

Н.В. КРАВЧУК, ДонНТУ

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ СНИЖЕНИЯ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ ТРУДА

Общественное производство представляет собой единство двух его сторон – экономической и социальной. Игнорирование этого единства приводит к практике решения социальных проблем по остаточному принципу, когда все имеющиеся средства предприятия направляются на нужды производства, игнорируя создание безопасных условий труда. Особенно остро эти проблемы стоят в угольной промышленности Украины.

Основным вопросом социальной политики в условиях действующих предприятий является улучшение условий и охраны труда. Рынок поставил экономические субъекты в такие условия, когда им пришлось делать выбор между финансовым обеспечением производства и социальными условиями труда. Эти затраты всегда вступали в противоречие с финансированием процесса производства и других текущих проблем. Однако диалектическое разрешение возникающих противоречий в конечном итоге служит источником поступательного развития как коллективной, так и личной форм заинтересованности в результатах труда. В новых условиях хозяйствования это должно проявляться в определении и поддержании соотношения между общими затратами на производство и их составляющей – расходами на улучшение условий труда, что на практике не всегда соблюдается. Начиная с 1996 г., финансирование социальных мероприятий сократилось более чем в 5 раз, мероприятий по технике безопасности почти в 7 раз, значительно снизились затраты на оздоровление и санаторно-курортное лечение трудящихся и их семей. На угольных шахтах, которые считаются самыми опасными по травматизму из-за сложных природных условий, в 10 раз сократились расходы на лекарственные

препараты, средства первой медицинской помощи. Если до 1996 г. почти все шахты Донецкого бассейна имели свои здравпункты и профилактории, где работники могли получать профилактическое лечение, принять оздоровительные процедуры, то к 2000 г. они остались только на некоторых из них. Таким образом, трудящиеся этих предприятий остались без первой медицинской помощи на местах, от эффективности которой очень часто зависят последствия травмы. Вплоть до 1990 г., большинство шахт имели свои собственные здравницы на берегу Азовского и Черного морей, на речках Донбасса. Здесь ежегодно оздоравливалось около 70% трудящихся и их семей, в 2000 г. их количество составило только 14,3%.

Финансирование отдельных направлений затрат на улучшение социального положения работников угольных предприятий приведено в табл. 1.

Для возможности сравнения приведенных данных по финансированию социальных мероприятий целесообразно привести их к гривневому эквиваленту, используя в качестве базы пересчета прожиточный минимум, который был установлен на Украине в рассматриваемые периоды.

Из приведенной таблицы видно, что в общей сложности социальные расходы к 2000 г. сократилось на угольных шахтах более чем в 57 раз по сравнению с 1981 г. В такой же степени уменьшились и фонды социально-экономического развития, за счет которых частично покрывались затраты на различные социальные мероприятия. В настоящее время эти средства настолько размыты, что проследить их использование не представляется возможным.

Таблица 1

Объемы финансирования затрат на социальные мероприятия
на шахтах ГХК "Донуголь" (данные усредненные)

Виды финансирования	Финансирование по годам					
	1981	1991	1995	1998	1999	2000
На улучшение условий труда, тыс. руб. тыс. грн.	25421	10847	9658,8	4631,7	2967,4	2438,2
в том числе на средства защиты и ТБ: тыс. руб.	9200	4230	3670,4	1797,3	949,44	743,4
тыс. грн.						
В расчете на трудящегося в месяц, руб. грн.	307 111	130 59	125 49	73 29	41 13	33 10,1
Затраты на санаторно-курортное лече- ние, тыс. руб.	36000	12498	10346	4000	4200	3290
тыс. грн.						
В расчете на трудящегося в месяц, руб. грн.	435	169	143	63	50	38,6
На содержание здравпунктов, профи- лакториев, тыс. руб.	2523	926	698	111,8	109,6	97,07
тыс. грн.						
В расчете на трудящегося в месяц, руб. грн.	30,5	11,2	9,45	1,9	1,3	0,91
Итого на трудящегося, руб. грн.	772,5	310,2	277,45	137,9	92,3	72,5
Итого финансирование социальных ме- роприятий приведенное к прожиточно- му минимуму	15,45	4,43	3,96	0,63	0,34	0,27
Итого в гривневом эквиваленте	4148,6	1269	1134,5	180,5	97,4	72,5

