

- большинство заключаемых контрактов предусматривает только финансирование покупки оборудования, а дополнительные условия, такие как сервисное и гарантийное обслуживание, не входят в обязанности лизингодателя;

- часто условиями лизингового контракта предусматривается осуществление авансового платежа. Это вызвано тем, что лизингодатель не всегда может иметь полное представление о платежеспособности лизингополучателя. Существование «черного рынка», когда сделки совершаются за наличные и это не находит своего отражения в учете и отчетности предприятий, не дает полного представления о финансовом положении лизингополучателя.

И все же лизинг развивается, растут объемы заключаемых сделок, расширяется их география. Однако развитие лизинга в Республике Беларусь сдерживает, прежде всего, высокая стоимость кредитных ресурсов. Сложное финансовое положение белорусских предприятий снижает количество потенциальных лизингополучателей, способных эффективно использовать технику и рассчитываться по лизинговым платежам. Ограничивает количество клиентов лизинговых компаний отсутствие развитой страховой инфраструктуры (страхование валютных и финансовых рисков, экспортных кредитов, имущества, перестрахование и т. д.). К общим причинам, сдерживающим развитие лизинга в Республике Беларусь, также относятся: слабая осведомленность субъектов предпринимательской деятельности о преимуществах лизинга, недостаток специалистов, владеющих всеми тонкостями проведения лизинговых операций, неразвитость вторичных рынков оборудования, объективные трудности при прогнозировании лизингового процента, лизинговой премии и др.

Таким образом, для успешного развития лизинга в Республике Беларусь необходимо улучшение состояния белорусской экономики в целом, снижение ставок по кредитам, выдаваемым коммерческими банками, рост числа кредитоспособных предприятий, развитие системы страхового и гарантийного обеспечения лизинговой деятельности, организация подготовки специалистов, в совершенстве знающих лизинговую деятельность.

Период становления законодательства закончен и впереди кропотливая работа по доведению объема инвестиций через лизинг до общемирового уровня. На современном этапе — это главная задача, которую ставит перед собой Белорусский Союз Лизингодателей. У лизинга, в современных условиях, есть все перспективы стать действенным механизмом межгосударственного инвестиционного взаимодействия для развития интеграционных процессов в Содружестве Независимых Государств.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Газман, В. Д. Финансовый лизинг: Учеб. пособие для вузов. — М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2005. — 392 с.
2. Гончарова Н. П., Перерва П. Г. и др. Маркетинг инновационного процесса: Учебное пособие. — К.: «ВИРА-Р», 1998. — 267 с.
3. Горемыкин В. А. Лизинг: Учебник. — М.: «Дашков и КО», 2003. — 944 с.
4. Горемыкин В. А. Лизинг. — М.: Филин, 2005.
5. Кабатова Е. В. Лизинг: правовое регулирование, практика. — М.: ИНФРА-М, 1997. — 203 с.
6. Комаров В. В. Инвестиции и лизинг в СНГ. — М.: Финансы и статистика, 2001. — 424 с.
7. Лизинг: экономические и правовые основы: Учеб. пособие. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2001. — 191 с.
8. Левкович А. О. Формирование рынка лизинговых услуг. — М.: Изд-во деловой и учебной литературы, 2004. — 336 с.
9. Лешко В. Лизинг в Республике Беларусь / Плано-экономический отдел. — 2004. — № 9. — С. 46.
10. Макеева В. Г. Лизинг: Учеб. пособие. — М.: ИНФРА-М, 2004. — 192 с.
11. Похабов В. И. Лизинг промышленного оборудования. — Мн.: УП «Технопринт», 2003. — 172 с.
12. Третьяк Т. Лизинг и предпосылки его развития / Финансы. Учет. Аудит. — 2005. — № 11. — С. 20-22.
13. Трушкевич Е. В., Трушкевич С. В. Лизинг: Учеб. пособие. — Мн.: Амалфея, 2001. — 224 с.
14. Францева Е. Ф. Лизинг: Справ. пособие. — М.: Издательство «ПРОИР», 1998. — 208 с.
15. Чернов В. А. Экономический анализ: торговля, общественное питание, туристический бизнес. Под ред. проф. М. И. Баканова. — М.: ЮНИТИ, 2003. — 686 с.
16. Шабашев В. А., Федулова Е. А., Кошкин А. В. Лизинг: основы теории и практики: Учеб. пособие / Под ред. проф. Г. П. Подшиваленко. — М.: КНОРУС, 2004. — 192 с.
17. Шеленков В. Г. Учет лизинговых операций и анализ их эффективности: Учеб. пособие. — М.: Издательство «Экзамен», 2005. — 128 с.
18. Янковский К., Мухарь И. Организация инвестиционной и инновационной деятельности. — Спб.: Питер, 2001. — 448 с.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ МАТЕРИАЛЬНОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ ОПЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

