижение доли затрат на содержание отрасли к общей сумме расходов бюджета с 32,5 % в 2005 году до 17,2 % в 2008 году.

Соотнесение расходов на здравоохранение с величиной внутреннего валового продукта (далее ВВП) - один из наиболее важнейших статистических показателей, характеризующих уровень финансирования отрасли.

Начиная с 2003 по 2006 год, расходы консолидированного бюджета на здравоохранение и физическую культуру в Республике Беларусь в процентном отношении к ВВП снижаются, что отражено в таблице 2. В 2007 г. их удельный вес достиг 5,7 % в валовом внутреннем продукте [5].

Таблица 2

Расходы консолидированного бюджета Республики Беларусь и России на здравоохранение и физическую культуру (в % к валовому внутреннему продукту)

Расходы бюджета на здравоохранение и физическую культуру.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Республика Беларусь	5,0	4,8	Л9	4,5	5,7
Россия	2,2	2,2	3,7	3,6	4,2

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, необходимо расходовать не менее 6-6,5 % ВВП для нормального обеспечения потребностей в медицинском обслуживании населения [3, с. 93]. В западноевропейских странах эти расходы составляют 8-9 % ВВП, в США - 13-14 % [3, с. 95]. Приведенные данные свидетельствуют о недооценке расходов на здравоохранение в нашей республике. Ятриграмме социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2010 года ставится задача увеличения доли государственных расходов на здравоохранение до 7 % к ВВП, что позволит приблизиться к мировым стандартам [6].

Приведенные показатели в таблицах 1 и 2 обосновывают необходимость повышения уровня финансирования отрасли за счет привлечения внебюджетных источников. Удельный вес платных услуг в общем объеме базового финансирования остается невысоким - в 2006 г. - 4,9 %, в 2007 году - 5,6 %. Темпы прироста объема платных услуг населению за последние годы незначительны. Так, объем платных услуг в 2005 году по сравнению с 2004 годом возрос на 15,3%, в 2006 году прирост составил 11,2 %, в 2007 году - 11,5 %, в 2008 году 13,9%. Для сравнения в России в 2008 году более 65% средств поступает в здравоохранение из бюджетов различных уровней, средства обязательного медицинского страхования составляют 35% средств, расходуемых на медицинское обеспечение страны [1].

Соотношение расходов государства и населения в России свидетельствует о ведущей роли государственных инвестиций в здравоохранение, что вносит значительный вклад в экономическое развитие страны. Однако можно отметить, что частные затраты на медицину в России значительны по сравнению с расходами на оплату услуг населения Беларуси и странами Европы. По данным Организации экономического сотрудничества и развития (далее ОЭСР) в 2004 году государственные затраты на здравоохранение составили по странам ОЭСР в среднем 73 %. При этом в Люксембурге, в Республике Чехия, Словакия этот показатель составляет 90 %. В Великобритании, Швеции, Дании, Норвегии - около 85 %. [1]. Такое соотношение можно объяснить старением населения, увеличением его средней продолжительности жизни, появлением новых, и, следовательно, дорогостоящих технологий, что и обуславливает большие затраты. Также необходимость функционирования государ-

ственного сектора в учреждениях здравоохранения обусловлена и рядом других экономических причин. В частности, общедоступность определенных видов оказываемой медицинской помощи уменьшает производственные потери, сокращает выплаты по больничным листам, предотвращает падение темпов прироста населения и снижает уровень заболеваемости во время эпидемий, стихийных бедствий и т.д.

В республиках Польша, Венгрия, которые являются странами - членами Европейского сообщества, доля государственного финансирования по сравнению с 1990 годом снизилась, что объясняется переходом к рыночным условиям экономики. Но при этом в названных странах сохраняются государственные гарантии обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью, поскольку рыночные законы в определенных ситуациях приведут к более высокой степени затратности, чем государственно-регулируемая система здравоохранения.

Таким образом, можно сказать, что система государственного финансирования здравоохранения во всех странах мира является наиболее стабильной и гарантированной формой обеспечения функционирования отрасли на должном уровне.

Выделенные объемы финансирования можно охарактеризовать и уровнем расходов на здравоохранение в год в расчете на душу населения.