Существенное снижение средств на социальное развитие предприятий привело к ухудшению работы их бытовых комбинатов, снижению обеспечения спецодеждой, сушки и стирки её, отсутствию горячей воды в душевых и т.д. В итоге это привело к усложнению санитарно-эпидемиологической, экологической обстановки, к увеличению случаев простудных, общих и других заболеваний.

Снижение уровня жизни, т.е. реальной заработной платы, покупательной способности, практика платного медицинского обслуживания и образования привели к тому, что большая часть шахтеров во всех отношениях оказалась социально незащищенной. Их уровень заработной платы и прожиточный минимум за ряд лет приведен в табл. 2. В таблице также приведен коэффициент соотношения средней заработной платы и прожиточного минимума, который по-

зволяет сопоставить финансовую обеспеченность работников отрасли за разные периоды времени.

Из таблицы видно, что покупательная способность рассмотренной категории населения снизилась более чем в 4 раза. В результате снизилась обеспеченность населения всеми видами коммунальных, бытовых и культурных услуг, возможность получения высшего образования, повышения квалификации, сократилось более чем в 3 раза потребление основных продуктов питания, по которым мы и раньше имели отставание от развитых стран, наблюдается значительный рост заболеваемости.

Одним из видов социальной защиты граждан Украины является медицинское обслуживание. В 1980 г. затраты на здравоохранение в развитых странах составляли 5-6% к внутреннему валовому продукту (ВВП) и к 2000 г. достигли 20-

22%. На Украине картина противоположная. В 1980 г. эти расходы составили 3,36%, а в 2000 г. – 1,7%. Таким образом, финансирование государством нужд здравоохранения снизилось в 3 раза. Аналогичные отличия наблюдаются и в за-

тратах на одного жителя. В Украине этот показатель составляет в настоящее время 11,92 \$ США (по курсу НБУ) и снизился по сравнению в 1981 г. в 12 раз. Аналогичные затраты в Великобритании составляют 700 \$ США, а в США 3850 \$.

Таблица 2

Динамика средней заработной платы и прожиточного минимума

Показатели	Годы								
	1981	1983	1985	1987	1996	1997	1998	1999	2001
Средняя заработная плата шахтеров, руб. грн.	327	419	497	491	363	394	490	540	590
Прожиточный минимум, руб. грн.	50	50	70	70	75	170	220	270	381
Минимальная заработная плата, руб. грн.	60	60	70	70	17	74	90,7	118	118
Коэффициент соотношения заработной платы и прожиточного минимума	6,54	8,38	7,1	7,01	4,84	2,32	2,22	2	1,55
Заработная плата в гривневом эквиваленте с учетом прожиточного минимума	2442	3129	2651	2618	1807	866	829	747	590

Средняя стоимость одного койко-места в стационарах составила в 1995 г. 12,2 грн.; 1996 г. – 12,6 грн.; 1997 г. – 12,7 грн.; 1998 г. – 13,6 грн.; 1999 г. – 13,9 грн.; 2000 г. – 14,6 грн. Рост стоимости койко-места обусловлен ростом цен на услуги, а обеспечение питанием и лекарственными препаратами ложится на плечи пациентов. По этим двум показателям стоимость одного дня пребывания в стационаре составила: по лекарственным препаратам – 1995 г. – 0,85 грн.; 1996 г. – 0,81 грн.; 1997 г. – 0,74 грн.; 1998 г. – 0,66 грн.; 1999 г. – 0,54 грн.; 2000 г. – 0,34 грн.; по питанию – соответственно 1,06; 0,64; 0,57; 0,56; 0,46; 0,44 грн. Для сравнения – в 1981 г. эти цифры соответственно были 12 руб. и 3,60 руб. Доля медицинских услуг, оплачиваемых населением, уже сейчас составляет от 56 до 80% стоимости лечения (в развитых странах – 25%). Это неизбежно приводит к легализации платных услуг, к дальнейшему ухудшению здоровья людей. В табл. 3 приведена ве-

личина медицинских услуг, оплачиваемых государством и пациентом, по сравнению с прожиточным минимумом.

