

Установленная с помощью корреляционно-регрессионного анализа связь между размером недостачи, объемом товарооборота за межинвентаризационный период и численностью работающих в предприятии материально ответственных лиц имеет, на наш взгляд, большое практическое значение, так как позволяет прогнозировать возможное изменение недостач и осуществлять профилактические мероприятия по их предупреждению.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баканов М.И. и др. Математические методы анализа в торговле.– М.: Экономика, 1967.
2. Езекиэл М., Фокс К. Методы анализа корреляций и регрессий.– М.: Статистика, 1966.
3. Карасев А.И. Математические методы и модели в планировании.– М.: Экономика, 1987.
4. Кузнецов В.П. Экономико-математические методы и модели.– Минский институт управления, 2000.
5. Ларионов А.И., Юрченко Т.И. Экономико-математические методы и модели в планировании.– М.: Высшая школа, 1984.
6. Лукомский Я.И. Теория корреляции и ее применение к анализу производства.– М.: Госстатиздат, 1961.
7. Рутковский Р.А., Сакович В.А. Экономико-математические методы в торговле.– Мн.: Вышэйшая школа, 1986.
8. Спирин А.А., Фомин Г.П. Экономико-математические методы и модели в торговле. – М.: Экономика, 1988.
9. Терехов Л.Л. Экономико-математические методы.– М.: Статистика, 1969.
10. Федосеев В.В., Эриашвили Н.Д. Экономико-математические методы и модели в маркетинге.– М.: ЮНИТИ, 2001.
11. Экономико-математические методы и модели /Под общ. ред. А.В. Кузнецова.– 2 – е изд.– Мн.: БГЭУ, 2000.
12. Экономико-методические методы и прикладные модели/ Под ред. В.В. Федосеева.– М.: ЮНИТИ, 2001.

МЕТОДИКА КАЛЬКУЛИРОВАНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Л.Ф. Еськова, преподаватель БГЭУ

При расчете стоимости услуг амбулаторно-поликлинических учреждений и стационара целесообразно рассмотреть особенности формирования стоимости оперативного лечения пациентов. Методика расчета по данному виду услуг, инструкциями и положениями о порядке формирования и применения тарифов на платные медицинские услуги не предусмотрена, в то время как данная проблема весьма актуальна.

Отличительной особенностью расчета этой услуги является определение затрат на ее проведение без включения в стоимость "койко-дня" и амбулаторно-поликлинического посещения. Необходимость отдельного расчета стоимости операции вызвано следующими обстоятельствами:

- не всем пациентам, находящимся на стационарном лечении, обследовании, реабилитации, консультации, посещении проводятся оперативные вмешательства;
- развитие предпринимательской деятельности в форме оказания платных услуг населению, медицинского страхования требует более точного учета затрат на проведение операций без применения усредненных расчетов.

Рассмотрим методику расчета стоимости операции по некоторым из статей калькуляции, которые в практической работе считаются наиболее проблемными.

При определении затрат на внутривенную анестезию возможны два варианта расчетов стоимости:

- 1) составление отдельной калькуляции, с выделением статей оплаты труда специалистов-анестезиологов, анестезического пособия, доли накладных расходов;
- 2) включение в общую калькуляцию оперативного лечения.

На наш взгляд, выделение в отдельную калькуляцию затрат на анестезию, приведет к загромождению и усложнению учета. Целесообразно включать затраты на анестезию в общую калькуляцию оперативного лечения, поскольку предлагаемая нами методика позволяет учесть имеющиеся различия в продолжительности участия врачей-хирургов, врачей анестезиологов, среднего и младшего медицинского персонала, оказывающего помощь в проведении операций и объединить затраты в единую калькуляцию.

При расчете размера заработной платы, приходящейся на оперативное лечение, необходимо учитывать, возможности его проведения, как специалистами оперативной группы, так врачами отделений. Расчет заработной платы специалистов, занимающихся исключительно оперативным лечением, не сложен. На практике при расчете заработной платы врачам оперативной группы и врачам отделений, включаемой в стоимость оперативного лечения, в основе расчета принимают среднюю величину заработной платы на одну минуту, исчисленную путем деления должностного оклада специалистов, занятых проведением операций на их бюджет рабочего времени за расчетный период. При этом в расчет включается вся сумма начисленной заработной платы, в том числе и суммы доплат, установленных за проведение операций. Размер доплат устанавливается путем корректировки тарифного оклада на коэффициент 1,4 для врачей-хирургов всех специальностей, в том числе и заведующим отделений, выполняющих операции с применением сложного оборудования в условиях стационара, в амбулаторно-поликлинических учреждениях применяется коэф-

фициент 1,2 [1]. Такой подход необоснованно завышает стоимость услуги для тех пациентов, которые не оперировались, находясь на стационарном лечении, обследовании, осмотре и т.д. И в то же время, стоимость оперативного лечения пациентов, которым была оказана эта услуга, будет занижена.

