

Наименование расходов	7	8	9	10	11
Среднее количество посетителей	19 000	21 000	23 000	25 000	25 500
Оборот	39 900	44 100	48 300	52 500	53 550
Переменные затраты	21 785	23 885	25 985	28 085	28 610
Маржинальная прибыль	18 115	20 215	22 315	24 415	24 940
Постоянные расходы	3695	3695	3695	3695	3695
Налог 5 %	1995	2205	2415	2625	2677.5
Ср. чек	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
Чистая прибыль	12 425	14 315	16 205	18 095	18 567,5

Для прогноза были выбраны ключевые показатели, которые наиболее ясно отражают динамику изменения финансового состояния организации.

Список литературы

Вилон — замороженные продукты: котлеты, супы, полуфабрикаты / [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.vilon.ru/>. — Дата доступа: 10.03.2015.

Открытие вендинг-кафе / [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://moneymakerfactory.ru>. — Дата доступа: 15.03.2015

Производитель вендинг-автоматов / [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://vend-shop.com/>. — Дата доступа: 15.03.2015

Юридическая консультация / [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://pravoby.com/>. — Дата доступа: 15.03.2015

Сертификационный центр «Промотест» / [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://promotest.ru/>. — Дата доступа: 15.03.2015

М.А. Траулько

Научный руководитель — кандидат экономических наук Ю.М. Зенович

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕЭФФЕКТИВНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На национальную экономику Республики Беларусь влияют много факторов. Главенствующим из них всегда был и будет экономический рост — это увеличение объема производства продукции в национальной экономике за определенный период времени. Факторы экономического роста — это процессы и явления, которые оказывают объективное и субъективное влияние на способность реального увеличения объемов и масштабов производства благ. Выделяют субъективные и объективные факторы экономического роста.

Объективными считаются те факторы, которые оказывают непосредственное и определяющее влияние на темпы экономического роста. Субъективными факторами являются те, которые оказывают опосредованное и косвенное влияние на темпы и масштабы экономического роста.

Одним из самых важных факторов есть и будет система здравоохранения в нашей стране. Ключевые показатели, приведенные в таблице 1, характеризуют имеющиеся ресурсы и результаты работы белорусской системы здравоохранения в сравнении со странами СНГ и ЕС в 2013 г.

Таблица 1

Показатели обеспечения услуг здравоохранения в 2013 г.

Показатели	Беларусь	РФ	ЕС
Больниц (всех) (на 100 000 нас.)	6,2	4,5	3,1
Больничных коек (на 100 000 нас.)	88,7	76,1	50,4
Врачей (на 100 000 нас.)	48,4	43,1	33,8
Медсестер (на 100 000 нас.)	119,8	80,6	80,5
Среднее пребывание в больнице	11,4 дня	13,6 дня	9,4 дня
Количество госпитализаций (на 100 000 нас.)	28,5	23,7	17,2
Количество амбулаторных визитов на человека	13,6 / год	9,0	6,8

Примечание — Источник: собственная разработка по данным [1].

На большой объем услуг в системе специализированной помощи второго уровня также указывает большое число стационаров и коек. Эти цифры превышают средние показатели для Российской Федерации и в два раза выше, чем в странах ЕС. Строгая ориентация на специализированную помощь и стационарное лечение белорусской системы здравоохранения (или ее очень слабый упор на обеспечение первичной помощи) также очевидно из распределения врачей и уровня госпитализации. В Беларуси слишком высокая обеспеченность врачами. С учетом численности населения в Беларуси врачей на 12 % больше, чем в Российской Федерации, и на 43 % больше, чем в странах ЕС. При этом только небольшая часть врачей работает в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (чуть более 12 % — в соответствии с данными, полученными ИОПМСР). Это сильно отличается от ситуации в странах ЕС, где почти одна треть врачей работает в сфере первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, общий уровень госпитализации в Беларуси (28,5 %) намного выше, чем в Российской Федерации (23,7 %) и странах ЕС (17,2 %). В Беларуси средняя продолжительность пребывания в больнице несколько ниже, чем в Российской Федерации, но выше, чем в ЕС. Относительное число медицинских сестер в Беларуси почти на 50 % больше, чем в Российской Федерации и в ЕС. Обеспеченность кадрами ресурсами избыточная, однако такие ресурсы распределены неравномерно.

В журнале «Медицинские новости» были приведены данные исследования по хронометражу рабочего времени врачей амбулаторно-поликлинического приема (таблицы 2 и 3).