Данные свидетельствуют о значительном росте затрат, осуществляемых непосредственно пациентами на лечение при возрастающем сокращении финансирования на здравоохранение со стороны государства. Приведенные к гривневому эквиваленту затраты на лечение и содержание больного в условиях стационара говорят о том, что эти суммы в 1981 г. в эквиваленте к гривне составили 298,3 грн. Для сравнения в 2000 г. аналогичные затраты составили всего 14,6 грн., т.е. уменьшились в 20 раз. Сопоставление затрат и заработной платы позволяет сделать вывод, что большинство семей шахтеров не могут себе позволить лечение в медицинском учреждении, они вынуждены заниматься самолечением, что часто приводит к усугублению заболевания, различным осложнениям.

Таблица 3

Стоимость медицинских услуг на одного жителя Украины

Направления показателей	Затраты по годам						
	1981	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Стоимость одного дня пребывания в стационаре, руб. грн.	64,4	12,2	12,6	12,7	13,6	13,9	14,6
Стоимость одного дня пребывания в стационаре в гривневом эквиваленте, приведенная к прожиточному минимуму, грн.	298,3	66	45,6	21,8	20,9	18,84	14,6
Стоимость питания, руб. грн.	3,6	1,06	0,64	0,57	0,56	0,46	0,44
Стоимость лекарственных препаратов, руб. грн.	12	0,85	0,81	0,74	0,66	0,54	0,34
Затраты пациента на питание и лекарственные средства, грн.	-	29,62	30,56	32,87	48,1	51,3	82,87
Коэффициент соотношения затрат государства на медицинское обслуживание и прожиточного минимума	1,288	0,163	0,168	0,074	0,062	0,051	0,05
Коэффициент соотношения затрат пациента на лечение и прожиточного минимума	-	0,39	0,41	0,18	0,15	0,19	0,31
Затраты пациента на лечение относительно средней заработной платы, %	-	8,2	8,3	8,4	9,8	9,9	14,1

Для анализа общей картины финансирования социальных мероприятий в расчете на одного работающего объединим данные в табл. 4.

Приведенные в этой таблице данные свидетельствуют о том, что по сравнению с 1981 г. социальные выплаты (включая выплаты на улучшение условий труда, средства индивидуальной защиты в условиях производства, технику безопасности, различного вида оздоровление), затраты на лечение и заработная плата в 2001 г. уменьшились почти в 20 раз.

Если в восьмидесятые годы эти затраты составляли восемнадцать прожиточных минимумов и были в 120 раз выше официальной минимальной заработной платы, то в 2001 г. она оказалась только в два раза выше минимальной заработной платы и на 40% ниже про-

житочного минимума. Такое финансовое обеспечение не позволяет восстанавливать и поддерживать работоспособность шахтера, а необходимость обеспечивать семью заставляет его спускаться под землю, независимо от самочувствия, что приводит к повышению невнимательности, влекущей за собой рост травматизма.

Существующие рыночные отношения привели к нарушению сложившихся коммерческих связей из-за неплатежеспособности предприятий. Задолженность большинства шахт по расчетам исчисляется миллионами гривен, что, как правило, сопровождается перебоями в поставках, расторжением договоров, а это приводит к потерям времени из-за необеспеченности материалами. Так, по данным статистики, простой на шахтах по этой причине составляют более 20% от общего их количества.

