По существу прямой метод представляет собой корректировку каждой статьи отчета о прибылях и убытках, превращающий метод начислений в метод денежных средств.

При использовании косвенного метода чистый поток денежных средств от операционной деятельности определяется путем корректировки чистой прибыли или убытка с учетом следующего:

- изменений в запасах и операционной дебиторской и кредиторской задолженности в течение периода;
- неденежных статей, таких как износ, отчисления, отсроченные налоги, нереализованные прибыли или убытки по операциям с иностранной валютой, нераспределенные прибыли ассоциированных компаний, и доли меньшинства;
- всех прочих статей, ведущих к возникновению инвестиционных или финансовых денежных потоков.

Увеличение дебиторской задолженности за период означает, что выручка, рассчитанная для отчета о прибылях и убытках на основе метода начислений, больше, чем полученные денежные средства. Следовательно, чистая прибыль, полученная на основе этой выручки, должна быть уменьшена на такое увеличение.

Из этой же формулы выводится правило для текущих обязательств: чистая прибыль должна быть увеличена на увеличение текущих обязательств и уменьшена на их уменьшение или увеличение текущих обязательств прибавляется к чистой прибыли, уменьшение вычитается.

В расчет чистой прибыли входят статьи, которые не влекут ни притока, ни оттока денежных средств. Примерами таких статей являются расходы на износ основных средств, нематериальных активов, расходы на создание резервов. Поскольку, с одной стороны, при расчете чистой прибыли они ее уменьшали, а, с другой стороны, такое уменьшение не означает оттока денежных средств, то их величина должна быть прибавлена к чистой прибыли для расчета денежных средств от операционной деятельности.

Некоторые статьи, вошедшие в расчет чистой прибыли, не имеют отношения к операционной деятельности: это прибыли и убытки от инвестиционной и финансовой деятельности. Следовательно, при корректировке чистой прибыли для получения денежных средств от операционной деятельности они должны быть элиминированы: прибыли вычтены, убытки прибавлены.

Иными словами, изменение величины денежных средств можно рассчитать как чистую прибыль до вычета налогов, увеличенную на изменение текущих обязательств и увеличенную на изменение текущих активов, уменьшенную на изменение долгосрочных активов, увеличенную на изменение долгосрочных обязательств и увеличенную на изменение капитала.

Отчет о движении денежных средств при его использовании совместно с остальными формами финансовой отчетности предоставляет информацию, которая позволяет пользователям оценить изменения в чистых активах фирмы, ее финансовой структуре и ее способность воздействовать на суммы и время потоков денежных средств для того, чтобы приспособиться к изменяющимся условиям.

Информация о движении денежных средств полезна при оценке способности предприятия создавать денежные средства и эквиваленты денежных средств и позволяет пользователям разрабатывать модели для оценки и сопоставления дисконтированной стоимости будущих потоков денежных средств различных предприятий, фирм и компаний. Она также увеличивает сопоставимость отчетности об операционных показателях различных компаний потому, что устраняет влияние применения различных методов учета для одинаковых операций и событий.

Историческая информация о движении денежных средств часто используется как индикатор суммы, времени и определенности будущих потоков денежных средств. Она полезна при проверке точности прошлых оценок будущих потоков денежных средств и изучении связи между прибыльностью и чистым движением денежных средств и влиянием изменения цен.

Финансовое обеспечени стационарной помощи эндокринологическим больным в условиях муниципального специализированного центра

Ходыкина Л.А., Клименко Г.Я., Золоедов В.И.
Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Воронеж

Одной из фундаментальных наук, на развитие которой в нашей стране огромное влия- ние оказывает экономика, является медицина. Непродуманная, хаотичная, обвальная перестройка социально-экономических отношений в стране привели к кризисным явлениям во всех сферах жизнедеятельности населения. Согласно ежегодным государственным докладам о состоянии здоровья населения смертность стала превышать рождаемость в 2,5 раза, налицо депопуляция народонаселения, ежегодно страна из-за этого теряет около 1 млн. человек. Добавьте к этому рост уровня общей заболеваемости, хронизацию заболева- ний, которые вовремя не вылечены, рост численности инвалидов в стране, которая достиг- ла в 2002 году 11 млн. человек, ежегодное уменьшение численности подростков в среднем до 50% ,не пригодных служить в армии, и другие отрицательные явления, которые обус- ловлены ухудшением экономического положения населения в стране в целом и станет понятным как это все взаимосвязано.