Таблица 2

Структура рабочего времени (в %)

Врачебная должность	Основная деятельность	Работа с документацией	Вспомогательная деятельность	Служебные разговоры	Прочая деятельность
<i>Врач-терапевт участковый</i>	67,44±2,40	27,69±2,01	2,59±0,51	1,11±0,16	1,17±0,18

Таблица 3

Фактические затраты времени

Врачебная должность	Затраты времени на посещение по поводу заболевания (мин)		
	первичное	повторное	среднее
Врач-терапевт участковый	16,6±0,90	13,7±0,73	14,7±0,63

Примечание — Источник: [2, с. 71–74].

Установлено, что на выполнение своих функциональных обязанностей участковый врач-терапевт затрачивает 97,72±3,42 % рабочего времени.

Основная деятельность в структуре рабочего дня врача-терапевта составляет 67,44±2,40 % и включает обследование больного, установление диагноза и назначение лечения. В данном виде деятельности наиболее часто встречаются осмотр и обследование больного (частота встречаемости Р на 100 больных составила при приеме первичных пациентов 97 %, повторных — 68 %), беседа с больным (94 % и 77 % соответственно).

На работу с документацией на амбулаторно-поликлиническом приеме участковый врач-терапевт затрачивает 27,69±2,01 % своего рабочего времени. Вспомогательная деятельность занимает в среднем 2,59±0,51 %. Деятельность участкового врача-терапевта, не связанная непосредственно с приемом больных, занимает 1,17±0,18 % рабочего времени.

По данным, участковый врач-терапевт затрачивает на одно первичное посещение 16,6±0,90 мин, на одно повторное посещение — 13,7±0,73 мин, что в среднем составляет 14,7±0,63 мин. Нагрузка врача-терапевта на амбулаторном приеме, по данным хронометражного наблюдения, составила 4,1 посещения в час.

Это нормативные данные. К сожалению, проверить эти данные удалось лишь отчасти. Для написания статьи был проведен собственный хронометраж рабочего времени, точнее фактического время ожидания приема у специалиста. Хронометраж продолжался 2 дня с 8 до 12 часов. Было установлено:

- Прием врача начался не с 8.00, а с 8.07 и с 8.09 минут.
- Среднее время ожидания приема 1 человека составило в 1 день — 24 минуты, во 2 день — 19 минут.
- Дополнительные минуты добавили люди, которые заходили без очереди на подпись документа, также потерянные карточки или на повторное посещение без очереди — 6 минут в 1 день, и 8 минут во 2 день.

- Отход врача из кабинета в 1 день — в среднем на 16 минут, во 2–4 минуты.

- Время приема врача в 1 день составило — 12 минут (в 1 день преимущественно были люди, которые ходили за направлениями и документами, за подписями), во 2 день — 15 минут.

Итого получилось: фактическое среднее время ожидания : 21,6 минуты; дополнительное ожидание — 7 минут; отход врача — 10 минут ; прием — 13,5 минуты. Для сравнения представлены время приема и ожидания в различных странах в таблице 4.

Таблица 4

Сравнительная характеристика времени

Страна	Время приема	Время ожидания	Сумма
РБ	13,5	21,6	35,1
США	11	8,5	19,5
Великобритания	15	8	23
Германия	17	7	24
Франция	17	7	24
Израиль	13,5	10	23,5
Куба	13,5	11	24,5

Примечание — Источник: собственная разработка на основе данных [3].

Для того чтобы предлагать свои улучшения по этому поводу, сначала нужно провести экономическую оценку времени, проведенного в обычной поликлинике. Для этого сначала надо установить полное время обслуживания на примере взятия справки о состоянии здоровья у того же врача-терапевта. В целях примера:

- Талоны были заказаны заранее, чтобы не увеличивать время в днях.
- Исключаем дополнительное время (люди без очереди).
- Исключаем случайные неожиданности (потерянные карточки).
- Исключаем уход врача из кабинета.
- Все врачи были пройдены, не сданы только анализы.

В итоге мы получаем следующие выводы, или шаги:

- Взятие карточки — 2 мин.
- Время ожидания — 21,6 мин.
- Время первичного приема, включающее проверку пациента и выписку направления на анализы, — 13,5 мин.

- Сдача анализов — 5 мин.
- Время повторного ожидания — 20 мин.
- Время вторичного приема (выписка справки) — 8 мин.
- Подпись справки у врачей дежурных и отделе для выписки — 4 мин.

В упрощенном виде полное время взятие справки 1 человеком — 74,1 минуты.