Таблица 4

**Динамика общих сумм социального финансирования одного работающего
на угольном предприятии**

Виды финансирования	Годы					
	1981	1996	1997	1998	1999	2001
Все виды финансирования социальных мероприятий, руб. грн.	772,5	310,2	277,45	127,9	92,3	72,5
Медицинское обслуживание, руб. грн.	64,4	12,2	12,6	12,7	13,6	14,6
Заработная плата шахтера в расчете на одного члена семьи, руб. грн.	82	122	90,7	122,5	135	147,5
Итого социальное финансирование, руб. грн.	918,9	444,4	380,75	273,1	240,6	234,6
Коэффициент приведения общего социального финансирования к прожиточному минимуму	18,4	6,35	5,43	1,24	0,89	0,61
Итого общее социальное финансирование в гривневом эквиваленте, грн.	7076	2442	2088	477	342,3	234,6

Ухудшающиеся социальные условия труда шахтеров, перечисленные выше, приводят к резкому возрастанию невыходов из-за травматизма, профессиональной и общей заболеваемости, прогулов и др. Усредненные данные по

ним в процентном отношении к общей численности выходов на шахтах Государственной холдинговой компании "Донуголь" по разным причинам приведено в табл. 5.

Таблица 5

**Причины невыходов и их количество
(усредненные данные по предприятиям угольной отрасли)**

Причины невыходов	Количество невыходов по годам					
	1981	1996	1997	1998	1999	2000
Травматизм, тыс. чел. вых.	12,1	30,7	34,6	39,7	41,7	46,3
Профессиональные заболевания, тыс. чел. вых.	17,4	57,2	58,2	60,01	63,4	70,7
Простудные заболевания	10,2	22,1	32,8	34,4	36,4	38,1
Сердечно-сосудистые заболевания, тыс. чел. вых.	4,5	8,4	8,9	8,4	8,7	10,9
Прочие заболевания, тыс. чел. вых.	3,2	7,1	8,4	9,8	12,7	16,9
Прочие невыхода, тыс. чел. вых.	5,74	48,7	38,4	42,7	44,4	48,2
Прогулы, тыс. чел. вых.	0,8	5,12	5,59	5,99	7,22	8,84
Неявки по разрешению администрации, тыс. чел. вых.	2,4	20,25	20,6	22,2	23,8	25,44
Всего невыходов, тыс. чел. вых.	85,14	199,57	207,49	223,2	238,32	265,38
В процентном отношении к общему количеству выходов, %	6,8	16,11	16,75	18,02	19,24	21,43

Из таблицы видно, что с 1981 г. количество различных целодневных невыходов возросло более чем в три раза, и составило 21,43% от общего количества выходов.

Анализируя их причины, приходим к выводу, что большая часть обусловлена различного рода заболеваниями, в том числе профессиональными и травматизмом. Большинство несчастных случаев происходят на шахтах вследствие нарушения правил техники безопасности, недостаточности мероприятий по предотвращению аварийных ситуаций на добычных участках. Дефицит финансирования угольной отрасли в целом и в том числе мероприятий по технике безопасности, явился одной из причин роста травматизма. Отмечен рост всех видов заболеваемости в 2-5 раз.

Сопоставляя данные табл. 5 по травматизму и профессиональной заболеваемости с затратами на мероприятия по технике безопасности и охране труда, определим зависимость между ними.

Корреляционные модели, построенные по статистическим данным, имеют следующий вид:

$$Y_1 = -0,004X_1 - 0,00003X_2 + 47,24,$$

где Y_1 – травматизм, тыс. чел. вых.;

X_1 – финансирование улучшения условий труда, тыс. грн.;

X_2 – финансирование средств индивидуальной защиты и техники безопасности, тыс. грн.