Среди больных особо выделяется контингент пациентов эндокринологического профиля, численность которых быстро растет и нуждается в специализированной стационарной помощи. Для решения вышеперечисленных проблем требуется, в первую очередь, наладить стабильное финансирование здравоохранения не по остаточному принципу, как это осуществляется в современных условиях (3,1% от валового внутреннего продукта ВВП), а хотя бы на уровне Европейских стран, в частности, от 5,8% ВВП в Люксембурге, до 10,6% ВВП в ФРГ в 2000 г. Кстати, по рекомендации ВОЗ на здравоохранение как отрасль, обеспечивающую национальную безопасность страны,

государство должно выделять не 3,1% от ВВП, а 6-7% от ВВП. В современных рыночных условиях Россия, к сожалению, отстает от рекомендаций ВОЗ и бремя расходов на лекарственное обеспече- ние и медицинскую помощь дополнительно ложится на население, составляя 4,7% от ВВП, а сами средства, полученные от населения идут не на развитие здравоохранения, а на счета фармацевтических фирм. На начальном этапе перестройки, а в некоторых регионах и до сих пор, когда бюджетных средств не хватало для полного обеспечения финансированием стационарной помощи в стране, финансирование ее на местах осуществлялось только «защищенных» статей, в частности: заработной платы, медикаментозного обеспечения и питания больных. В этих условиях представляет интерес финансовое обеспечение медицинской помощью больных эндокринологического профиля, жизнь которых зависит от своевременно проведенного лечения и соответственно лекарственного обеспечения.

Для изучения этого вопроса был взят контингент эндокринологических больных общей численностью 2911 человек, прошедших лечение в условиях муниципального эндокринологического центра в течение 2001-2002 гг. Следует отметить, что официально городской эндокринологический центр мощностью 90 коек был открыт на базе клинической городской больницы «Электроника» г.Воронежа в 1995 году и является одним из мощных специализированных городских центров Российской Федерации. Его структура определена с позиций новейших медицинских технологий с учетом современного обследования, углубленной дифференциальной диагностики и лечения эндокринологических заболеваний. При этом, основное внимание было сосредоточено на совершенствовании качества медицинской помощи эндокринологическим больным. Исходя из задач, стоящих перед эндокринологической службой города, в структуре центра было выделено 60 коек для круглосуточного пребывания больных, 15 коек – для дневного пребывания, 15 коек – для специализированного отделения «диабетическая стопа». Кроме того, при организации городского эндокринологического центра «Школа для обучения больных сахарным диабетом» получила официальный статус. Укомплектованность центра врачебными кадрами составляет 84,9% от потребности, средним медперсоналом-72,3%, младшим – 62,4%. Среднегодовая занятость койки в 2001 году составила 347,6 койко/дней, а в 2002 году – 365,1 койко/дня, что свидетельствует о перегрузке центра, при средней длительности пребывания больных 24,9 койко/ дня и 20,1 койко/дня соответственно, что позволило увеличить численность пролеченных больных в эндокринологическом центре в 2002 году на 2,8%.