В связи с этим, считаем необходимым разграничение заработной платы, приходящейся на оперативное вмешательство и на осуществление обычного медицинского наблюдения, лечения больных в условиях стационара и амбулаторно-поликлинического учреждения.

Деление фонда заработной платы на две части, по нашему мнению можно осуществить двумя способами.

В соответствии с первым из них, необходимо соотнести затраты времени на проведение операций за год с годовым фондом рабочего времени специалистов. Рассчитанное процентное соотношение, как коэффициент оперативного участия будет являться основой для распределения фонда заработной платы, приходящейся на операцию и на лечение, наблюдение, осмотр. Для осуществления расчета необходимы следующие показатели: данные о количестве проведенных операций по каждому отделению и фактические или нормативные (в случае отсутствия учета фактических затрат времени на операции) затраты времени на проведение операций по каждому специалисту. Эти сведения представляются ежемесячно заведующими отделений для назначения врачам хирургического профиля повышающих коэффициентов к тарифным окладам. Расчет осуществляется по формуле 1:

$$K_{\text{оп.}} = \frac{\Phi.t. \text{ оп.}}{\Phi.t.}, \quad (1)$$

где $K_{\text{оп.}}$ — коэффициент оперативного участия;

$\Phi.t. \text{ оп.}$ — бюджет рабочего на проведение операций за расчетный период;

$\Phi.t.$ — общий бюджет рабочего времени соответствующей категории персонала.

Расчет приведен в таблице 1.

Таблица 1

Расчет затрат на оплату труда среднего медицинского персонала при проведении операций

| Наименование должности | Бюджет рабочего времени персонала в месяц, мин. | Бюджет рабочего времени на проведение операции, мин. | Коэффициент оперативного участия (гр. 3/гр. 2) | Фонд заработной платы медицинского персонала, руб. | | Стоимость одной минуты оперативного лечения, руб. |
|-----------------------------------|---|--|--|--|--|---|
| | | | | Всего | в том числе за проведение операции (гр. 5·гр. 4) | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Медицинская сестра (операционная) | 9708 | 1126 | 0,12 | 237600 | 28512 | 25,3 |
| Медицинская сестра (анестезиолог) | 9708 | 1407 | 0,15 | 241200 | 36180 | 25,7 |
| Санитарка | 10080 | 1126 | 0,11 | 155220 | 17074 | 15,2 |
| Итого: | 29496 | 3659 | x | 634020 | 81766 | x |

Согласно второму способу, величина платы труда за проведение операции может быть определена только для врачей-хирургов всех специальностей, занятых в оперативном лечении, поскольку повышающие выплаты законодательно установлены только для данной категории персонала. Рассчитывается путем деления суммы доплат, установленных каждому врачу за проведение операций, на общую продолжительность проведения операций по каждому специалисту в течение месяца. Расчет осуществляется по формуле 2:

$$З \text{ пл. оп.} = \frac{\text{П.оп.}}{\Phi.t. \text{ оп.}}, \quad (2)$$

где $З \text{ пл. оп.}$ — заработная плата врача за 1 минуту оперативного лечения;

П.оп. — повышение тарифного оклада врача за проведение операций;

$\Phi.t. \text{ оп.}$ — бюджет рабочего времени на проведение операций врача за расчетный период.

Расчет приведен в таблице 2.

Поскольку среднему и младшему медицинскому персоналу доплаты за участие в операции законодательством не предусмотрены, то размер оплаты за проведение операций целесообразно рассчитывать для этой категории персонала по формуле 1 (табл. 1). Для врачей-хирургов всех наименований расчет предусмотрен по формуле 2 (табл. 2).

Рассчитанный показатель средней заработной платы по каждому специалисту, занятому в операции, за одну минуту умножается на нормативную продолжительность операции. Таким образом определяется сумма заработной платы специалистов, приходящаяся на оперативное лечение, в условиях стационарного и амбулаторно-поликлинического лечения. Расчет по предлагаемой методике приведен в таблице 3.

