

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА и
ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ при ПРЕЗИДЕНТЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
АЛТАЙСКИЙ ФИЛИАЛ

**АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ.
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКАЯ СРЕДА
АЛТАЙСКОГО КРАЯ**

**Материалы IV регионального круглого стола
(15 февраля 2024 г.)**

Барнаул, 2024

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА и
ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ при ПРЕЗИДЕНТЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

АЛТАЙСКИЙ ФИЛИАЛ

**АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ.
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКАЯ СРЕДА
АЛТАЙСКОГО КРАЯ**

**Материалы IV регионального круглого стола
(15 февраля 2024 г.)**

Барнаул 2024

УДК 330.3
ББК 65.05
А 43

Рецензенты:

Чубур О.В., Котванова С.Г.

Редакционная коллегия:

Лукина Е.В. – главный редактор,
Мозговой Н.И., Князева О.М., Рожкова Д.В., Воробьев С.П.

А 43 Актуальные аспекты развития территорий. Предпринимательская среда Алтайского края: материалы IV регионального круглого стола. – Барнаул: Изд-во АлтГТУ, 2024. – 44 с. – URL : https://journal.altstu.ru/konf_2020/2020_1/67/. – Тест: электронный.

IV региональный круглый стол «Актуальные аспекты развития территорий. Предпринимательская среда Алтайского края» был проведен в Алтайском филиале РАНХиГС 15 февраля 2024 г. По итогам проведения научного мероприятия сформирован сборник научных трудов. Для широкого круга читателей.

УДК 330.3
ББК 65.05

Материалы круглого стола

Минимальные системные требования
Yandex (20.12.1) или Google Chrome (87.0.4280.141) и т.п.
скорость подключения - не менее 5 Мб/с, Adobe Reader и т.п.

Дата подписания к использованию 15.03.2024. Объем издания – 2 Мб.
Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Алтайский государственный технический университет им. И. И. Ползунова,
656038, г. Барнаул, пр-т Ленина, 46, <https://www.altstu.ru>.

© Коллектив авторов, 2024
© Алтайский филиал РАНХиГС, 2024
© Алтайский государственный технический университет им. И.И. Ползунова, 2024

[Вперед \(содержание\)](#)

Оценка формирования бюджета внебюджетного фонда

Валикова К.В.

Алтайский филиал РАНХиГС

г. Барнаул

Социальные внебюджетные фонды – вторая по значимости форма образования и использования денежных средств, предназначенных для обеспечения функций государства в области социальной защиты и социального обеспечения населения страны. От того, насколько полно государство выполняет свои социальные обязательства, зависит экономическая и политическая стабильность общества.

Социальный фонд России (СФР) – государственный внебюджетный фонд, который создан 14 июля 2022 г. Федеральным законом № 236-ФЗ путем реорганизации Пенсионного фонда и присоединения к нему Фонда социального страхования. Фонд осуществляет пенсионное обеспечение, обязательное пенсионное страхование, обязательное социальное страхование на случай безработицы и материнства, а также предоставляет меры социальной поддержки определенным категориям населения [1].

В связи с тем, что Социальный фонд существует фактически только год, поэтому проанализировать его бюджет в динамике не представляется возможным, анализ будем проводить на примере его предшественников Пенсионного фонда и Фонда социального страхования. Динамика доходов и расходов бюджета Пенсионного фонда России представлена на рисунке 1.



Рисунок 1 – Динамика доходов и расходов бюджета ПФР, трлн. руб.

Доходы Пенсионного фонда России в 2022 г. составили почти 10 трлн руб. За исследуемый период 2018-2022 гг. профицит наблюдался в 2020-2021 гг. В 2021 г. он составил около 576 млрд руб., его переход на 2022 г. позволил снизить объем трансферта из федерального бюджета. Поступления взносов на обязательное пенсионное страхование, которые являются основным источником доходов фонда, вернулись к доковидным темпам роста и составили около 6 трлн. руб.

Доходы бюджета Фонда социального страхования в 2021 г. составили 1428,46 млрд руб. (175,1 % объема, предусмотренного Федеральным законом № 390ФЗ). За 2022 год доходы бюджета ФСС составили 1029,58 млрд. руб. (104,2 % прогнозируемого показателя). Уменьшением поступлений межбюджетных трансфертов, послужило снижением доходов по сравнению с 2021 г. почти на 400 млрд. руб. [2]. Рост поступлений в 2019-2022 гг. наблюдается по страхованию от несчастных случаев и профзаболеваний поступления увеличились более чем на 20 млрд руб., по страхованию на случай временной нетрудоспособности и материнства колебалось из года в год, так в 2020 г. произошло увеличение более чем на 30 млрд руб., в 2021 г. снижение на 37 млрд руб., и в 2022 г. небольшое увеличение на 3,5 млрд руб.

