

4) Рассчитанный по принятой официальной методике коэффициент обеспеченности собственными оборотными средствами, как разность между собственным капиталом и внеоборотными активами, не имеет экономического смысла, поскольку не отражает ни долю собственного капитала в формировании оборотных активов, ни долю чистых оборотных активов.

Учитывая, что в бухгалтерском балансе не отражаются направления использования собственного и заемного капитала и в связи с этим невозможно из общей суммы собственного капитала выделить ту часть, которая использована на формирование оборотных активов, целесообразно в приложении к балансу ф. № 5 отражать направления инвестирования заемных средств. Или вообще отказаться от данного показателя, поскольку для предприятия значение имеет общий размер и доля собственного капитала в формировании совокупных активов, и не так уж важно, в каких активах он находится – в основных средствах, запасах, дебиторской задолженности, денежной наличности и т. д. Если собственные и заемные ресурсы влились в единый поток, то очень трудно разграничить их по отдельным позициям актива бухгалтерского баланса.

5) Для оценки финансовой устойчивости и платежеспособности в краткосрочной перспективе целесообразно рассчитывать не обеспеченность собственным оборотным капиталом, а чистые оборотные активы, свободные от краткосрочных обязательств, и их долю в общей сумме оборотных активов, что будет соответствовать западной учетно-аналитической практике;

6) В связи с этим следует пересмотреть Инструкцию по оценке финансового состояния и платежеспособности субъектов предпринимательской деятельности, заменив показатель «собственные оборотные средства» показателем «чистые оборотные активы». Одновременно следует сделать поправку, что показатель текущей ликвидности (отношение оборотных активов к краткосрочным обязательствам) характеризует не обеспеченность предприятия собственными оборотными средствами, а степень покрытия краткосрочных обязательств оборотными активами организации;

7) В Инструкции дана неправильная интерпретация коэффициента обеспеченности обязательств активами организации (КЗ). Судя по названию данного показателя, он отражает платежные возможности предприятия по погашению обязательств и должен рассчитываться отношением суммы активов к обязательствам. Согласно же алгоритма расчета данного коэффициента, определенного Инструкцией (отношение заемных средств к сумме совокупных активов), он характеризует степень участия заемных средств в формировании активов предприятия, т. е. степень финансовой зависимости. Следовательно, надо изменить или его название, или алгоритм расчета.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Инструкция по анализу и контролю за финансовым состоянием и платежеспособностью субъектов предпринимательской деятельности: утв. М-вом финансов Респ. Беларусь, М-вом экономики Респ. Беларусь, М-вом статистики и анализа Респ. Беларусь 14.05.04 : текст по состоянию на 10 окт. 2008 г. // Эталон – Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2008.
2. Ковалев, В.В. Финансовый учет и анализ: концептуальные основы / В.В. Ковалев. – М.: Финансы и статистика, 2004. – 560 с.
3. Бланк, И.А. Финансовый менеджмент / И.А. Бланк. – Киев : Ника-Центр : Эльга, 1999. – 528 с.
4. Глазунов М.И. Оценка финансовой устойчивости коммерческой организации на основе данных бухгалтерского баланса // Экономический анализ: теория и практика. 2009. № 21(150). С. 58–65.

О НЕОБХОДИМОСТИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ

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

Стимулом поиска новых путей развития медицинского обслуживания в Беларуси является принятая концепция развития здравоохранения на 2008–2012 годы. В качестве основных приоритетных направлений развития были определены: планирование финансовых расходов по нормативам бюджетной обеспеченности расходов на медицинское обслуживание в расчете на одного жителя, разработка территориальных программ оказания населению бесплатной медицинской помощи, совершенствование форм системы оплаты труда и др.

Реализация на практике этой концепции повысило уровень медицинского обслуживания, но не все проблемы были решены. Многие из них не в полной мере реализованы, поскольку не были подкреплены должным финансовым обеспечением. По-прежнему недостаточно рационально сочетаются медицинские услуги, оказываемые на платной и бюджетной основах, не создаются стимулы по внедрению системы добровольного страхования медицинских расходов.