Таблица 2

Расчет стоимости одной минуты рабочего времени основному медицинскому персоналу, занятого оперативным лечением

| Наименование должностей специалистов, участвующих в оперативном лечении | Количество специалистов, занятых в оперативном лечении | Заработная плата за месяц, руб. | Сумма заработной платы без доплат за оперативное лечение, руб. | Доплата за оперативное лечение, руб. | Бюджет рабочего времени персонала в месяц, мин. | Бюджет рабочего времени на проведение операций за месяц, мин. | Стоимость одной минуты оперативного лечения (гр. 5 : гр. 7), руб. |
|---|--|---------------------------------|--|--------------------------------------|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. Заведующий отделением | 1 | 475800 | 412948 | 62852 | 9540 | 1126 | 55,8 |
| 2. Врач акушер-гинеколог | 2 | 706200 | 601460 | 104740 | 19080 | 2252 | 46,5 |
| 3. Врач анестезиолог-реаниматолог | 1 | 358700 | 306330 | 52370 | 9540 | 1407 | 37,2 |
| 4. Медицинская сестра (операционная) | 2 | 475200 | 475200 | x | 9708 | x | 25,3 табл. №1 |
| 5. Медицинская сестра (анестезиолог) | 2 | 482400 | 482400 | x | 9708 | x | 25,7 табл. №1 |
| 6. Санитарка | 1 | 155220 | 155220 | x | 10080 | x | 15,2 табл. №1 |
| Итого: | 9 | 2653520 | 2433558 | 219962 | 67656 | x | x |

Таблица 3

Расчет затрат на оплату труда на проведение операций

| Категории персонала | Количество занятых в оперативном лечении | Продолжительность операции в соответствии с нормативом, мин. | Стоимость одной минуты операции, руб. | Затраты на оплату труда операции (гр. 3 · гр. 4), руб. | Премия 30% | Сумма затрат на оплату труда |
|---|--|--|---------------------------------------|--|-------------|------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Эндоскопическая диагностика | | | | | | |
| 1. Зав. отделением, врач акушер-гинеколог | 1 | 60 | 55,8 | 3348 | 1004 | 4352 |
| 2. Врач акушер-гинеколог | 2 | 120 | 46,5 | 5580 | 1674 | 7254 |
| 3. Врач анестезиолог-реаниматолог | 1 | 155 | 37,2 | 5766 | 1730 | 7496 |
| 4. Медицинская сестра (операционная) | 2 | 120 | 25,3 | 3036 | 911 | 3947 |
| 5. Медицинская сестра (анестезиолог) | 2 | 310 | 25,7 | 7967 | 2390 | 10357 |
| 6. Санитарка | 1 | 60 | 15,2 | 912 | 274 | 1186 |
| Итого: | x | x | x | 26609 | 7983 | 34592 |

Расчет суммы амортизации, включаемой в калькуляцию, определяется путем деления рассчитанной суммы амортизации за месяц на время работы оборудования с учетом ее сменности работы и умножением на продолжительность участия оборудования и медицинского инвентаря (операционные столы, лампы и т.д.). Расчет приведен в таблице 4.

Таблица 4

Расчет сумм амортизации оборудования и медицинского инвентаря

| Наименование оборудования и инвентаря | Сумма амортизации за месяц, руб. | Время работы оборудования за месяц, мин. | Сумма амортизации на 1 мин., руб. | Продолжительность операции | Сумма амортизации на 1 операцию |
|---|----------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Эндоскопическое оборудование лапароскопическая стойка | 3172300 | 9710 | 326,7 | 60 | 19602 |
| Анестезиологическая система Excel | 712010 | 9710 | 73,3 | 60 | 4398 |
| Итого | 3884310 | x | 400,0 | x | 24000 |

Накладные расходы медицинские учреждения по сложившейся практике включают в стоимость оперативного вмешательства пропорционально заработной плате персонала, проводящего операцию. Такая методика на наш взгляд усложняет систему расчетов. Независимо от сложности проводимой операции, пациент находится в больнице в дооперационный и послеоперационный периоды. Поэтому с целью сокращения расчетных операций, считаем целесообразным, включать накладные расходы в стоимость "койко-дня". При проведении операций, не относящихся к категории повышенной сложности, когда пациент пребывает в больнице менее суток, накладные расходы подлежат включению в стоимость оказанной услуги (операции). В этом случае величина накладных расходов рассчитывается исходя из суммы накладных расходов, относимых на один "койко-день" и в дальнейшем рассчитывается пропорционально количеству часов пребывания больного в больнице.