С 1 января 2023 г. начал функционировать Социальный фонд России, бюджет которого составил по доходам 13,71 трлн руб., по расходам 13,54 трлн руб. Хотя планируемые

показатели и предусматривают профицит бюджета, однако в первом полугодии 2023 г. бюджет был исполнен с дефицитом более чем 0,5 млрд руб., что говорит о том, что проблемы в рамках исполнения бюджета существуют у вновь созданного фонда [3].

При анализе ситуации нами были выделены следующие проблемы, которые так или иначе влияют на устойчивость формирования бюджета: развитие новых дорогостоящих проектов для улучшения жизни граждан; высокие расходы на социальное обеспечение и пенсионное страхования населения страны.

С целью повышения эффективности использования средств внебюджетного фонда, необходимо усиление контроля и прозрачности расходования средств. Предпринять меры по более строгому контролю за использованием средств, внедрению автоматических систем мониторинга и анализа расходов, а также усилению роли независимых аудиторов. Счетная палата осуществляет контроль за исполнением бюджетов государственного внебюджетного фонда Российской Федерации.

На нынешнем этапе развития российской бюджетно-финансовой системы принципиально важным является совершенствование информационных и технологических основ, обеспечивающих прозрачность (открытость) бюджета, а также повышение эффективности действующих, и разработка новых способов контроля за целевым использованием бюджетных средств в соответствии с требованиями законодательства [4].

Внебюджетный фонд также будет активно использоваться для привлечения инвестиций. Будет осуществляться финансирование инфраструктурных проектов, поддержка предпринимательства, инновационных и научных исследований, развитие малого и среднего бизнеса. Одна государственная и пятнадцать частных управляющих компаний допущены к управлению пенсионными накоплениями, с которыми СФР заключил договоры доверительного управления. Если граждане не подавали никаких заявлений в СФР об управлении пенсионными накоплениями, их накопления по умолчанию находятся во Внешэкономбанке (ВЭБ) – который с 2003 г. является государственной управляющей компанией (ГУК) и осуществляет доверительное управление средствами пенсионных накоплений. Внешэкономбанк располагает двумя портфелями: расширенным и госбумагами. Различие между портфелями заключается в том, какие активы могут быть приобретены. Расширенный портфель пенсионных средств включает в себя средства, размещенные на депозитах в рублевых и иностранных валютах, а также ценные бумаги международных финансовых организаций. Доходы от инвестиционной деятельности ГУК ВЭБ за 2021 г. составили 20,84%, за 2022 год 16,53%.

Библиографический список

1. О Фонде // Социальный фонд России: [сайт]. – URL: <https://sfr.gov.ru/about/about/>
2. О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов: Федеральный закон от 08.12.2020 №390// Доступ из справ.-прав. системы Консультант Плюс.
3. О бюджете Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов: Федеральный закон от 05.12.2022 №467-ФЗ // Доступ из справ.-прав. системы Консультант Плюс.
4. Валецкая Т.И. Сравнительная характеристика межбюджетных трансферов муниципальных образований / Т.И. Валецкая, Ю.Е. Маковка // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2022. – №2. – С. 60-63.

Научный руководитель – Валецкая Т.И., к.э.н.

Оценка эффективности использования капитала группы компаний взаимосвязанных лиц в сельском хозяйстве

Замятина А.В.

*Алтайский филиал РАНХиГС
г. Барнаул*

Основным и традиционным видом экономической деятельности в Республике Алтай является сельское хозяйство (доля отрасли в структуре валового регионального продукта – 11,1 %, 2020 г.), в котором доминирует отгонное животноводство. Республика Алтай входит в число лидеров по показателю производства продукции животноводства в расчете на душу населения по Сибирскому федеральному округу. Развивается особая отрасль животноводства – пантовое оленеводство, регион является производителем важнейшей экспортной продукции – пантов маралов и оленей [1, 2].

ООО «Мараловодческая организация» занимается разведением маралов и пятнистых оленей с целью добычи панта марала и пятнистых оленей. Основным продуктом, производимым хозяйством, является консервированный (сушеный) пант марала и пятнистого оленя, также хозяйство выращивает мясо марала для реализации. В 2021 г. хозяйство вошло в состав ООО «Перерабатывающая организация», которому осуществляет поставки мяса и консервированного панта марала в целях дальнейшей переработки. Объем панта, передаваемого на глубокую переработку, составляет 15% от общего выращенного объема хозяйством панта, оставшаяся часть панта реализуется хозяйством на экспорт, преимущественно в Корею и Китай.

Объединяющим звеном группы взаимосвязанных компаний является ООО «Мараловодческая организация», поскольку из анализа параграфа 2.2 видно, что именно ООО «Мараловодческая организация» является производителем сырья, которому требуется переработка. Рассмотрим краткую характеристику каждой компании, входящей в группу взаимосвязанных лиц, представленную в таблице 1.