В 2007 году в расчете на одного жителя расходы на медицинское обеспечение за счет бюджетных и внебюджетных источников финансирования (в дол. США) в России составляют 240 дол., [1] в Беларуси - 427 дол., во Франции - 3 040 дол, в Швеции - 2 827 дол., в Швейцарии - 4 011 дол., в Норвегии - 4 080 дол., в Германии - 3 171 дол. [8]. Приведенные показатели обеспеченности населения медицинскими услугами в Беларуси и в России значительно ниже, чем в других странах. Лидером по объему затрат на здравоохранение являются США, где на эти цели расходуется в отдельные годы превышают 4000 дол. в год [8].

Серьезным недостатком действующей системы бюджетного финансирования учреждений здравоохранения является ее ориентация не на реальную потребность в медицинской помощи, а на опосредованные показатели, такие как численность населения, количество коек, расходы, складывающиеся в этой сфере. Если проанализировать соотношение доходов и расходов медицинской организации по видам деятельности, то можно с уверенностью сказать, что опережение доходов над расходами наблюдается только по предпринимательской деятельности. В части бюджетного финансирования обеспечивается равенство или превышение расходов над бюджетными ассигнованиями. Сложившаяся ситуация вполне объяснима, поскольку в случае недоиспользования бюджетных средств осуществляется их возврат с текущего счета распорядителя средств в банке на счет территориального органа казначейства. Таким образом, создаются стимулы экономного расходования средств в бюджетных организациях, в том числе и медицинских.

Недостаточная экономическая самостоятельности государственных медицинских учреждений и установленный порядок их финансирования весьма ограничивают возможности использовать экономические методы управления и повышения качества медицинской помощи.

Существующий в настоящее время порядок сметного финансирования бюджетных организаций имеет следующие основные недостатки:

- является затратным, то есть не создает стимулов к сокращению издержек, экономии бюджетных средств. Имеющиеся ресурсы расходуются в системе здравоохранения с низкой клинической и экономической эффективностью;
- не ориентирован на результат, поскольку бюджет оплачивает не предоставление медицинских услуг, а направляет средства на содержание сложившейся в прошлом бюджетной системы здравоохранения;
- жестко контролируем со стороны вышестоящих распорядителей средств и казначейство, что исключает перераспределение средств в интересах потребителей медицинских услуг, оказываемых лечебным учреждением.

Таким образом, сметное финансирование не стимулирует повышение эффективности оказания медицинских услуг.

Сложившаяся к настоящему времени сеть получателей средств бюджета не соответствует критериям оптимальности ее организации, что снижает эффективность использования финансовых ресурсов государства.

К числу приоритетных направлений повышения эффективности использования финансирования лечебных учреждений можно отнести следующие:

1. Переход от сметного к нормативно-подушевому принципу финансирования по факту оказанных медицинских услуг, т.е. ориентированного на конечный результат (количество обращений), а не планируемые показатели - численность жителей, закрепленных за амбулаторно-поликлиническим учреждением. На этапе составления смет расходов главные распорядители бюджетных средств устанавливают для подведомственных бюджетополучателей объемы оказания медицинских услуг, в соответствии с которыми определяется государственный уровень финансирования, который в процессе исполнения бюджета обеспечивает первоначальное авансирование в начале отчетного периода, а в дальнейшем он корректируется с учетом конкретных объемов оказанных услуг. Необходимым условием эффективности системы нормативно-подушевого финансирования является разра-

КОНСУЛЬТАЦИИ БУХГАЛТЕРУ, АУДИТОРУ, МЕНЕДЖЕРУ, РУКОВОДИТЕЛЮ.

ботки четкого механизма корректировки в пределах, доведенных до соответствующих главных распорядителей годовые лимитов бюджетных обязательств. С целью избежания перерасходования средств помимо задания на предоставление государственных услуг необходимо установить и предельные объемы их предоставления.

