

Дебет счета 84-1 «Чистая прибыль (убыток) отчетного года»;

Кредит счета 84-2 «Нераспределенная прибыль предыдущих периодов».

Нераспределенная прибыль предыдущих периодов может быть использована на те же цели, что и чистая прибыль отчетного года.

В случае неэффективной работы предприятия за отчетный период, полученный убыток будет отражен следующей записью на счетах бухгалтерского учета:

Дебет счета 84-1 «Чистая прибыль (убыток) отчетного года»;

Кредит счета 99 «Прибыли и убытки».

При погашении убытка отчетного года будут произведены следующие бухгалтерские записи:

- при погашении убытка за счет нераспределенной прибыли предыдущих периодов:

Дебет счета 84-2 «Нераспределенная прибыль предыдущих периодов»;

Кредит счета 84-1 «Чистая прибыль (убыток) отчетного года»;

- при погашении убытка за счет резервного капитала:

Дебет счета 82-1 «Резервы капитала, предусмотренные законодательством»;

Кредит счета 84-1 «Чистая прибыль (убыток) отчетного года»;

- при погашении убытка за счет денежных взносов собственников:

Дебет счета 75 «Расчеты с учредителями»;

Кредит счета 84-1 «Чистая прибыль (убыток) отчетного года».

Таким образом, предложенная нами методика учета распределения прибыли предполагает разделение суммы накопленной прибыли и отражение на разных счетах в зависимости от ее целевого назначения. Часть нераспределенной между учредителями чистой прибыли, планируемую для использования в целях развития производства, предлагаем учитывать в составе резервного капитала, остальную часть, в отношении которой собственники не приняли решение о направлении использования, считаем целесообразным учитывать на счете 84 субсчет «Нераспределенная прибыль предыдущих периодов».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Ванкевич В.Е. Типовой план счетов бухгалтерского учета. Инструкции по его применению. Типовые бухгалтерские записи по основным операциям хозяйственной деятельности / В.Е. Ванкевич, Е.Н. Шибeko, А.Н. Сушкевич. – Мн.: Фонд «Редакция журнала «Финансы, учет, аудит», 2003. – 264 с.
2. Бланк И.А. Управление использованием капитала. – К.: Ника- Центр, 2000. – 656 с.
3. Гражданский кодекс Республики Беларусь: Кодекс Республики Беларусь от 07.12.1998 № 218-3 // <http://www.pravo.by>.
4. Налоговый кодекс Республики Беларусь (Общая часть): Кодекс Республики от 19 декабря 2002 г. № 166-3 // <http://www.pravo.by>.
5. Об обществах с ограниченной ответственностью: Федеральный закон РФ от 08.02.1998 № 14-ФЗ (ред. от 29.12.2004) // <http://base.consultant.ru>.
6. О бухгалтерском учете и отчетности: Закон Респ. Беларусь, 18 окт. 1994 г., № 3321 – XII: в Закона Респ. Беларусь от 26.06.1997 г., 31.12.1997 г., 25.06.2001 г., 17.05.2004 г., 29.12.2006 г. // Эталон – Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2007.
7. Об утверждении форм бухгалтерской отчетности, Инструкции по заполнению и представлению форм бухгалтерской отчетности и признании утратившими силу некоторых нормативных правовых актов Министерства финансов Республики Беларусь: постановление Министерства финансов Республики Беларусь, 07 марта 2007 г., № 41 // Вестник Министерства по налогам и сборам Республики Беларусь. – № 17. – С. 32–61.

КОНЦЕПЦИИ СПРОСА И ПРЕДЛОЖЕНИЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

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

Основная экономическая проблема, возникающая в процессе исследования экономических категорий спроса и потребности во взаимосвязи, выражается в поиске оптимального их соотношения, как важнейшего инструмента для прогнозирования и оценки эффективности медицинского обслуживания. Изучение спроса и потребностей на медицинские услуги помогает определить факторы, влияющие на их объем, прогнозировать намечающиеся тенденции в структуре доходов и расходов, регулировать и оптимизировать их в соответствии с ситуацией в области здравоохранения с целью предоставления такого количества услуг, чтобы предельная польза их потребления была равна предельным издержкам.