Таблица 1 – Дата регистрации и виды деятельности организаций под общим управлением ООО «Мараловодческая организация»

ООО «Перерабатывающая организация»	ООО «Транспортная организация»	ООО «Мараловодческая организация»
Вид деятельности: производство, переработка, заготовка и сбыт продукции животноводства и продукции растениеводства; разведение КРС, оленей, маралов; производство пантов оленей, маралов; выращивание зерновых культур	Вид деятельности: деятельность автомобильного грузового транспорта, которая включает все виды перевозок грузов автомобильным транспортом по автомобильным дорогам	Вид деятельности: разведение оленей, которая включает выращивание и разведение оленей и производство сырых и консервированных пантов на фермах

Каждая из компаний является самостоятельным субъектом предпринимательской деятельности, отвечает всем требованиям закона – являются самостоятельными юридическими лицами, имеют самостоятельный баланс, могут от своего имени приобретать имущественные и личные неимущественные права и нести обязанности, открывать расчетные, валютные и другие счета в учреждениях банков, иметь печать и штампы со своим наименованием, иные печати и реквизиты, необходимые для осуществления хозяйственной деятельности. Однако, просматривается следующая схема взаимодействия группы компаний взаимосвязанных лиц, представленная на рисунке 1.



Рисунок 1 – Схема взаимодействия группы взаимосвязанных лиц под общим руководством ООО «Мараловодческая организация»

На рисунке 1 изображено взаимодействие компаний в группе взаимосвязанных лиц. Одна компания (ООО «Мараловодческая организация») занимается производством сырых и консервированных пантов марала и пятнистого оленя, что прямо соответствует деятельности. Вторая компания (ООО «Перерабатывающая организация») является звеном, отвечающим за переработку произведенного панта марала и сбыт произведенной продукции. Третья компания (ООО «Транспортная организация»), отвечает за транспортировку как сырья, так и готовой продукции.

Применительно к оценке эффективности использования капитала в группе взаимосвязанных лиц рассмотрим консолидированную управленческую отчетность группы взаимосвязанных компаний с применением элиминирования на внутригрупповые обороты (табл. 2).

Таблица 2 – Доходы взаимосвязанных компаний по внутригрупповым операциям, руб. (фрагмент)

Наименование показателя (наименование организации)	Контрагенты					
	ООО «Мараловодческая организация»			ООО «Перерабатывающая организация»		
	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Передача сырья на переработку до готовой продукции, передача прав по использованию ТУ на изготовление пантовой продукции (ООО «Мараловодческая организация»)	x	x	x	x	584,92	818,8
Услуги по транспортировке (ООО «Транспортная организация»)	1732	1732	1986	x	160,7	214,7
Переда прав использования земельных участков для ведения хозяйства под выпасы сельскохозяйственных животных, передача заготовленного сена (ООО «Перерабатывающая организация»)	x	420	534	x	x	x

Показатели выручки и себестоимости при консолидации уменьшаются на сумму внутригрупповых оборотов, обязательства – на величину задолженности, вложения – на сумму инвестиций. В результате полученные сведения, по мнению многих ученых, отражают более

полную картину финансовых результатов и финансового состояния компаний, исключая двойной счет [3, 4, 5].

Консолидация финансовой отчетности осуществлялась нами с учетом корректировки:

1) дебиторской и кредиторской задолженности по внутригрупповым операциям;

3) доходам и расходам по внутригрупповым операциям.

Таблица 3 – Управленческий баланс и финансовые результаты группы взаимосвязанных организаций (фрагмент), тыс. руб.

Показатели	Арифметический итог			С учетом элиминирования внутригрупповых оборотов		
	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Денежные средства и денежные эквиваленты	2 991	9 358	1 788	2 991	9 358	1 788
Запасы	5 890	13 404	26 128	5 890	13 404	26 128
Дебиторская задолженность	6 639	24 909	14 941	3 320	7 473	2 988
Собственный капитал	19 408	23 943	10 346	19408	23 943	10 346
Совокупный капитал	34 383	95 160	125388	31064	77 724	113435
Выручка	13 016	27 147	85 672	11284	24 249	82 119
Себестоимость продаж	11 418	29 127	94 678	9 686	26 229	91 125
Уровень рентабельности собственного капитала, %	-4,3	18,3	-132,5	-4,3	18,3	-132,5
Уровень рентабельности капитала, %	-2,4	4,6	-10,9	-2,7	5,7	-12,4
Оборачиваемость дебиторской задолженности, количество оборотов	2,0	1,1	5,7	3,4	3,2	27,5

На основе сформированной консолидированной управленческой отчетности видно, что показатели рентабельности капитала существенно изменились: абсолютное отклонение в 2020 г. составляло 0,3 п.п., в 2021 г. – 1,1 п.п., в 2022 г. – 1,5 п.п. Увеличение отклонение связано прежде всего с увеличением внутрихолдинговых оборотов. Часть финансовых показателей также меняется, например, наиболее существенные отклонения наблюдались по оборачиваемости дебиторской задолженности. А вот рентабельность собственного капитала при консолидации остается неизменной, поскольку показатели прибыли в отчете о финансовых результатах, а также величина собственного капитала в бухгалтерском балансе остаются неизменными.