Однако, среднюю длительность пребывания в стационаре можно снизить до рекомендуемых нормативов – 10,2 койко/ дня (Постановление Правительства РФ от 29.11.2000 г. №907). В этом случае эффективность использования коек в эндокринологическом центре возросла бы в 2,4 раза по сравнению с 2001 г. и в 2 раза по сравнению с 2002 г. Достижение этих результатов возможно лишь при: повышении уровня обследования на доклиническом этапе, интенсификации труда вспомогательных отделений (лабораторной службы, функциональной, УЗИ диагностики и др.), а также работы физиотерапевтического отделения, отделения гипербарической оксигенации, кабинетов экстра- корпоральных методов лечения и т.д.

До перестройки финансирование деятельности стационаров любого профиля как и всей системы здравоохранения осуществлялось централизованно как в целом так и по статьям расходов. В данном случае руководителю лечебного учреждения отводилась роль контролера исполнения и соблюдения финансовой дисциплины. Перестройка социально-экономических отношений не только урезала бюджетное финансирование, но и ввела обязательное и добровольное медицинское страхование, а также разрешила организацию платных медицинских услуг, которые не вошли в перечень услуг обязательного медицин- ского страхования. Кроме того, разрешила использовать благотворительные взносы как от частных лиц, так и от фирм, предприятий, учреждений, организаций независимо от их форм собственности и т.д. и получение доходов от ценных бумаг, т.е. финансирование

учреждений здравоохранения стало осуществляться не из одного, а из многих источни- ков, из которых не все имеют стабильный характер. Наиболее стабильным является бюджетное финансирование, на долю которого в настоящее время на примере городско- го эндокринологического центра, приходится 38,0% в год и обязательное медицинское страхование – 62,0% годовых. Однако, не все виды эндокринологической патологии в настоящее время охвачены даже в таком соотношении обязательным медицинским стра- хованием. Так, больные с синдромом «диабетическая стопа» проходят лечение за счет госбюджета, так как страховые компании отказались их страховать из-за дороговизны лечения и обслуживания. Если стоимость лечения одного эндокринологического больного в стационаре круглосуточного пребывания составляет 6567 рублей 70 копеек (по данным за 2002 г.), то больного с диагнозом «диабетическая стопа» - 18260 рублей. В этой связи, как выход из создавшегося положения, широкое развитие получили стационары дневного пребывания больных. Организация обследования, лечения и питания в нем обходится больнице в 3039 рублей 68 копеек на одного больного, что в 2,16 раза дешевле по сравнению со стационаром круглосуточного пребывания. По итогам работы городского эндокринологического центра в 2002 году стоимость обследования, лечения, питания и пребывания больных в круглосуточном стационаре составила 7132522 рубля 20 копеек, в стационаре дневного пребывания - 1185475 рублей 20 копеек, в отделении «диабетическая стопа» - 2629440 рублей, что в целом обошлось больнице в 10947437 рублей 40 копеек, из которых 4160026 рублей – профинансировано по линии госбюджета, остальные 6787411 рублей 40 копеек – по обязательному медицинскому страхованию. По платным медицинским услугам данная категория больных не обслуживалась. Из общей суммы 9,4% составили расходы на медикаменты, а 32,0% - на заработную плату. Следует отметить, что в перспективе здравоохранение должно полностью перейти на обязательное медицинское страхование как работающего, так и неработающего населения, а по желанию, при

наличии дополнительных доходов, население уже сейчас может страховаться по программе добровольного медицинского страхования, получая дополнительные медицинские услуги повышенной комфортности. При введении 100% оплаты лечения больных по системе обязательного медицинского страхования планируется увеличение расходов на медикаментозное обеспечение до 17,0%.

Таким образом, в современных условиях финансовое обеспечение обследования, лечения, питания и пребывания больных в специализированном городском эндокринологическом центре требует больших средств, не совместимых с предлагаемыми подушевыми нормативами. Для снижения средней длительности пребывания больного в стационаре необходим пересмотр критериев функционирования всей инфраструктуры лечебно-профилактического учреждения и повышение ее эффективности, что позволит даже при нынешнем уровне финансирования сэкономить около 50,0% отпускаемых средств, которые можно направить на дальнейшее развитие специализированной медицинской помощи.