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

В настоящее время разработка надежного и достоверного метода количественной и качественной оценки затрат труда является основным условием, которое обеспечивает соответствие размера вознаграждения трудовому вкладу медицинских работников. Действующая в здравоохранении система оплаты труда работников здравоохранения на основе Единой тарифной сетки не учитывает индивидуальные трудозатраты, сложность,

объемы, различия в физических и психологических нагрузках разных категорий медицинских работников. Особенно это относится к учету трудовых затрат врачей, проводящих операции. Согласно установленным нормативам, врачам-хирургам всех наименований, в том числе заведующим отделениям, осуществляющим хирургическое вмешательство, а также в случае применения сложного медицинского оборудования, устанавливаются минимальное количество операций (от 4 до 8 в месяц в зависимости от специализации отделений) для назначения повышающего коэффициента (1,4 и 1,2) в расчете на одну занятую должность [1]. При этом количество проведенных оперативных вмешательств сверх установленного минимума не учитывается при расчетах доплат за операции. Таким образом, на практике врач, превысивший установленный показатель количественно и качественно, будет получать доплату наравне со специалистом, выполнившим только минимальную нагрузку по оперативному лечению, то есть принцип материального стимулирования за превышение плановых нагрузок для специалистов хирургического профиля практически отсутствует. Необходимо соблюдать пропорцию между трудом и оплатой посредством совершенствования механизма стимулирования оперативной деятельности врачей-хирургов, позволяющего учитывать уровень оперативной активности, сложность и трудоемкость проводимых операций каждым специалистом.

В качестве предложения по применению такой методики можно привести расчеты, состоящие из следующих этапов:

- 1) разработка классификации (группировки) оперативных вмешательств по категориям сложности;
- 2) определение среднего уровня оперативной активности в целом по отделению;
- 3) определение нормативной (плановой) нагрузки врачей, проводящих операцию;
- 4) определение фактической нагрузки врачей, проводящих операцию;
- 5) оценка уровня результативности оперативного вмешательства каждого специалиста.

В целях формирования классификации (группировки) оперативных вмешательств по категориям сложности необходимо разделить все проводимые операции определенного профиля на категории, исходя из их трудоемкости и сложности. Критериями, определяющими отнесение операции к той или иной категории, является их близость по трудоемкости (количеству медицинского персонала, принимающего участие в операции, длительности операции), квалификационная сложность хирургического вмешательства. Основными показателями отнесения операций к тем или иным категориям сложности являются следующие:

- 1) степень выраженности и характер имеющейся патологии;
- 2) объем и характер оперативного вмешательства;
- 3) техническая сложность и степень риска проводимой операции, использование сложного медицинского оборудования;
- 4) исходный уровень здоровья организма;
- 5) состояние оперируемого органа и общее состояние пациента;
- 6) средняя длительность операции.

Ранжирование по категориям операций необходимо осуществлять экспертным путем с привлечением ведущих специалистов медицинского учреждения по каждому профильному отделению стационара, что позволит учесть особенности проведения, трудоемкость, сложность хирургического вмешательства. Для каждой категории операций присваивается свой коэффициент сложности, например операции первой категории сложности, устанавливается коэффициент равный 1, для второй категории – 2.

Для некоторых отделений возможен вариант формирования общего классификатора операций по категориям сложности, например, для отделения травматологии и хирургии.

Пример классификации по категориям сложности гинекологических операций приведен в таблице 1.

Определение уровня оперативной активности в целом по отделению необходимо в целях расчета плановой нагрузки специалистов хирургического профиля. Для этого рассчитывается средний процент оперативной активности по отделению, который исчисляется как частное от деления показателя количество пролеченных больных на количество больных, которым оказано оперативное лечение. Расчет осуществляется на основании фактических данных за прошлые отчетные периоды. Периодичность его исчисления устанавливается произвольно по каждому отделению. В медицинских подразделениях, в которых показатели, участвующие в расчетах сложно запланировать по календарным периодам (травматологическое отделение, отделение экстренной хирургии, кардиология и т. д.) целесообразно уровень активности операционной нагрузки по отделению исчислять поквартально. Остальные медицинские отделения его рассчитывают на более длительный период (год, два года). Рассчитывается показатель по формуле 1:

$$Y_{оп\ акт} = \frac{K_{об}}{K_{пб}} \cdot 100, \quad (1)$$

где $Y_{оп\ акт}$ – уровень активности операционной нагрузки в целом по отделению;

$K_{об}$ – количество прооперированных больных;

$K_{лб}$ – количество пролеченных больных.