Библиографический список

1. Савченко А.С. Тенденции развития зернового экспорта России / А.С. Савченко, Н.О. Рехтина // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2022. – № 2(21). – С. 79-84.
2. Рожкова Д.В. Экспортный потенциал региона в условиях санкционных ограничений (на материалах Алтайского края) / Д.В. Рожкова, И.В. Куликова // Экономические отношения. – 2023. – Т. 13, № 1. – С. 203-216.
3. Воробьев С.П. Оценка налоговых эффектов для организации холдингового типа в условиях трансфертного ценообразования / С.П. Воробьев, Д.А. Волков, А.А. Захарова // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2019. – № 16. – С. 253-256.
4. Воробьева В.В. Финансовое состояние сельскохозяйственных предприятий региона в условиях трансформации локальных и мировых рынков / В.В. Воробьева // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2022. – № 2(21). – С. 67-70.
5. Савченко А.С. Оценка рентабельности и налоговой нагрузки сельскохозяйственных предприятий в составе агрохолдингов / А.С. Савченко // Экономика. Профессия. Бизнес. – 2022. – № 1. – С. 73-80.

Научный руководитель – Воробьева В.В., к.э.н., доцент

Состояние рынка спортивно-оздоровительных услуг в городе Барнауле и Алтайском крае

Злобина М.Е.

*Алтайский филиал РАНХиГС
г. Барнаул*

Ведение здорового образа жизни в последние десятилетия предопределило развитие сферы оказания спортивно-оздоровительных услуг во многих субъектах Российской Федерации. Плавание стало тем видом спорта, к которому родители стали приобщать своих детей, в этой связи спрос на услуги плавательных бассейнов также движется по восходящему тренду. В России и Алтайском крае каждый год стабильно растет количество плавательных бассейнов. За период 2017-2021 гг. в России увеличилось количество плавательных бассейнов с 5564 единиц до 6442 единиц (рисунок 1) [1].

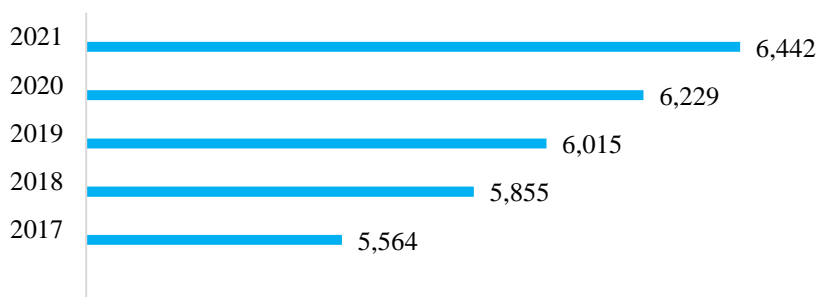


Рисунок 1 – Количество плавательных бассейнов в России в 2017-2021 гг., тыс.ед.

В Алтайском крае за аналогичный период количество плавательных бассейнов увеличилось на 44% и составило 95 единиц (рис. 2). По данным статистической отчетности на 2022 г. в Алтайском крае регулярно занимаются плаванием 41900 человек, из них 2850 детей, которые занимаются в детских спортивных школах, работают 48 штатных тренеров по плаванию [2].

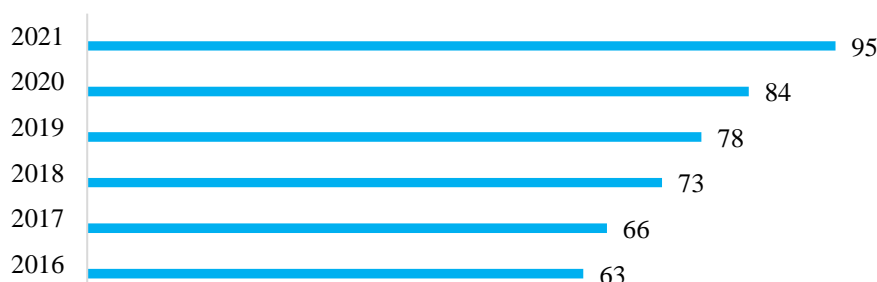


Рисунок 2 – Количество плавательных бассейнов в Алтайском крае, 2016-2021 гг., ед.

Основными спортивными центрами, влияющими на развитие плавания в Алтайском крае, являются спортивные комплексы «Обь» в г. Барнауле, «Заря» в г. Бийске и «Юбилейный» в г. Рубцовске. Кроме этого, деятельность по развитию плавания осуществляют муниципальные спортивные школы. На базе дошкольных образовательных организаций Алтайского края имеется 41 бассейн, из них функционируют 27 бассейнов. Вместе с тем

большинство бассейнов края не реализуют программы плавания с новорожденными детьми, детьми раннего и младшего дошкольного возраста (0-4 лет).

