

2. Распределение и сбыт продукции (транспортные возможности, оценка расходов, наличие и емкость складских помещений, возможности продажи по территориям, типам покупателей и прочим каналам сбыта и др.)

3. Организационная структура и менеджмент (система управления, профессиональный состав работников, стоимость рабочей силы, уровень менеджмента, фирменная культура)

4. Маркетинг (исследования рынка, товара, стимулирование сбыта и реклама, ценообразование, коммуникационные связи и информация, планы и программы)

5. Финансы (финансовая устойчивость и платежеспособность, прибыльность и рентабельность (по товарам, регионам, каналам сбыта), собственные и заемные средства и их соотношение и др.)

В процессе анализа внешнего окружения готовится информация по всем аспектам, связанным с поставщиками сырья и потребителями продукции. Изучение поставщиков сырья проводится с целью выявления наиболее выгодных по критерию «цена на складе изучаемого предприятия». Но выбирать сырье только по отпускной цене ошибочно, так как она существенно увеличивается за счет стоимости транспортировки от склада поставщика до склада изучаемого предприятия. Таким образом, анализ возможностей предприятия – это основа выработки управляющего воздействия, в соответствии с которым будет осуществляться финансовое оздоровление несостоятельного предприятия. В соответствии с потребностями рынка выбираются те производства, которые могут дать ощутимый экономический эффект и сократить затраты на внешнее финансирование производственных программ.

ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОГИЛЕВКОЙ ОБЛАСТИ

Сергеенко Е.М., аспирант

УО «Белорусский государственный экономический университет»

Проблемы развития здравоохранения во всем мире находятся под пристальным вниманием органов управления всех уровней, так как отрасль позволяет сохранять человеческий капитал, что является важнейшим фактором развития экономики любого государства.

В Республике Беларусь значительная часть учреждений здравоохранения находится в коммунальной собственности, поэтому обеспечение их финансовыми ресурсами является обязанностью органов местного самоуправления.

Сложившаяся система медико-санитарной помощи в Беларуси ранее ориентировалась на стационарное лечение, что сохранилось до настоящего времени. Так в 2002 году в Могилевской области на финансирование больничных учреждений направлено 68,6% от всех расходов отрасли.

До 2001 года планирование расходов местных бюджетов на здравоохранение осуществлялось с учетом развернутой сети учреждений, что существенно ослабляло связь между затратами и результатами, особенно с учетом ограниченности ресурсов бюджета. В настоящее время финансирование здравоохранения осуществляется из средств бюджета из расчета потребности расходов на оказание медицинской помощи на одного жителя. Переход к планированию расходов отрасли по нормативу бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя ориентирует лечебно-профилактические учреждения на сокращение коечного фонда. И создает условия для более эффективного использования коек стационара, снижению расходов на питание, уход, гостиничные услуги, перераспределению ресурсов на техническое переоснащение, лекарственное обеспечение, ремонт лечебных учреждений, материальное стимулирование труда медработников.

В соответствии с законодательством источниками финансирования государственных организаций здравоохранения могут быть: бюджетные средства; доходы от их предпринимательской деятельности; средства от медицинских видов страхования; кредиты банков; добровольные пожертвования физических и юридических лиц, а также иные источники, не запрещенные законодательством. На практике пока основным источником финансирования организаций здравоохранения остается бюджет.

Дополнительные финансовые средства привлекаются за счет оказания платных медицинских услуг сверх гарантированного государством объема бесплатной медицинской помощи. Доходы от внебюджетной деятельности в 2002 г. учреждений здравоохранения Могилевской области составили 5,4 млрд. рублей (4,8% от бюджетного финансирования) против 2,5 млрд. рублей в 2001 г. (3,0%). Кроме того, организациями здравоохранения привлекаются средства в виде гуманитарной и спонсорской помощи.

На финансовом положении здравоохранения в целом сказывается состояние экономики страны, инфляционные процессы, рост цен на услуги коммунальных предприятий, изменение законодательной базы. Следует отметить, что за период с 1997 г. по 2002 г. существенно изменилась структура расходов на здравоохранение, как в целом по республике, так и по Могилевской области. Увеличился удельный вес расходов на заработную плату с начислениями на 23,9 процентных пункта (с 44,9% в 1997 г. до 68,8% в 2002 г.), на оплату коммунальных услуг вырос в 1,9 раза (с 4,8% в 1997 г. до 9,3% в 2002 г.). Одновременно произошло сокращение расходов по следующим защищенным подстатьям расходов: «Медикаменты и перевязочные средства» (с 15,4% до 7,3%), «Продукты питания» (с 9,0% до 5,3%). Доля прочих расходов (текущий и капитальный ремонт зданий, оплата транспортных услуг, связи и др.), обеспечивающих хозяйственную деятельность лечебно-профилактических учреждений области снизилась в 2002 г. по сравнению с 1997 г. в 2,9 раза и составила 8,8%.

О сложном финансовом положении отрасли свидетельствует кредиторская задолженность учреждений здравоохранения перед поставщиками товаров и услуг. Так, задолженность учреждений здравоохранения Могилевской области

на 1 января 2003 г. составила 7,1 млрд. рублей или 37% от задолженности бюджетных учреждений области (для сравнения в 2002 году удельный вес отрасли в консолидированном бюджете области составил 22,7%).

Решение финансовых проблем здравоохранения зависит не только от стабилизации положения в экономике региона и республике, но в том числе связано с формированием прозрачного и относительно простого механизма государственного финансирования общедоступной медицинской помощи, формированию конкурентной среды за счет развития платных услуг не в ущерб гарантированным государством социальным стандартам. Также важно при формировании расходов местных бюджетов на здравоохранение учитывать и специфику регионов, пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС.

БЕЛОРУССКАЯ МОДЕЛЬ НДС: ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

Сергейчик Н.А., к.э.н., доцент, Бальчевская О.В.

УО «Белорусско-Российский университет»

В последнее время недостатки белорусской модели НДС становятся предметом критики не только налогоплательщиков, но и самих налоговиков. В законодательство по НДС в течение практически четырех лет с момента перехода на зачетный метод его исчисления вносятся коррективы. Однако практика показывает, что пока наш вариант уплаты НДС далек от совершенства. В этой связи несомненный интерес представляет опыт Евросоюза, тем более что в нашей стране внедряется именно европейская модель НДС с белорусской спецификой, которая, к сожалению, довольно часто имеет негативные последствия для экономики в целом и субъектов хозяйствования в частности.

В европейских странах НДС четко выполняет функции косвенного налога на конечных потребителей – при использовании единой ставки, отсутствии льгот и освобождении инвестиционных товаров от уплаты НДС.

В странах ЕС НДС играет важную роль, поскольку способствует реализации одной из основных целей Союза: обеспечению свободного перемещения товаров, услуг, людей и капитала. В ЕС приняты схемы администрирования НДС, позволяющие осуществить точное исчисление и возмещение этого налога на экспортируемые товары и услуги, благодаря чему они покидают страну свободными от налогообложения. Однако в стране назначения импортированные товары и услуги облагаются НДС. Это позволяет создать однородную налоговую среду для товаров и услуг, вышедших на международный рынок, эффективно противодействуя стремлению государств использовать национальные системы налогообложения в протекционистских целях.

При перевозке товаров из одной страны ЕС в другую и поставщик, и покупатель являются плательщиками НДС. При этом поставщик вправе включать поставляемые товары в нулевой разряд для целей обложения НДС в качестве