Структура связи этих понятий состоит в следующем: производители медицинских услуг (учреждения здравоохранения) могут предложить их любому потребителю в том объеме, котором они сочтут нужным ему предоставить, поскольку система финансирования государственного здравоохранения базируется на потребностях пациентов. Это объясняется тем, что по мере перехода к рынку традиционный набор бюджетных расходов на здравоохранение ограничился минимальными объемами (потребностями), определенными рамками социальных стандартов медицинской помощи. В связи с этим Белорусским центром медицинской технологии, информатики, управления и экономики здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Беларусь разработаны протоколы (стандарты) обследования и лечения больных в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях. В них определены объемы оказания гарантированной государственной медицинской помощи населению в соответствии с его реальными финансовыми возможностями. Все услуги, оказываемые населению сверх этого набора, должны оплачиваться самим пациентом в соответствии с его спросом. При этом сам человек способен определить для себя то, что ему действительно нужно, как пациенту-потребителю. И он будет пользоваться медицинскими услугами по мере необходимости, сообразуясь с собственной оценкой полезности товара (медицинской услуги), его ценой, своим желанием и уровнем платежеспособности.

Таким образом, национальная система финансирования основывается не на личных оценках отдельных пациентов и формируемом спросе, а на концепции потребности, которую разрабатывают эксперты.

Признание потребности в медицинской помощи обуславливает возникновение спроса на нее. Однако спрос и потребность не идентичные понятия, поскольку спрос может существовать и без насущной потребности в каком-либо виде медицинской услуги, например, косметология, физкультурно-оздоровительные, фитнесуслуги, которые приносят пользу пациенту, но возникают в результате воздействия широкой рекламы или иных механизмов стимулирования сбыта. Таким образом, рынок платных медицинских услуг, в отличие от государственных медицинских учреждений, ориентирован не столько на удовлетворение потребностей пациентов, сколько на удовлетворение спроса покупателя.

Для признания оптимального решения в процессе финансирования отрасли здравоохранения становится проблематичным вопрос выбора основополагающего фактора определения объемов ассигнований: принцип формирования спроса или предложения на медицинские услуги.

Потребности зависят от индивидуальных особенностей пациента, а спрос — свободный выбор потребителя в получении медицинских услуг. В условиях рынка платных медицинских услуг концепция спроса может оказать большее влияние на процесс достижения наиболее эффективного использования ресурсов медицинских учреждений.

Согласно закону спроса, потребители при снижении цены будут приобретать большее количество продукции. Ключевую роль здесь играет цена, которая, с одной стороны, определяет спрос и предложение, а с другой стороны, в условиях свободного ее изменения балансирует их. Однако, с целью защиты здоровья граждан, а также поддержки перспективных начинаний, исключения непрофессионализма государство осуществляет жесткий контроль в сфере платных медицинских услуг, утверждая перечень и тарифы на услуги, предоставляемые на возмездной основе государственными медицинскими учреждениями. Причем разработка единых для всех прейскурантов по еще бытующему мнению, якобы избавляет учреждения от сложных расчетов на выполняемые услуги населению. Однако исполнитель, работая по прейскурантам, не анализируя их, рискует в выборе услуг, предлагаемых на продажу, зачастую отдавая предпочтение более дорогостоящим услугам, рискует оказаться в убытках от реализации данной услуги, поскольку не знает ее истинной цены. Далее учреждение, получившее выручку, и не имея ее детальной расшифровки (калькуляции) не может осуществлять расчет для восстановления расходов (коммунальных, услуг связи, транспортных расходов, амортизацию оборудования и т.д.) на текущий бюджетный счет, провести анализ состояния затрат в разрезе статей калькуляции. Вышеприведенные обстоятельства показывают, что более целесообразно разрабатывать и утверждать цены самим медицинским учреждением. При этом необходимо учитывать специфику деятельности самого медицинского учреждения, поскольку в зависимости от его специализации применяется различная методика и объекты ценообразования.

Изменение цен на медицинские услуги регулирует спрос на них на рынке медицинских услуг, что обуславливает необходимость исследования количественных параметров этих колебаний. Наиболее распространенной количественной характеристикой спроса является так называемая эластичность спроса, характеризующая относительную чуткость потребителя к изменениям цен, при которой небольшие изменения в цене приводят к значительным изменениям в количестве приобретаемых услуг. Ценовая эластичность измеряется как отношение процентного приращения объема спроса на товар к процентному уменьшению цены данного товара при прочих равных условиях. Она показывает, на сколько процентов увеличится объем спроса при уменьшении цены товара на один процент.