На следующем этапе рассчитывается плановая операционная нагрузка на одного врача в отделении по формуле:

$$\Pi_n = \frac{K_{лб} \times Y_{оп\ акт}}{K_{вр}}, \quad (2)$$

где Π_n – плановая операционная нагрузка врача по отделению;

$K_{лб}$ – количество пролеченных больных;

$Y_{оп\ акт}$ – уровень активности операционной нагрузки в целом по отделению;

$K_{вр}$ – количество врачебных должностей в отделении.

При этом плановая операционная нагрузка специалистов должна быть рассчитана по каждому отделению на основании фактических показателей за прошедший период. Пример расчета приведен в таблице 2.

Следующий этап предусматривает определение показателя – уровень результативности оперативной нагрузки каждого врача в отделении по данным статистического учета для назначения размера материального стимулирования по итогам работы за месяц. Соотношением фактической нагрузки оперативного вмешательства по каждому специалисту к плановой определяется уровень результативности оперативной нагрузки каждого врача в отделении по формуле:

$$Y_{рез} = \frac{\Phi_n}{\Pi_n} \times 100\%, \quad (3)$$

$Y_{рез}$ – уровень результативности оперативной нагрузки врача по отделению;

Φ_n – фактическая нагрузка врача по отделению;

Π_n – плановая нагрузка врача по отделению.

Значение показателя – уровень результативности оперативной нагрузки врача по отделению может быть более или менее 100%. При этом сумма материального стимулирования может быть исчислена за каждый процент превышения $Y_{рез}$ над плановой нагрузкой врача по отделению (т.е. если расчетный показатель составляет более 100%) или оценочным методом. Например, при значении $Y_{рез}$ от 100% до 110% доплата может быть установлена в размере 10% от должностного оклада врача-хирурга; при $Y_{рез}$ от 111% до 120% доплата будет равна 20%.

При расчетах размера материального стимулирования хирургов могут быть учтены утвержденные администрацией отделения понижающие коэффициенты в случае выявления осложнений у пациента по результатам проведенного оперативного вмешательства. Пример расчета уровня результативности оперативной нагрузки хирургов отделения приведен в таблице 2.

Важно отметить, что статистический показатель число прооперированных больных не является эквивалентом показателя завершеного случая лечения, поскольку протоколами (медико-экономическими стандартами) лечения больных предусмотрены: длительность пребывания больного в стационаре, количество операций по данной нозологии, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, оказание услуг по лабораторному и диагностическому исследованию и т.д. При этом единственным требованием к результатам лечения является клиническое выздоровление. Реалии сегодняшнего дня требуют от врача выполнения всего комплекса лечения в соответствии с протоколом лечения больного. В случае проведения операций больному сверх числа, установленного протоколом, когда повторное и каждое последующее хирургическое вмешательство являются вынужденными и оцениваются лечебно-контрольной комиссией, как результат не достигнутой адекватной медицинской помощи, необходим расчет показателя коэффициент качества оперативного лечения специалиста. Для его расчета (формула 4) целесообразно использовать следующие показатели: число операций, предусмотренные протоколом лечения и общее число проведенных операций специалистом:

$$K_{кач} = \frac{Ч_{пр}}{Ч_0}, \quad (4)$$

где $K_{кач}$ – коэффициент качества оперативного лечения;

$Ч_{пр}$ – число операций, предусмотренные протоколом лечения;

$Ч_0$ – общее число проведенных операций специалистом.

При значении коэффициента меньше 1 качество оказанной хирургической помощи не соответствует протоколам медицинских требований. В этом случае размер доплаты хирургу будет откорректирован на исчисленный коэффициент ($K_{кач}$), что приведет к уменьшению размера материального стимулирования специалиста.

Установление доплат за превышение уровня оперативной нагрузки врачей хирургического профиля позволяет установить зависимость между качеством и количеством труда и его оплатой не должно исключать возможность назначения установленных Министерством здравоохранения Республики Беларусь (Приказ МЗ РБ)· повышающих доплат за участие в операциях (при условии выполнения плановой нагрузки оперативного лечения).