В соответствии со статьями 15 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» население вправе пользоваться на безвозмездной основе услугами здравоохранения. Медицинская помощь сверх установленного государством гарантированного объема бесплатной медицинской помощи оказывается на платной основе в порядке и согласно Перечню, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 10.02.2009 г. № 182. Действующий перечень содержит 48 видов платных медицинских услуг. Согласно результатам проведенных исследований Минским НИИ социально-экономических проблем примерно треть всех платных услуг республики оказывается в столице Беларуси. Объем реализации платных медицинских услуг, оказываемых государственными лечебно-профилактическими учреждениями (далее ЛПУ), по г. Минску по данным Комитета по здравоохранению Республики Беларусь в 2004 году составлял 14,7 млрд. руб., 2005 г. – 18,0 млрд. руб., 2006 г. – 21,3 млрд. руб., 2007 г. – 29,02 млрд. руб., 2008 г. – 37,5 млрд. руб., за 1-е полугодие 2009 г. – 23,13 млрд. руб. Тенденция их роста по приведенным данным очевидна. Однако доля платных услуг в общей сумме расходов на здравоохранение по-прежнему остается незначительной и колеблется в пределах от 4,9 % в 2006 году и до 5,6 % в 2007 году.

Результаты анализа оценки уровня платежеспособности населения и их возможностей в оплате медицинских услуг показали, что в период с 2004 года по 2008 год включительно рост денежных доходов населения в 1,9 раза сопровождался ростом покупательной способности примерно только на 20 %. При этом в структуре потребительских расходов по данным органов статистики доля расходов на здравоохранение сокращалась (2004 г. – 3 %, 2005 г. – 2,8 %, 2006 г. – 2,9 %, 2007 г. – 2,7 %).

Очевидно, что платными медицинскими услугами пользуются в первую очередь семьи с относительно высокими доходами. Данные социологического опроса, проведенного Минским НИИ социально-экономических проблем, показали, что часть респондентов пользуются медицинскими услугами на возмездной основе в случае крайней необходимости, из них 45,6 % в государственных и 44,6 % в частных медицинских учреждениях. Не могут себе позволить платные медицинские услуги в государственных организациях здравоохранения 16,3 % респондентов; в частных – 24,3 % респондентов.

Среди причин, сдерживающих развитие платной медицины в государственном секторе здравоохранения, можно назвать:

- низкую платежеспособность основной массы населения, особенно в сельской местности;
- недостаточную информированность населения о возможности получения услуг на платной основе в государственных учреждениях;
- слабую изученность потребительского рынка;
- отсутствие рекламы.

Программа государственных гарантий медицинской помощи не в полной мере обеспечивается необходимыми финансовыми ресурсами, что в определенной ее части восполняется за счет собственных средств граждан, получающих платные услуги. В тоже время идея ограничений, заложенная в государственной программе, возможна лишь в условиях достаточной платежеспособности населения, но при сложившей в стране экономической дифференциации населения она оправдывается не в полной мере. В связи с этим формируется рынок платных медицинских услуг.

В качестве дополнительного источника финансирования в Республике Беларусь получили распространение следующие виды медицинского страхования:

- обязательное медицинское страхование иностранных граждан и лиц без гражданства в соответствии с Указом Президента Республики Беларусь от 25.08.2006 № 530 «О страховой деятельности». В главе 13 документа определены порядок и условия проведения обязательного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих или временно проживающих в Республике Беларусь.
- добровольное страхование медицинских расходов в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.07.1997г. N 192 «О добровольном медицинском страховании в Республике Беларусь» и постановлением Министерства финансов Республики Беларусь от 09 июня 2005 г. N 74 «Об утверждении инструкции о добровольном страховании медицинских расходов» (в ред. постановлений Минфина от 19.12.2007 N 193, от 27.02.2008 N 26, от 09.06.2008 N 95, от 07.07.2008 N 114);