Анализируя рынок г. Барнаула, видим, что в последние годы прирост бассейнов остановился, что связано с закрытием двух существующих бассейнов и открытием двух новых организаций (рис. 3). По состоянию на начало 2023 года в г. Барнауле функционируют 24 бассейна, которые, в том числе, специализируются на плавании с детьми разной возрастной категории. Вместе с тем работа данных организаций, не смотря на возросшую популярность, осложняется отсутствием квалифицированных кадров. Для решения данной проблемы в рамках реализации региональной программы Алтайского края «Плавание для всех» предусмотрено включение в содержание дополнительных профессиональных программ повышения квалификации физкультурно-спортивной направленности тематического раздела, посвященного методике формирования базовых навыков плавания, работе с обучающимися, систематически занимающихся плаванием [3].

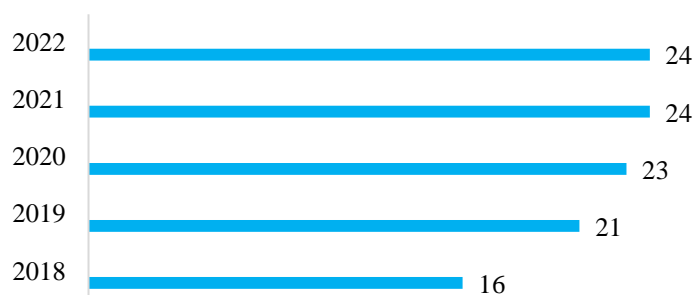


Рисунок 3 – Количество плавательных бассейнов в г. Барнауле, 2018-2022 гг., ед.

Решение кадрового вопроса будет способствовать развитию рынка спортивно-оздоровительных услуг. Однако, есть не менее острая проблема, негативно отражающаяся на состоянии данного рынка – это отсутствие возможности у сельских детей заниматься плаванием в силу отсутствия бассейнов даже в крупных районных центрах. Именно поэтому необходимо развивать не только и не столько строительство бассейнов в рамках модернизации школ и детских садов, что предусмотрено программой «Плавание для всех», но и активизировать грантовую поддержку предпринимателей с целью мотивации их развивать строительство спортивно-оздоровительных центров с бассейнами для занятий разновозрастных детей.

Библиографический список

1. Управление Федеральной службы государственной статистики по Алтайскому краю и Республике Алтай [Электронный ресурс]. – URL: <https://22.rosstat.gov.ru/>.
2. Алтайский край: официальный сайт Правительства [Электронный ресурс]. – URL: https://altairegion22.ru/press-center/news/2023/v-altaiskom-krae-realizuyut-programmu-plavanie-dlya-vseh_1390512.
3. Об утверждении региональной программы Алтайского края «Плавание для всех»: Постановление Правительства Алтайского края от 25.01.2023 №17 // Доступ из справ.-прав. системы Консультант Плюс.

Научный руководитель – Рожкова Д.В., к.э.н.

Методический подход к оценке конкурентоспособности коммерческих организаций

Злобина М.Е., Олчонов В.Ю.

*Алтайский филиал РАНХиГС
г. Барнаул*

В современном мире конкуренция присутствует практически в каждом направлении деятельности. Для получения наибольшей прибыли от своей деятельности организации делают всё возможное, чтобы их компания была лучше конкурентов. Вместе с тем многие руководители коммерческих организаций сталкиваются с проблемой, связанной с оценкой конкурентоспособности своей организации. Сегодня существует большое количество методик оценки конкурентоспособности. В результате анализа существующих методических подходов было выявлено, что все методики можно объединить либо в маркетинговые, либо в финансовые. Для более объективной оценки целесообразно применять системный подход при оценке конкурентоспособности коммерческой организации, включающий оценку как маркетинговых, так и финансовых аспектов деятельности организаций [1, 2].

Для применения авторской методики, предлагаем рассмотреть алгоритм управления конкурентоспособностью малого предприятия сферы услуг (рис. 1).