При проведении операций в поликлинических условиях накладные расходы должны войти в стоимость посещения и в стоимость операции, поскольку оперативное лечение назначается по результатам осмотра врача и за пределами, установленных норм времени на прием пациентов. Сумма накладных расходов относится отдельно по каждому отделению в расчете на одну «пациенто-минуту» (калькуляционная единица для расчета себестоимости посещения в амбулаторно-поликлинических учреждениях) и корректируется на продолжительность посещения и операции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Приказ Министерства здравоохранения РБ «О мерах по совершенствованию условий оплаты труда работников организаций системы Министерства здравоохранения, финансируемых из бюджета» № 34 от 1.02.2000 г.
2. Алексеев Н.А., Батина Н.П. Методика оценки трудозатрат при оплате труда врачей хирургических специальностей/ Здравоохранение.— 2003.— № 6.— С. 25-31.
3. Худяков М.Б. Формирование стоимости медицинских услуг и определение уровня заработной платы медицинского персонала при рыночных отношениях/ Здравоохранение.— 1999.— № 11.— С. 33-42.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ СОСТАВЛЕНИЯ И СОДЕРЖАНИЯ ОТЧЕТНОСТИ ПО СОБСТВЕННОМУ КАПИТАЛУ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

О.И. Клименко, БТЭУПК

Отчетность служит основой для своевременного распознавания негативных тенденций в развитии организации, так как такие показатели, как доля собственного капитала, его рентабельность и срок окупаемости даже при попытке сознательного реформирования балансовой политики в течение ряда лет плохо поддаются манипуляции. Следует отметить, что насыщенная информацией отчетность существенно улучшает отношения с инвесторами, а также с ее помощью предприниматель может обеспечить достаточный приток заемного капитала.

Согласно Леффсону В., отчетность есть «отражение использования вверенного капитала в том смысле, что внешние пользователи отчетности, как и ее составитель, получают настолько полное, ясное и релевантное представление о хозяйственной деятельности организации, что можно составить собственное суждение об управляемом имуществе и полученном с его помощью результате» [6].

Важнейшей задачей отчетности согласно статической трактовке (одной из классических балансовых теорий) является ежегодное определение стоимости чистого имущества субъекта хозяйствования с помощью баланса. Чистое имущество обозначается как собственный капитал организации. Если баланс на текущую отчетную дату по сравнению с балансом на предыдущую отчетную дату отражает определенное изменение чистого имущества (+, -), то это указывает на существование в отчетном периоде прибыли (+) или убытка (-). Определение финансового результата, таким образом, является для статической балансовой теории вторичным [6].

Следуя международному опыту, в отчетность организаций Республики Беларусь необходимо ввести определение принципа отражения статей в пассиве баланса. Этот принцип позволяет определить, какие объекты обладают способностью к отражению в пассиве баланса как обязательства. Принцип отражения статей в пассиве баланса изначально устанавливает определенные критерии, соблюдение которых позволит принять решение о наличии обязательства. Этими критериями могут быть:

- существование некой обязанности со стороны отчитывающейся организации;
- из обязанности должна вытекать определенная экономическая нагрузка для организации;
- экономическая нагрузка должна поддаваться количественному исчислению.

Если объект удовлетворяет этим трем критериям, то он согласно принципу отражения статей в пассиве баланса способен к отражению и должен быть отражен в пассиве баланса. Перечисленные критерии широко признаны в специальной зарубежной литературе. Существует также точка зрения, что только внешние обязанности, т. е. обязанности против третьей стороны, лежат в основе обязательства. На наш взгляд, такая позиция неверна, поскольку определенные внутренние обязанности также отвечают требованиям, определяющим понятие «обязательства».

В зарубежной (американской) практике учета и отчетности в раздел «Собственный капитал и обязательства» относятся налоги на прибыль будущих периодов, которые возникают при согласовании расходов на налоги на прибыль с показанной чистой прибылью и которые не представляют собой требований со стороны государства. Кроме того, граница между обязательствами и собственным капиталом является нечеткой. Примером этого служит характер облигаций с нулевым купоном и погашаемых привилегированных акций. Сумма, показанная в разделе собственного капитала, не отражает стоимость доли владельцев компании, на