При этом коэффициент корреляции равен 0,98, что свидетельствует о высокой степени точности полученной модели. Коэффициенты при X_1 и X_2 отрицательные. Это говорит о том, что увеличение финансирования условий труда, приобретения средств индивидуальной защиты и техники безопасности на 1% приведет к снижению невыходов из-за травматизма на 0,43%.

$$Y_2 = -0,016X_1 - 0,008X_2 + 74,$$

где Y_2 – невыхода из-за профессиональной заболеваемости, тыс. чел. вых.

Коэффициент корреляции для полученной модели равен 0,96. Коэффициенты при X_1 и X_2 говорят о том, что увеличение финансирования на 1% приведет к снижению невыходов из-за профессиональной заболеваемости на 2,4%. Как видим, состояние профессиональной заболеваемости в большей мере связано с финансированием мероприятий по предотвращению вредного влияния условий производства на состояние здоровья человека. И, тем не менее, обе модели свидетельствуют о наличии устойчивых связей между количеством невыходов по всем видам профессиональной заболеваемости и травматизма с объёмами финансирования.

Нами получена зависимость роста заболеваемости от снижения затрат, связанных с её предупреждением и профилактикой. Для этого в приведенные выше модели введены новые составляющие – затраты на санаторно-курортное лечение X_3 и затраты на содержание здравпунктов, профилакториев и специализированных врачебных кабинетов X_4 .

$$Y_3 = -0,133X_1 - 0,018X_2 - 0,12X_3 - 0,05X_4 + 145,83,$$

где Y_3 – невыхода из-за всех видов заболеваемости, тыс. чел. вых.

Коэффициент корреляции – 0,999.

Все коэффициенты при переменных в этой модели отрицательные, это говорит о том, что с увеличением переменных функция будет уменьшаться. При этом скорость уменьшения и, следовательно, наибольшее влияние на функцию будет иметь увеличение финансирования мероприятий, улучшающих условия труда, затем затраты на оздоровление. Анализируя полученные модели, можно сделать следующие выводы, что увеличение любого вида финансирования приведет к снижению травматизма и заболеваемости.

Тенденция изменения общего количества невыходов в зависимости от объёмов финансирования показана на рис. 1.