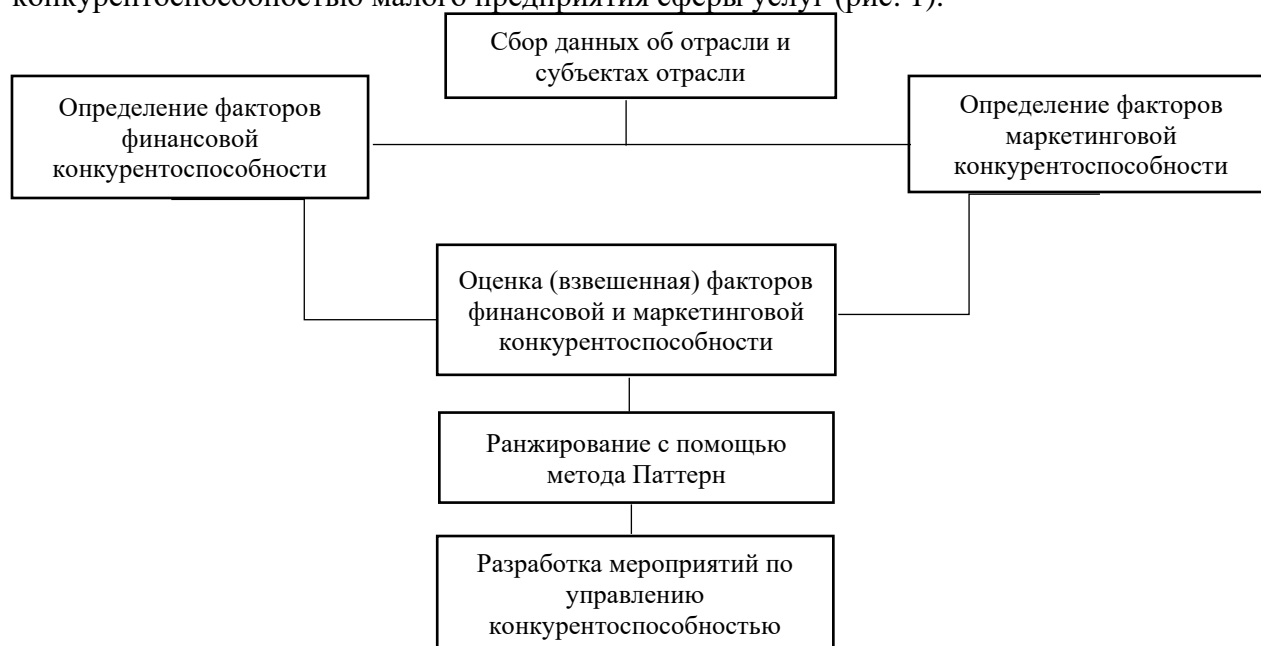


Рисунок 1 – Алгоритм управления конкурентоспособностью малого предприятия

Первым этапом алгоритма управления конкурентоспособностью малого предприятия станет «сбор данных об отрасли и субъектах отрасли», где необходимо определить субъектов (конкурентов), представляющих интерес для оценки. Вторым шагом станет определение факторов финансовой и маркетинговой конкурентоспособности. Для универсализации методики предлагаем рассматривать следующие факторы, определяющие маркетинговую конкурентоспособность компаний – это гибкость ценовой политики, качество обслуживания, дополнительные услуги, возрастная категория, внешний вид организации. Финансовые факторы: выручка, чистая прибыль, годовой прирост прибыли, рентабельность продаж [3].

На следующем этапе необходимо произвести взвешенную оценку факторов финансовой и маркетинговой конкурентоспособности, и проранжировать с помощью метода Паттерн. Последним шагом станет «разработка мероприятий по управлению

конкурентоспособностью». Для того, чтобы систематизировать результаты финансовой и маркетинговой оценки, предлагаем воспользоваться матричным подходом. Нами была разработана матрица принятия решения на основании оценки конкурентоспособности организаций (рис. 2).