Дополнительным преимуществом данного принципа является возможность расширения полномочий бюджетных организаций по перераспределению средств по предметным статьям бюджетной классификации расходов при исполнении сметы. В современных условиях такое перераспределение допускается исключительно с санкции главного распорядителя кредитов. Безусловно, это исключает хозяйственную самостоятельность бюджетных учреждений и значительно усложняет адаптацию их деятельности к текущим экономическим условиям. При внедрении нормативно-подушевого финансирования отпадает необходимость в жесткой детальной регламентации расходов учреждения, поскольку конечный результат достигнут за счет средств, выделенных с учетом фактических объемных показателей.

2. Изменение порядка осуществления бюджетными организациями деятельности, приносящей доход, в частности ужесточение режима использования внебюджетных доходов бюджетными учреждениями за счет внедрения контроля со стороны казначейской системы, которую планируют ввести с 2011 года может иметь негативные последствия в виде сокрытия подобного рода доходов, прекращения их получения, в особенности для тех учреждений, у которых доля внебюджетных доходов высока. В этом случае необходимо предусмотреть возможность организационно-правового преобразования этих государственных структур (без приватизации), способных адаптироваться к рыночным условиям, на осуществление предпринимательской деятельности и полного распоряжения полученными доходами. При этом снимается гарантированное финансирование таких организаций, и государство устраняется от обязательств по их долгам. В этих условиях предоставляется возможность преобразования части государственных структур (учреждений), способных функционировать в условиях сильной зависимости их деятельности от потребителей, т. е. наиболее конкурентоспособных. При этом права этих организаций на осуществление предпринимательской деятельности и распоряжение доходами от нее, не подлежат ограничению. Однако необходимо сохранить гарантированное финансирование для тех бюджетных организаций, которые не способны функционировать в рыночной среде и деятельность которых имеет высокую социальную значимость (скорая медицинская помощь, специализированные медицинские учреждения: туберкулезные, наркологические, онкологические диспансеры, детские медицинские учреждения).

3. Для стимулирования деятельности медицинской организации и создания заинтересованности в оказании качественной медицинской помощи наиболее эффективным будет внедрение системы государственного социального заказа взамен на предоставление сметного финансирования. В настоящее время в Российской Федерации разрабатывается механизм договорного финансирования по системе государственного социального заказа. Под государственным социальным заказом понимается совокупность размещаемых на конкурсной основе договоров между государственным заказчиком и поставщиком, по условиям которых государство обязуется оплатить социальные, образовательные культурные, медицинские и другие значимые социальные услуги. Государственный социальный заказ в отличие от сметного финансирования представляет размещение задания на поставку социальных услуг не на обязательной, а на договорной основе по результатам конкурса. При этом создается конкуренция между учреждениями, оказывающими однородные услуги, за доступ к бюджетным средствам. При этом договора заключаются в пользу третьего лица - непосредственного потребителя услуг. В системе здравоохранения отбор поставщиков услуг до системы государственного социального заказа предоставляется государству, который сможет профессионально произвести отбор круга поставщиков услуг - медицинских учреждений, с оптимальным соотношением цена - качество предоставляемых ими услуг. Потребитель может выбрать для себя конкретного поставщика услуг из числа медицинских учреждений, с которыми государство заключило договор социального заказа на определенных условиях.

Характеризуя в целом проблемы функционирования бюджетного сектора, следует отметить, что назрела необходимость формирования системы оценки рациональности использования государственных средств, что позволит социально-значимым сферам (здравоохранение, культура и др.) Беларуси перейти на качественно новый уровень.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Крутова И.Н. Финансирование Здравоохранения в РФ и странах ОЭСР // Экономика здравоохранения. - 2008. - №10. - С. 5-8.
2. Статистический ежегодник Республики Беларусь 2004 г.: Стат. сб. / М-востатистики и анализа Республики Беларусь. - Минск, 2004. - 611 с.
3. Четыркин Е. Медицинское страхование на Западе и в России // Мировая экономика и междунар. отношения. - 2006. - №12. - С. 93-98. -
4. О бюджете Республики Беларусь на 2009 год: Закон Республики Беларусь от 13.11.2008 г. № 450-3 // «Народная газета», N 219-220, 19, 11.2008 С. 13-41.
5. Беларусь и Рорсия. 2008: Стат. Сб. / Белстат, Росстат, Пост. Комитет Союзного гос-ва. - М., Росстат, 2008. - 179 с.