Для развивающегося белорусского страхового рынка добровольное страхование медицинских расходов в ближайшие годы может стать наиболее востребованным видом комплексного страхования, поскольку часть расходов по платному медицинскому обслуживанию можно равномерно распределить между государством, пациентом и работодателем, что позволит получить гражданам дополнительные виды услуг здравоохранения сверх тех, которые установлены программой бесплатного медицинского обеспечения. Страхование медицинских расходов представляет важную составляющую социальной инфраструктуры любой развитой страны, поскольку способствует снижению государственного бюджетного финансирования здравоохранения и обеспечивает возрастающие потребности населения в медицинской помощи.

Добровольное страхование медицинских расходов за последние годы прочно закрепилось в республике. Эксперимент по оказанию услуг в рамках действующего в 2004 года законодательства о добровольном медицинском страховании, проводимый Министерством здравоохранения Республики Беларусь, дал положительный результат. Медицинским учреждениям было предоставлено право включать в стоимость медицинских услуг сервисные и дополнительные услуги с применением повышающих коэффициентов при осуществлении расчетов со страховыми организациями за оказанные платные медицинские услуги. В настоящее время законодательно закреплено положение о добровольном страховании медицинских расходов.

Рассматривая взаимоотношения участников в системе добровольного медицинского страхования, необходимо отметить ряд положительных моментов. Например, в страховых организациях традиционно преобладает коллективное страхование, в соответствии с которым, работодатель (страхователь) страхует своих работников. Данная форма страхования предпочтительна для страховщиков, поскольку работа с большим количеством застрахованных лиц обеспечивает более низкую операционную себестоимость, снижает маркетинговые расходы, увеличивает доходность. Организации-страхователи также активно используют данный вид медицинского страхования, поскольку оно считается одним из основных методов дополнительной компенсации работнику (наряду с оплатой труда), повышает чувство защищенности сотрудников, престижность рабочих мест, фирмы и авторитет работодателя, является дополнительно привлекательным моментом для граждан при устройстве на работу, снижает текучесть кадров в организации и потери рабочего времени, вызванные болезнью сотрудников.

Однако, заключая договора на коллективное страхование, страховые компании часто не заинтересованы в доведении полного перечня услуг, предусмотренных договором медицинского страхования расходов, до потребителя. В этом случае в связи с низкой осведомленностью пациент не использует возможности, предусмотренные договором и, следовательно, определенная сумма остается у страховщика. В результате такого положения застрахованный не получает оговоренных услуг, государственные медицинские организации средств, которые смогло бы получить при реализации своего права, т.е. в сферу здравоохранения не поступают финансовые ресурсы. А для страховщика складывается благоприятная ситуация: денежные средства сохраняются на его счетах, как не востребованные. В данной ситуации интересы пациентов не согласуются с интересами страховых компаний, поскольку ее основной задачей является не охрана здоровья, а минимизация затрат, связанных с медицинским обслуживанием.

Проанализировав имеющиеся льготы в соответствии с действующим законодательством, можно отметить, что только две стороны, а именно страховые организации – страховщики и застрахованные лица, участвующие в сфере медицинского страхования, имеют определенные налоговые преимущества.

Так, особенной частью налогового кодекса Республики Беларусь от 29 декабря 2009 г. N 71-З при определении размера налоговой базы для исчисления подоходного налога с физических лиц предоставлено право применить социальный налоговый вычет плательщику страховых взносов по договорам добровольного страхования медицинских расходов в сумме, не превышающей сорока восьми базовых величин уплаченного. Если в налоговом периоде социальные налоговые вычеты не были им использованы полностью, то их остаток переносится на последующие налоговые периоды до полного их использования [4].

Включения в затраты, учитываемые при налогообложении суммы страховых взносов по видам медицинского страхования для организаций-страхователей, заключивших договор добровольного страхования медицинских расходов для своих работников, регулируется Указом Президента Республики Беларусь от 12.05.2005 N 219 «О страховых взносах, включаемых в затраты по производству и реализации продукции, товаров (работ, услуг), и порядке создания государственными страховыми организациями фондов предупредительных (превентивных) мероприятий за счет отчислений от страховых взносов по договорам добровольного страхования жизни, дополнительной пенсии и медицинских расходов».