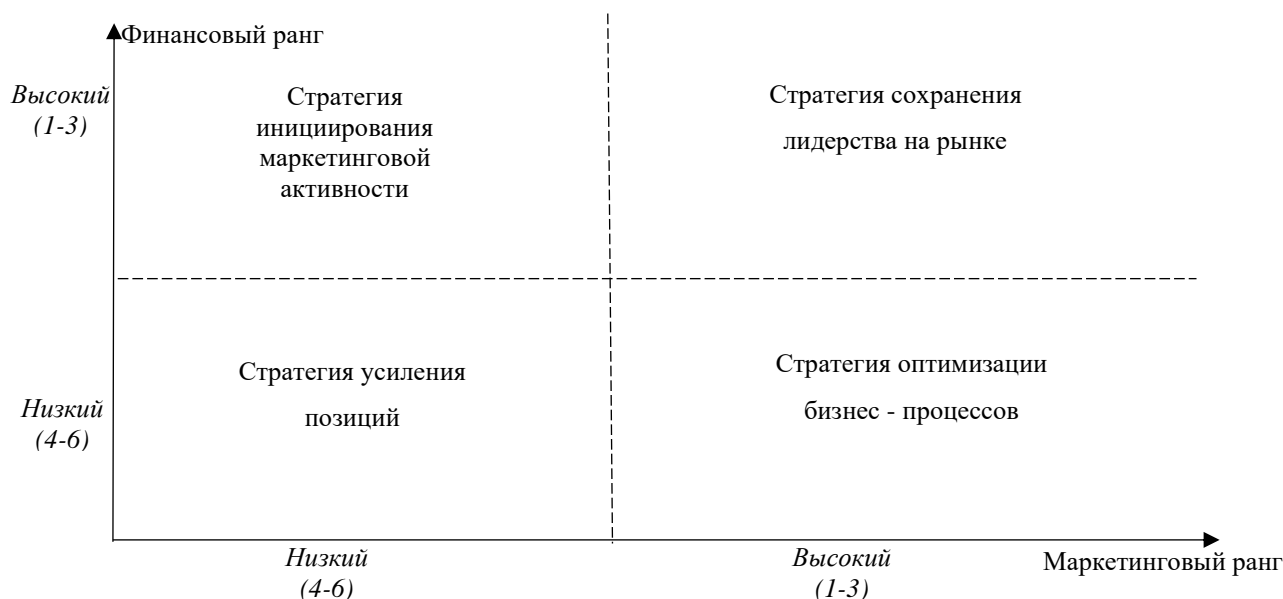


Рисунок 2 – Матрица принятия решения на основании оценки конкурентоспособности

Данная матрица имеет в себе 4 сегмента. Распределения по сегментам проходит в зависимости от ранга по финансовым показателям и по маркетинговым показателям. Высокий уровень занимают те, у кого ранг от 1 до 3, низкий занимают те, у кого ранг от 4 до 6. Применение стратегии инициирования маркетинговых процессов предполагает сочетание высокого значения финансового ранга, но низкого – маркетингового. В случае, если организация окажется в сегменте применения данной стратегии, то для повышения конкурентоспособности организации стоит активизировать маркетинговую работу. Стратегия сохранения лидерства на рынке характеризуется высокими финансовыми и маркетинговыми показателями. При ориентации на данную стратегию стоит предпринять все усилия, чтобы удерживать свои лидерские позиции. Стратегию оптимизации бизнес-процессов стоит выбирать тогда, когда у предприятия высокий маркетинговый ранг, но низкий финансовый. В таком случае необходимо произвести оптимизацию бизнес-процессов в компании или отдельных его элементов [4]. В случае низких и финансовых, и маркетинговых показателей конкурентоспособности стоит говорить о стратегии усиления позиций. Таким образом, рассматривая конкурентоспособность организации с позиции системного подхода, и применяя усовершенствованную методику ее оценки, возможно скорректировать стратегическое направление развития организации.

Библиографический список

1. Матушкина Н.А. Стратегическое управление конкурентоспособностью производства в турбулентной среде / Н.А. Матушкина, Е.Г. Горубунов // Вестник Волгоградского института бизнеса. – 2015. – №2. – С. 42-46.
2. Маркова Л.В. Анализ конкурентоспособности предприятия на основе SWOT-анализа / Л.В. Маркова, Р.В. Тарасов, О.Ф. Агжигитов // Современные научные исследования и инновации. – 2014. – №2. – С. 30.
3. Мошнова В.А. Экономика предприятия. – 5-е изд. – Санкт-Петербург: Питер, 2008. – 108 с.
4. Лукина Е.В. К вопросу оценки конкурентоспособности корпорации / Е.В. Лукина // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2020. – №17. – С. 45-50.

Научный руководитель – Рожкова Д.В., к.э.н.

Проблемы финансирования учреждений здравоохранения в Российской Федерации

Ким Е.А., Полеваева Н. В.

Алтайский филиал РАНХиГС
г. Барнаул

В последние два десятилетия в России наблюдается рост рождаемости, хотя обычно он опережает естественную убыль населения. Это наглядно демонстрирует необходимость выделения достаточного объема финансирования на здравоохранение, поскольку данные тенденции тесно связаны с уровнем обеспеченности населения медицинскими услугами. Вклад российской системы здравоохранения в ВВП оценивается в 3%, что не соответствует показателям других стран. Например, в Японии этот показатель составляет 10%, в Швейцарии – 12%, а в США – 17%. Такое сравнение не совсем корректно, учитывая различия в методах финансирования здравоохранения в разных странах. В некоторых странах, таких как Германия, Швейцария, Австрия, Франция и Бельгия, используется система страхования, в то время как США полагаются исключительно на частные фонды, что приводит к ограниченному доступу к медицинским услугам большинства населения. В Дании, Финляндии, Швеции и Великобритании действует государственная система здравоохранения, а в России используется сочетание бюджетного и страхового финансирования [1].

Состояние инфраструктуры здравоохранения в стране напрямую влияет на качество медицинского обслуживания. Это связано с тем, что при наличии достаточных финансовых ресурсов появляются возможности для повышения квалификации медицинского персонала, закупки современного оборудования и строительства новых медицинских учреждений [2]. Российская система здравоохранения финансируется за счёт средств бюджетов бюджетной системы, средств фондов обязательного медицинского страхования (федеральных и территориальных), государственной программы «Развитие здравоохранения», внебюджетных финансовых ресурсов. Последнее десятилетие ознаменовалось существенным ростом расходов на здравоохранение из федерального бюджета, что требует их учета при обсуждении данной темы. При более детальном рассмотрении оказывается, что увеличение государственных инвестиций в здравоохранение является необходимым и полезным шагом.