Таблица 1

Классификация гинекологических операций по группам сложности

Виды операций	Норма времени на проведение операции, мин.	Группа сложности	Коэффициент сложности
А	1	2	3
1. Рассечение маточных труб	5	I	1
2. Лапароскопическое удаление кисты яичника:			
а) односторонне	30	II	2
б) двухсторонне	60	III	3
3. Энуклиация миомы: узлы на ножке отсекаются с марселяцией;	50	III	3
4. Эндоскопическая диагностика	60	III	3
5. Тотальная систерэктомия			
а) без марселяции	120	IV	4
б) с марселяцией	140	IV	4

Таблица 2

Определение показателей деятельности специалистов хирургического профиля за месяц

1. Количество прооперированных больных	183
2. Количество пролеченных больных	212
3. Уровень активности операционной нагрузки врачей по отделению (строка 1 / стр. 2 x 100%)	86 %
4. Количество врачебных должностей в отделении	9
5. Плановая операционная нагрузка одного врача по отделению (стр. 2 x стр. 3 / стр. 4)	19
6. Фактическая операционная нагрузка в среднем на одного врача по отделению (стр. 1 / стр. 4)	20,3

Согласно данным, приведенным в таблице 3, доплата врачам-хирургам устанавливается в случае выполнения плановой нагрузки. В приведенном примере (см. табл. 2, стр. 5) она составляет 19 операций. В случае ее невыполнения материальное стимулирование по предлагаемой методике специалистам хирургического профиля не назначается.

По приведенным данным в таблице 3 хирург № 1 не выполнил плановую нагрузку. Его средний коэффициент сложности оперативной деятельности составил 3,1. Специалистом выполнены операции 2-ой и 3-ей категории сложности, фактическое количество хирургических вмешательств (оно составило 17 операций) не достигло планируемого показателя по отделению (19 операций), а также уровня фактической операционной нагрузки в среднем на одного врача по отделению (20,3 операций). Учитывая его результаты оперативной деятельности, доплата специалисту не назначается.

Хирург № 2 выполнял операции более высокой категории сложности и перевыполнил плановую нагрузку на 26,1%. Средний коэффициент сложности проведенных операций составил 4,3. Доплата по результатам выполнения оперативной нагрузки составляет 26,1%.

Методика дифференцированной оценки трудозатрат при оплате труда врачей хирургических специальностей позволяет:

- 1) повысить уровень оплаты труда;
- 2) создать экономическую мотивацию повышения эффективности труда врачей;
- 3) использовать дифференцированную систему оценки труда хирургов;
- 4) устранить систему уравнивания в размерах выплат при разном уровне результативности операционной нагрузки и качества оперативного лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1.02. 2000 № 34 «О мерах по совершенствованию условий оплаты труда работников организаций здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь, финансируемым из бюджета» // Вопросы организации и информатизации здравоохранения – 2000. – № 3 – С. 45–48.
2. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1.04. 2004 №13 «Инструкция о порядке исчисления себестоимости медицинской помощи и других услуг, оказываемых организациями здравоохранения, финансируемые из бюджета»: Зарегистрирована НРПА Республики Беларусь 2004. – № 59, 8 / 10812.

Таблица 3
Расчет показателей оперативной активности по каждому специалисту хирургического профиля отделения медицинского учреждения

Ф.И.О. врача	Категория сложности операции	Коэффициент сложности операции	Фактическое количество выполненных операций	Количество выполненных операций с учетом коэффициента сложности в условных единицах (гр. 2 x гр.3)	Плановая нагрузка хирурга с учетом коэффициента сложности в условных единицах	Доплата хирургу за выполнения показателя результативности оперативной нагрузки в % к окладу (гр. 4 / гр. 5)	
A	1	2	3	4	5	6	
Хирург №1							
Операция 1	2	2	3	6	19x3,1=58,9	-	
Операция 2	3	3	4	12			
И т.д.							
Итого	x	x	17	52			
Средний коэффициент сложности операций специалиста				52/17=3,1			
Заведующий отделением							
Операция 1	3	3	5	10	19x4,3=81,7	26,1	
Операция 2	4	4	2	8			
И т.д.							
Итого	x	x	24	103			
Средний коэффициент сложности операций специалиста				103/24=4,3			
И т.д.							
Хирург № 3			21	98	89,3	9,7	
Хирург № 4			20	106	100,7	5,3	
Хирург № 5			21	80	72,2	10,8	
Хирург № 6			19	103	102,6	0,4	
Хирург № 7			19	99	98,8	0,2	
Хирург № 8			20	107	102,6	4,3	
Хирург № 9			22	111	95	6,8	
Итого по отделению			183	859	801,8	7,1	

3. Иорданиян А.В. Экспериментальные системы оплаты труда медицинского персонала поликлиники // Здравоохранение. – 2003. – № 7–8 – С. 23–26.