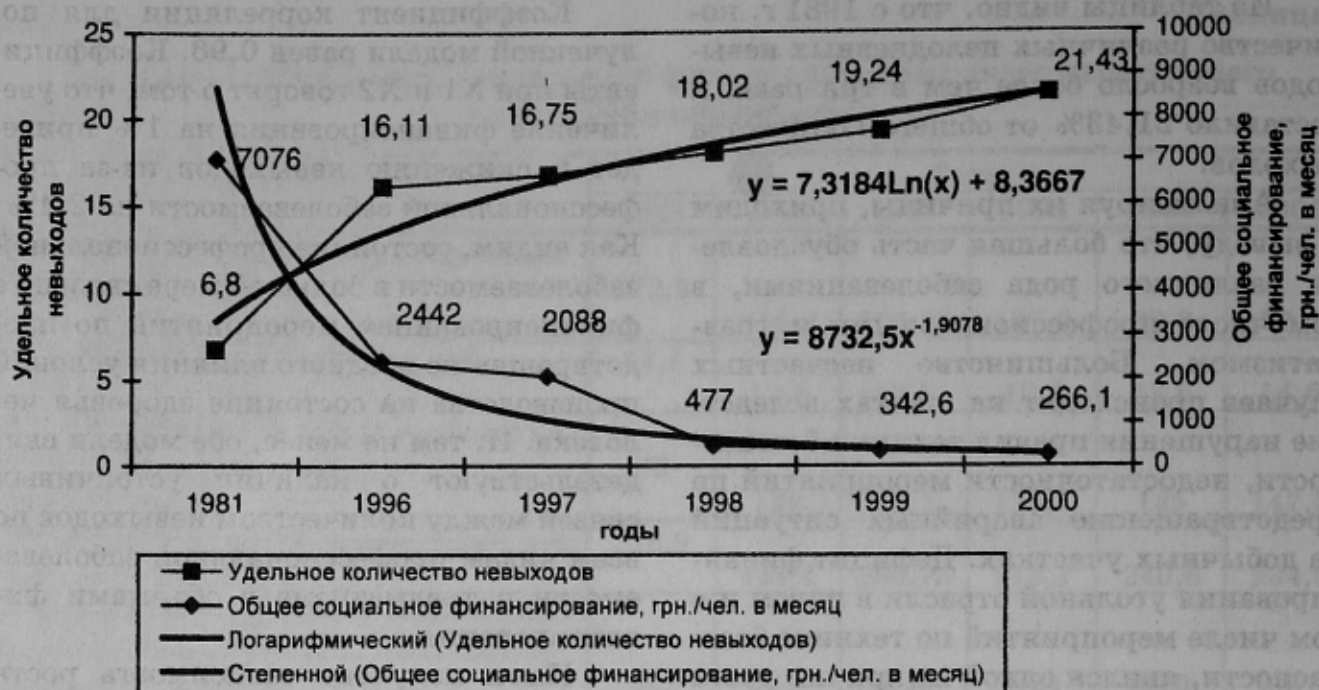


Рис. 1. Динамика невыходов и финансирования

Как видно из этого рисунка, общее количество невыходов обратно пропорционально объемам социальных затрат, включая заработную плату шахтеров. Следовательно, полученные модели подтверждают сделанные выводы.

Неудовлетворенность результатами труда, ухудшение его условий влечет за собой рост текучести кадров. В прошлые годы основной причиной текучести кадров был уход на пенсию. Сейчас текучесть кадров связана с переменой места жительства, неудовлетворительными условиями работы или её сменой, с низким уровнем заработной платы и др.

Статистика по текучести кадров, отражаемая в статистической отчетности предприятий, не дает полной картины причин увольнения работников, так как содержит стандартные формулировки, и более 25% таких причин числятся как прочие.

В табл. 6 приведена динамика изменения текучести кадров по предприятиям отрасли.

Из таблицы видно, что текучесть кадров в угольной отрасли стабильна. Особенностораживают увольнения “по собственному желанию”. Интересно, что на достаточно благополучных шахтах текучесть кадров еще выше. Так на шахте им. Ф.И. Засядько текучесть кадров в 1996 г. имела следующую картину: прибыло 927 чел, убыло – 1082 человека.

Невозможность обеспечить достойный уровень жизни для себя и членов своей семьи заставляет зачастую высококвалифицированных рабочих пытаться приложить свои силы в других областях деятельности.

Изучая статистику увольнений “по собственному желанию” (табл. 7) видим, что это чаще всего переезд в сельскую местность – 42%, неудовлетворенность заработной платой – 30% и 27% – необеспеченность жильем, жилищно-коммунальным обслуживанием. Переезд в сельскую местность объясняется, прежде всего, желанием выжить, прокормить себя и свою семью.

Таблица 6

Динамика текучести кадров на предприятиях отрасли

Причины текучести кадров	Годы				
	1995	1996	1997	1998	1999
Убыло всего	379	397	368	424	514
В том числе:					
по собственному желанию	232	244	195	235	298
по инвалидности	2	4	8	14	15
в ряды Армии	12	21	8	5	4
за прогулы	5	8	6	26	30
за нарушение ТБ	1	0	0	0	0
в связи со смертью	18	13	8	10	16
по переводу	0	2	0	0	2
на пенсию	24	26	28	24	23
в связи с арестом	2	4	3	2	4
другие причины	83	75	112	108	122

Таблица 7

Статистика по основным причинам увольнения по собственному желанию (в % к общей численности расчетов по собственному желанию)

Мотивация увольнений по собственному желанию, % к общему числу уволенных по собственному желанию	Годы					
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Необеспеченность жильем	7,8	29,6	24,1	19	24,7	27,2
Неудовлетворенность заработной платой	90,4	70,4	40,4	34	32,1	30,8
Желание перейти в сельское хозяйство	1,8	0	35,5	47	43,2	42