6. Программа социально-экономического развития Республики Беларусь на 2006-2010 годы. - Минск: Беларусь, 2006.
7. Здоровье - XXI. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе. Европейская серия по достижению здоровья для всех // ВОЗ Евробюро. - 1999. - № 6.
8. Доклад о развитии человека 2007-2008. Борьба с изменениями климата: человеческая солидарность в разделенном мире \ пер. с англ. - М.: Весь мир, 2007.
9. Харченко В.И., Корякин М.В., Новолодский В.Н. Некоторые предложения по модернизации Российского здравоохранения без увеличения ассигнований из бюджета // Экономика здравоохранения. - 2008. - № 8. - С. 5-13.
10. Краткий статистический сборник «Республика Беларусь в цифрах», 2007 (стат. сб.). Минстат Республики Беларусь - Минск, 2008. - 348 с.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ БУХГАЛТЕРСКОГО УЧЕТА ДОХОДОВ И РАСХОДОВ В БАНКАХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

О.Н. Шестак, канд. экон. наук, БТЭУПК

Основными экономическими показателями, определяющими финансовый результат банка, являются доходы и расходы банка, на основании которых можно рассчитать банковскую прибыль на определенную дату, рентабельность банковской деятельности. В современных условиях развития банковского сектора экономики бухгалтерский учет доходов и расходов постоянно совершенствуется. Этому свидетельствует разработка Национальным банком Республики Беларусь новых нормативно-правовых актов по вопросам признания в банковском бухгалтерском учете доходов и расходов.

Так следует отметить, что с 1 января 2010 года вступает в силу Инструкция по признанию бухгалтерском учете доходов и расходов в Национальном банке Республики Беларусь и банках Республики Беларусь, утвержденной постановлением Правления Национального банка Республики Беларусь от 30.07.2009 № 125, которая отменяет действие Инструкции о бухгалтерском учете доходов и расходов в Национальном банке и банках Республики Беларусь, утвержденной постановлением Совета директоров Национального банка Республики Беларусь от 23 ноября 2005 г. № 350.

Новая Инструкция по признанию в бухгалтерском учете доходов и расходов в Национальном банке Республики Беларусь и банках Республики Беларусь вносит ряд изменений и новшеств в трактовку некоторых терминов и понятий, а также методику бухгалтерского учета в банках доходов и расходов. Данные изменения будут рассмотрены ниже.

1. **Дополнены определения доходов и расходов** с целью их конкретизации, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1

Определения дохода и расхода банка для целей их признания в бухгалтерском учете¹

Доход банка	Расход банка
Увеличение экономических выгод в течение отчетного периода (в форме увеличения активов и (или) уменьшения обязательств), которое ведет к увеличению собственного капитала Национального банка, банка, не связанному с вкладами акционеров (собственников), за исключением результатов переоценки активов и обязательств (основных средств, незавершенного строительства и неустановленного оборудования, нематериальных активов, ценных бумаг, имеющихся в наличии для продажи, отдельных инструментов хеджирования, прочих статей бухгалтерского баланса), которые согласно законодательству признаются в бухгалтерском учете непосредственно в собственном капитале.	Уменьшение экономических выгод в течение отчетного периода (в форме уменьшения активов и (или) увеличения обязательств), которое ведет к уменьшению собственного капитала Национального банка, банка, не связанному с его распределением между акционерами (собственниками), за исключением результатов переоценки активов и обязательств (основных средств, незавершенного строительства и неустановленного оборудования, нематериальных активов, ценных бумаг, имеющихся в наличии для продажи, отдельных инструментов хеджирования, прочих статей бухгалтерского баланса), которые согласно законодательству признаются в бухгалтерском учете непосредственно в собственном капитале.

2. **Разработана новая классификация доходов и расходов банка** в зависимости от их характера, экономической сущности и видов осуществляемых операций, которая приведена в таблице 2. Кроме того, каждой группе доходов и расходов дано новое полное определение, позволяющее с более высокой достоверностью классифицировать тот или иной вид дохода и расхода.