Названный документ дает право плательщикам-страхователям учесть в составе расходов, учитываемых при налогообложении, страховые взносы по договорам добровольного страхования медицинских расходов (при условии, что договоры заключены на срок не менее одного года и медицинская помощь застрахованным оказывается государственными организациями здравоохранения), заключенным организациями-страхователями с государственными страховыми организациями в пользу физических лиц, работающих в организациях-страхователях по трудовым договорам. При этом сумма страховых взносов не может превышать по договорам добровольного страхования медицинских расходов 3 % фонда заработной платы организации-страхователя. Размер ежемесячных страховых взносов за одного работника по договору добровольного страхования медицинских расходов не может превышать двух базовых величин [5]. Отнесение на себестоимость затрат по страхованию медицинских расходов существенно повышает привлекательность медицинского страхования.

Действующим в настоящее время налоговым законодательством предусмотрены также отдельные льготы организациям, предоставляющим платные медицинские услуги (но не по договорам медицинского страхования). В частности, они освобождены от уплаты НДС в части оборотов по предоставлению медико-социальной помощи по уходу за больными при стационарном лечении, при наличии лицензии на совершение медицинской помощи.

Организации здравоохранения, выполняющим основную функцию по оказанию услуг в рамках страхования медицинских расходов, законодательно установленных льгот для развития услуг в сфере медицинского страхования, не имеют.

На сегодняшний день на рынке медицинских услуг может работать любая страховая компания. Значительное количество страховщиков наряду с остальными видами страхования практикуют деятельность в системе медицинского страхования и имеют договоренность с ЛПУ, по утвержденному Министерством здравоохранения перечню. При этом согласно договору, одно и то же застрахованное лицо может обслуживаться по своей индивидуальной программе в нескольких лечебных учреждениях, например, амбулаторно в одной медицинской организации, получить стационарное лечение в другой, независимо от того имеет ли на своей базе лечебное учреждение, с которым заключен договор страхования, поликлинику и больницу. Это также создает определенные неудобства ЛПУ.

В системе добровольного медицинского страхования юридически не сформирована накопительная страховая система, поскольку наиболее распространенной формой является договор, заключенный на один год. В результате чего по истечению этого срока его действие заканчивается. Отсутствие правового механизма накопления страховой суммы ограничивает возможности пользователя страхового полиса, поскольку расходы на медицинское обслуживание в молодом возрасте незначительны, а возможностей накопления сумм у него больше, чем в преклонном, когда потребность в медицинских услугах многократно возрастает. Для ЛПУ накопительная система несет определенные преимущества, поскольку обеспечивает стабильность деятельности лечебного учреждения с определенным контингентом застрахованных, что способствует повышению ответственности за качество обслуживания каждого пациента.

В качестве негативного момента в системе страхования медицинских расходов можно также отметить, что страховые компании не участвуют в поддержании материально-технической базы ЛПУ, с которыми заключены договора. Их участие ограничивается оплатой страховых случаев после обращения застрахованного в данное медицинское учреждение и перечислением средств в соответствии с Указом Президента Республики Беларусь от 10.06.2009 г. № 302 «О фондах предупредительных (превентивных) мероприятий по отдельным видам страховых случаев» Министерству труда и социальной защиты и Министерству здравоохранения с последующим распределением средств их получателями между ЛПУ. Таким образом, часть денежных средств поступают на счета исполнителей медицинских услуг, но через распределительную систему соответствующих министерств, а не напрямую. Таким образом, созданная система распределения дополнительного финансов не в полной мере прозрачна для ЛПУ, участвующих в медицинском страховании, в то время, как государственные медицинские организации получают ежегодно, согласно утвержденным сметам, бюджетное финансирование, предусматривающее развитие их материально-технической базы.