Наряду с текучестью кадров, отрасль несет значительные потери из-за прогулов. По данным статистики количество рабочих, совершивших прогулы в 1980 г., составляло 219 человек на 1000 рабочих, в 1986 г. – 156. В этот период принимаются постановления об укреплении дисциплины, ужесточается ответственность за прогулы, применяются действенные экономические санкции к нарушителям трудовой дисциплины, что дало свои результаты. Но, начиная с 1989 г., число прогулов на шахтах опять постоянно растет. По данным холдинговой компании «Донецкуголь» число прогулов в 2000 г. увеличилось по сравнению с 1986 г. более чем в 3 раза и составило 659 человек на 1000 работаю-

щих. В 1980 г. на каждую 1000 работающих приходилось 314 прогуло-дней, а в 2000 г. это количество составило 1091 прогуло-день. Таким образом, каждый работник в отрасли совершил хотя бы один прогул.

Невозможность ритмичной работы из-за несвоевременной поставки вспомогательных материалов вынуждает администрацию отправлять рабочих в бесплатные отпуска, приостанавливая работу отдельных добычных и проходческих участков. Именно эти отпуска и присоединенные к ним вынужденные простои из-за забастовочного движения составляют большую часть целодневных невыходов по разрешению администрации. При расчете оптимальной числен-

ности трудящихся используют нормативный коэффициент, который учитывает целодневные невыхода. Он равен 4% или 0,04. Действительно в 80 годы количество целодневных невыходов на предприятиях было в этих пределах. Однако в настоящий момент картина значительно изменилась. На отдельных шахтах количество невыходов колеблется от 20 до 60%. А это значит, что большая часть шахтеров постоянно не работает из-за пребывания на больничном листе, прогулов, вынужденных отпусков и др.

Сверхнормативное количество невыходов приводит к непродуктивному содержанию завышенной численности персонала в условиях шахты. Увеличение количества невыходов по сравнению с восьмидесятыми годами более чем в три раза привело к значительному снижению производительности труда на угледобывающих предприятиях.

Возобновление финансирования на должном уровне, создание на производстве нормальных условий труда, обоснованное повышение заработной платы, повышение социальной защищенности позволит решить многие социальные проблемы отрасли, такие как:

- Сокращение и ликвидация производственного травматизма.
- Сокращение профессиональных, производственно обусловленных и общих заболеваний.

М.В. КОРОБКО, ДонНТУ

РОЛЬ СИСТЕМЫ ЛЕВЕРИДЖЕЙ В РИСК-МЕНЕДЖМЕНТЕ ПРЕДПРИЯТИЯ

В условиях нестабильной экономической, политической ситуации в государстве, а также в условиях хронических неплатежей во взаимоотношениях между партнерами по бизнесу, обеспече-

• Повышение производительности труда.

• Увеличение активного трудового возраста и продолжительности жизни шахтеров.

• Снижение утомляемости труда.

• Повышение престижа профессий и снижение текучести кадров.

• Повышение культуры труда и производства.

• Повышение удовлетворенности трудом.

• Удовлетворение культурных и социальных потребностей шахтеров и т.д.

В свою очередь социальные результаты улучшения условий труда приведут к росту его производительности.

Список литературы

1. Гавриленко В.А. Теория и методика экономического анализа производственно-хозяйственной деятельности промышленных предприятий. - Донецк: ИЭП НАН Украины, 1998. - 134 с.

2. Управление условиями труда: проблемы перестройки / Амоша А.И., Рубин В.С. и др.; АН УССР. Ин-т экономики промышленности. - Киев: Наукова думка, 1990. - 216 с.

3. Кундиев Ю.И., Краснюк Е.П., Гвозденко Л.А., Ершова М.А. Состояние профессиональной заболеваемости в Украине на современном этапе / Лікарська справа. - 1999. - №5. - С.146-149.

ние экономической безопасности предприятия должно быть одной из наиболее важных задач, стоящим перед его руководством.