Чтобы перевести все в стоимостное выражение, возьмем время и умножим на ВВП на душу населения. Этим можно узнать, сколько ВВП мог создать человек, не будь он в учреждениях здравоохранения. ВВП на душу населения составляет — 82 163 тыс. рублей в год. В день — 336,6 тыс. рублей. В час — 14,025 тыс. рублей. В минуту — 0,24 тыс. рублей. В итоге 1 человек мог дополнительно сделать — 17,78 тыс. рублей, если бы в это время не «брал справку».

Какие улучшения можно привести в эту систему.

- Электронная история болезни. Система хранения карточки больного в виде «электронных карт». Карточки в основном будут находиться у самих владельцев, и их утрата будет по вине только собственника. И каждое посещение будет указываться и информироваться в самой карточке с любого посещения вами врача в любом учреждении образования.

- Электронные талоны вместе с карточкой.

- Электронный рецепт.

- Переход полной выписки направлений, справок и других документов в электронный вариант. Все направления будут скидываться вам на карточку, вместе с ней вы сдадите анализы, и результаты будут уже не на бумаге, как обычно было, а на карточке.

- Переход на интернет-оборот предприятий и системы здравоохранения в целом.

- Введение системы платного и бесплатного обслуживания. В Эстонии ввелась практика, что если людям нужно срочно обследование врача, можно предложить им доплатить, конечно же, по ценам ниже частных клиник, чтобы не увеличивать очередь.

- Если применить вышеперечисленное к анализу, то:

- Взятие карточки — 0 мин.

- Время ожидания — 15 мин.

- Время первичного приема, включающее проверку пациента и выписку направления на анализы, — 8 мин.

- Сдача анализов — 5 мин.

- Время повторного ожидания — 15 мин.

- Время вторичного приема (выписка справки) — 5 мин.

В итоге при внедренных мероприятиях — 48 мин. Конечно же, все это в упрощенном виде.

В итоге ВВП, который он мог бы дополнительно сделать за это время, — 11,52 тыс. рублей.

Таким образом, работа над выявленными недостатками не только поможет улучшить ситуацию в сфере здравоохранения, но и приведет к улучшению всей экономической ситуации в стране и послужит толчком к экономическому росту.

Список литературы

1. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2013 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2014. — 280 с.

2. Капитальян, А.А. Анализ затрат труда врачей амбулаторно-поликлинического приема (по материалам хронометражного исследования). — Медицинские новости. — 2007. — № 8. — С. 71–74.

3. Нормативы первичного приема у врачей России, Европы и Америки [Электронный ресурс]. — 2015. — Режим доступа : <https://www.miloserdie.ru/article/9-minut-na-vse-normativy-pervichnogo-priema-u-vrachej-rossii-evropy-i-ameriki/>. — Дата доступа: 22.03.2015.

Д.С. Уздякин

Научный руководитель — доктор юридических наук Д.М. Демичев

НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СОЮЗОВ В БЕЛАРУСИ

В настоящей работе исследуются этапы зарождения, становления и развития профессиональных союзов на белорусских землях, анализируются организационно-правовые основы деятельности профессиональных союзов в советский период и после приобретения Республикой Беларусь независимости.

Профсоюзные организации Беларуси не так давно отметили свой юбилей — 100-летие профсоюзного движения. За свою вековую историю профсоюзы стали социальной реальностью и включены в структуру общества в качестве важнейшего элемента.

Массовое создание профсоюзных организаций практически во всех крупных городах Беларуси началось в 1904 г., который считается отправной точкой для отсчета возраста белорусских профессиональных союзов. Революция 1905–1907 гг. положила начало организованному этапу в развитии профессионального движения рабочего класса. Издание Императором Николаем II 4 марта 1906 г. закона о легализации профсоюзов под названием «Временные правила о профессиональных обществах, учреждаемых для лиц, занятых в торговых и промышленных предприятиях» активизировало профсоюзное движение в Беларуси. В это время профессиональные союзы были революционно активными и политизированными. Поэтому к 1910 г. почти половина их была запрещена, а в Первую мировую войну практически все профсоюзные организации перестали действовать.

После Февральской революции 1917 г. деятельность профессиональных союзов возобновилась. Развернулась работа по восстановлению ранее существовавших и созданию новых профсоюзных организаций. Только в четырех наиболее крупных промышленных центрах — Минске, Витебске, Могилеве и Гомеле — в течение марта — апреля 1917 г. было образовано свыше 80 профессиональных союзов. После Октябрьской революции 1917 г. важную роль в определении задач профессиональных союзов Беларуси сыграл I Всероссийский съезд профсоюзов, состоявшийся в Петрограде в