Степень ценовой эластичности или неэластичности спроса экономисты измеряют посредством коэффициента эластичности ($K_э$), исчисляемого по формуле 1:

$$K_э = \frac{\text{процентное изменение количества спрашиваемой продукции}}{\text{процентное изменение цены}} \quad (1)$$

Процентные изменения определяются путем деления величины изменения в цене на первоначальную цену и следующего за этим изменения в количестве спрашиваемой продукции на то количество продукции, на которое спрос предъявлялся первоначально. Поэтому формулу 1 можно представить в следующем виде:

$$K_2 = \frac{\text{изменение количества спрашиваемых услуг}}{\text{первоначальное количество спрашиваемых услуг}} \cdot \frac{\text{изменение цены}}{\text{первоначальная цена}}. \quad (2)$$

Однако в процессе применения формулы ценовой эластичности возникает сложность с определением первоначального количества спрашиваемых услуг. В качестве такого показателя наиболее целесообразно принимать среднее из анализируемых периодов количество медицинских услуг, исчисленное за установленный медицинским учреждением интервал (месяц, квартал, полугодие, год).

Для установления процентного изменения цены оптимальным решением данной проблемы, на наш взгляд является, соотнесение цены, исчисленной самим учреждением, к прейскурантной цене (доведенной до учреждения). Исчисленный коэффициент ценовой эластичности с участием показателей, предложенных нами, позволит провести микроэкономический анализ влияния цены на количество предоставляемых услуг в каждом конкретном случае и выявить целесообразность использования цены, исчисленной производителем услуг или утвержденной вышестоящим органом.

Проведем оценку предпочтительности использования установленной цены на услугу и рассчитанной медицинским учреждением на примере, приведенном в таблице.

Таблица расчета коэффициента ценовой эластичности

Период, принимаемый для расчета	Количество спрашиваемых услуг в прошлом периоде	Количество предлагаемых услуг в текущем периоде	Цена услуги по прейскуранту (руб.)	Цена услуги, исчисленная организацией (руб.)	Коэффициент эластичности
А					
Январь	250	212	22 000	27 000	- 0,67
Февраль	255	236	22 000	28 200	- 0,26
Март	265	240	25 000	29 000	- 0,68
Апрель	263	268	27 000	29 000	- 0,28
Май	265	282	27 000	31 000	+ 0,43
Июнь	265	284	27 000	31 000	+ 0,56

Коэффициент эластичности, исчисленный за январь месяц составит:

$$K_{Э(1)} = \frac{(212 - 250) / 250}{(27000 - 22000) / 22000} = \frac{-0,152}{0,227} = -0,67.$$

Произведенный расчет показал: в январе спрос на услуги неэластичный, поскольку коэффициент имеет отрицательное значение, что говорит о том, что повышение цены на 22,7%, (с 22 000 руб. до 27 000 руб.) повлечет снижение объема предоставляемых услуг на 15,2%. В данном периоде не имеет смысла поднимать цену на услуги до размера, исчисленного самим учреждением. Аналогичная ситуация прослеживается в феврале, марте и апреле.

Начиная с мая месяца, в медицинском учреждении коэффициент эластичности составляет положительное значение, что свидетельствует о превышении процентного изменения количества спрашиваемых услуг над процентным изменением цены и позволяет повысить прейскурантную цену медицинской услуги.

В нашей стране пока отсутствуют расчеты этого коэффициента, как показателя объема спроса на платные медицинские услуги, что, на наш взгляд, связано со следующими обстоятельствами:

В современных условиях государственный бюджет по-прежнему берет на себя финансирование национальных программ охраны здоровья, что сдерживает развитие платной медицины;

Средний уровень жизни подавляющей части населения не позволяет ему отвлекать заметные средства на оплату медицинских услуг, в среднем они составляют от общего объема потребительских услуг — 2–3% [1];

До настоящего времени в полной мере не поддерживался имидж здорового образа жизни, что не способствовало увеличению удельного веса в доходах населения затрат на поддержание и сохранение своего здоровья.

Определяя стратегию развития здравоохранения, трудно использовать изменение цен на медицинские услуги как метод сбалансированности только спроса и потребности. Кроме цены, на спрос оказывают воздействие и неценовые факторы. Спрос определяется количеством потребителей услуг (населения), средним доходом отдельного человека, семьи, ценой заменяемой медицинской услуги. Само количество пациентов будет определяться уровнем заболеваемости населения, качеством его здоровья. В развитых странах информация об эластичности спроса по доходу широко используется фирмами при выборе стратегических направлений деловой активности. В составе бизнес-плана многих солидных фирм независимо от того, в какой среде они работают, обязательно присутствуют разделы, содержащие анализ тенденций роста валового национального продукта, демографический прогноз и данные об эластичности спроса [4].

Теоретическое и практическое планирование объемов финансирования в системе управления медицинскими учреждениями с учетом спроса и потребности сможет предотвратить излишние затраты на их содержание, повысить эффективность оказания услуг и их предоставления с учетом социально-экономических изменений внешней среды.