РЫНОК МИНСКИХ КВАРТИР: ЛЕТО 2006 ГОДА

Н.Ю. Трифонов, председатель Белорусского общества оценщиков (БОО),
Д.В. Емельянов, стажер БОО

Настоящая статья представляет собой квартальный аналитический обзор рынка купли-продажи минских квартир в рамках исследования, проводимого под эгидой общественного объединения «Белорусское общество оценщиков» (БОО), начиная с 1999 года. В статье используются результаты, основанные на данных за июль 2006 года. В течение рассматриваемого квартала основные ценовые характеристики рынка были стабильны.

1. Квартирный индекс БОО

Квартирный индекс БОО [1] (цена квадратного метра общей площади квартир в долларах США по всему объему предложения) этим летом принял значение, равное \$1098,24, слегка (на 0,08%) уменьшившись по сравнению с предыдущим весенним значением [2]. Поквартальная динамика квартирного индекса БОО, начиная с 2000 года приведена в табл. 1.

Таблица 1

Поквартальная динамика квартирного индекса БОО (2000-2006)

Месяц исследования	апр. 2000	июль 2000	окт. 2000	январ. 2001	апр. 2001	июль 2001	окт. 2001	январ. 2002	апр. 2002	июль 2002	окт. 2002	январ. 2003	апр. 2003
Квартирный индекс БОО, \$	315,4	286,9	294,9	306,1	305,9	306,3	324,3	346,9	359,4	366,9	393,9	418,4	427,4
Изменение к прошлому периоду	-38,8	-28,5	8,0	11,2	-0,2	0,4	18,0	22,6	12,5	7,5	27,0	24,5	9,0
	-11,0%	-9,0%	2,8%	3,8%	-0,1%	0,1%	5,9%	7,0%	3,6%	2,1%	7,4%	6,2%	2,2%

Месяц исследования	июль 2003	окт. 2003	январ. 2004	апр. 2004	июль 2004	окт. 2004	январ. 2005	апр. 2005	июль 2005	окт. 2005	январ. 2006	апр. 2006	июль 2006
Квартирный индекс БОО, \$	448,3	502,4	564,2	630,6	635,4	670,7	730,9	839,6	933,9	993,19	1052,39	1099,14	1098,24
Изменение к прошлому периоду	20,9	54,1	61,8	66,4	4,8	35,3	60,2	108,7	94,3	59,29	59,2	46,75	-0,91
	4,9%	12,1%	12,3%	11,8%	0,8%	5,6%	9,0%	14,9%	11,2%	6,35%	5,96%	4,44%	-0,08%

В июле 2000 года индекс БОО равнялся \$286,9. Индекс непрерывно растет на протяжении последних шести лет. За это время его значение увеличилось более чем втрое. Однако в течение последнего года на устойчивое замедление скорости роста цен. И вот впервые отмечается небольшое понижение. Оно невелико и означает, что цены стабилизировались.

Как видно из данных таблицы 1, скорость роста квартирного индекса БОО достигла своего максимума в апреле прошлого года. После этого она неуклонно снижалась. В июле скорость роста составила -0,08% по отношению к прошлому периоду. Это, вместе с анализом недельного изменения квартирного индекса БОО (рис. 1), подтверждает высказанное в начале года [2] предположение о стабилизации цен ниже уровня психологической планки \$1100.

Этим летом квартирный индекс БОО для секторов квартир с различным числом комнат колебался в диапазоне от \$1023,59 до \$1268,66 (табл. 2).

Таблица 2

Квартирный индекс БОО для секторов квартир с различным числом комнат

Секторы рынка	Индекс БОО (\$/кв. м)	Изменение за квартал	
		\$	%
1-комнатные	1135,45	16,71	1,49
2-комнатные	1091,81	-17,82	-1,61
3-комнатные	1097,53	29,93	2,80
4-комнатные	1023,59	-122,63	-10,70
Многокомнатные	1268,66	249,13	24,44

По сравнению с прошлым периодом (весна 2006 года) значения данного индекса изменилось незначительно для 1-, 2- и 3-комнатных квартир. Ранее лидировавшие по цене 4-комнатные квартиры заметно подешевели. В прошлом периоде самый высокий индекс БОО принадлежал 4-комнатным квартирам, самый низкий –