Не менее важным обстоятельством в сформировавшемся Институте страхования являются противоположные экономические интересы страховых компаний и ЛПУ. При наименьшем количестве обращений застрахованных страховая организация получает прибыль, а медицинская – не получает финансовые поступления. В основу деятельности ЛПУ заложено социальное назначение – медицинское обслуживание населения. Главная цель страховых компаний, которые в соответствии с Законом «О страховой деятельности» являются коммерческими, не охрана здоровья, а извлечение прибыли. Противоположные принципы этих двух сторон системы медицинского страхования нарушают баланс интересов субъектов охраны здоровья, подчиненных интересам страховых компаний. Институт медицинского страхования, призванный оказывать медицинскую помощь и привлекать дополнительные ресурсы в ЛПУ преобразуется в большей степени в предпринимательскую структуру, поскольку основная роль принадлежит организациям-страховщикам, которые сами распределяют услуги между ЛПУ, денежные потоки, выбирают медицинскую организацию, т.е. действуя целесообразно их коммерческим интересам.

Зарубежный опыт свидетельствует, что в системе медицинского страхования организационные вопросы возложены на больничные кассы.

Необходимо сбалансировать интересы всех сторон, участвующих в процессе медицинского страхования, и обеспечить целостность связи и интересов всех участников в самой системе. Государственное влияние на рынок страхования в Беларуси предоставит возможность путем создания новых организационных форм учреждений здравоохранения некоммерческого характера или путем изменения организационной структуры медицинского учреждения и ее правовых норм, организационных форм, регулирующих ее деятельность, расширить ее экономические права, повысить финансовые возможности медицинского страхования исполнителей лечебных услуг.

Таким образом, назрела необходимость преобразований в экономических и организационно-правовых отношениях в сфере медицинского страхования. Через изменение организационной и правовой структуры медицинского учреждения можно реализовать в большей степени собственные экономические интересы. Принимая во внимание обстоятельство, что в следующем календарном году доходы и расходы медицинских организаций, финансируемых из бюджета, будут подконтрольны органам государственного казначейства, в части денежных

средств, полученных за счет оказания платных медицинских услуг, в том числе добровольного и обязательного медицинского страхования, целесообразно пересмотреть финансовые и правовые взаимоотношения заказчиков и исполнителей этой системы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Указ Президента Республики Беларусь от 25.08.2006 № 530 «О страховой деятельности» (в ред. Указов Президента Республики Беларусь от 25.06.2009 N 336, от 01.03.2010 N 110)
2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.07.1997 N 192 «О добровольном медицинском страховании в Республике Беларусь».
3. Постановление Министерства финансов Республики Беларусь от 09 июня 2005 г. N 74 «Об утверждении инструкции о добровольном страховании медицинских расходов» (в ред. постановлений Минфина от 19.12.2007 N 193, от 27.02.2008 N 26, от 09.06.2008 N 95, от 07.07.2008 N 114).
4. Налоговый кодекс Республики Беларусь (особенная часть) от 29 декабря 2009 г. N 71–3.
5. Указ Президента Республики Беларусь от 12.05.2005 г. № 219 «О страховых взносах, включаемых в затраты по производству и реализации продукции, товаров (работ, услуг), и порядке создания государственными страховыми организациями фондов предупредительных (превентивных) мероприятий за счет отчислений от страховых взносов по договорам добровольного страхования жизни, дополнительной пенсии и медицинских расходов».
6. Крутова И.Н. Финансирование здравоохранения в РФ и странах ОЭСР // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 10. – С. 5–8.
7. Стародубов В.И. Управление здравоохранением на современном этапе // Профессия и здоровье / Материалы III Всерос. конгресса (2 выпуск). Москва, 12-14 октября 2004 г. – М: ООО «Дельта», 2004. – С. 89-98.
8. Четыркин Е. Медицинское страхование на Западе и в России // Мировая экономика и междунар. отношения. – 2006. – № 12. – С. 93–98.