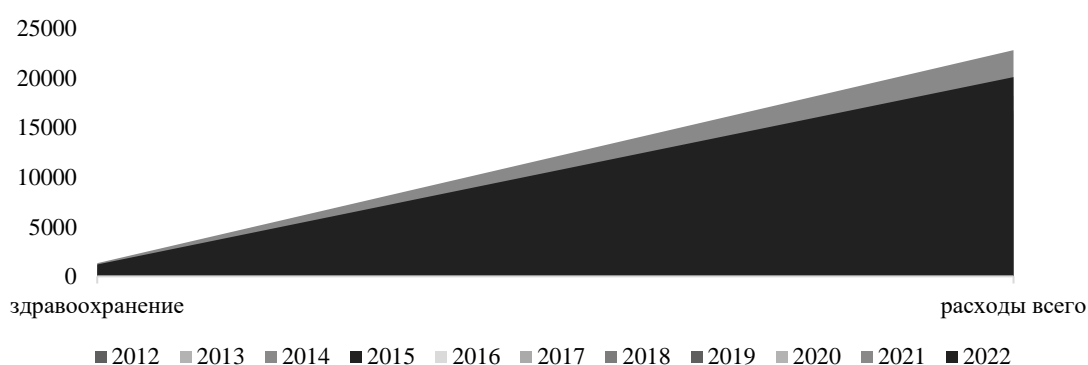


Рисунок 1 – Динамика расходов федерального бюджета, в том числе расходов на здравоохранение, 2012-2022 гг., млрд. руб. [3]

Данные за последнее десятилетие показывают, что расходы на здравоохранение в среднем составляют 3,87% от бюджета страны. Наименьший объем расходов пришелся на 2018 г. – 2,68%, а максимальный на 2021 г. – 5,85%. Такой значительный рост расходов обусловлен глобальным кризисом COVID-19, который вынуждает страны строить

медицинские центры, закупать медицинскую аппаратуру, финансировать научные исследования и обучать медицинских работников для борьбы с этой небывалой бедой.

В 2021 г. наблюдалось увеличение спроса на получение медицинской помощи, что способствовало увеличению расходов на данный вид услуг на 87%. В области здравоохранения в стране большую роль играет государство, так как достаточно большая часть финансирования данной сферы идет от государства. Налоги и страховые взносы за работников организаций представляют часть бюджета, которая направляется на оказание медицинской помощи по полису ОМС. Следует отметить, что в стране действует государственная программа, направленная на развитие в России сферы здравоохранения. Данная программа представляет собой совокупность 9 проектов, бюджет программы составляет более 3 миллиардов рублей. Ключевым направлением данной программы является снижение смертности как среди взрослого населения, так и среди новорожденных детей.

Несмотря на реализацию множества программ и проектов в сфере здравоохранения, эффективность финансового обеспечения снижается во многом за счет неравномерного распределения финансирования, нерационального использования финансовых ресурсов, экономического дефицита, роста инфляции, увеличения стоимости медицинских услуг и ресурсов, недостатка квалифицированных специалистов [4]. Некачественное управление и бюрократические препятствия могут дополнительно усложнять финансирование и оказание качественных медицинских услуг в России. Для решения этих проблем требуется совместное усилие государства, учреждений здравоохранения и других заинтересованных сторон для улучшения системы финансирования и эффективного использования ресурсов.

Библиографический список

1. Пантелеева М.В., Астапенко В.В. Финансирование здравоохранения в Российской Федерации: проблемы и пути решения // Аспирант. – 2021. – № 5. – С. 259-263.
2. Репринцева Е.В. Механизмы финансирования здравоохранения РФ // Иннов: электронный научный журнал. - 2018. - №3.
3. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2023 год и на плановый период 2024-2025 гг.: ФЗ от 05.12.2022 №468-ФЗ // Доступ из справ.-прав. системы Консультант Плюс.
4. Донских И.Н., Валецкая Т.И. Обеспеченность здравоохранения сельских территорий Алтайского края медицинскими работниками // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2016. – №12-13. – С. 246-250.
5. Валецкая Т.И. Оценка эффективности расходования бюджетных средств в системе здравоохранения региона // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2021. – №18. – С. 34-36.

Научный руководитель – Рожкова Д.В., к.э.н.

Направления повышения доходов научно-исследовательских институтов при развитии механизма государственно частного партнерства

Коткин А.В., Фефелов Е.Е.

*Алтайский филиал РАНХиГС
г. Барнаул*

В современном мире научные исследования играют ключевую роль в развитии экономики, технологий и общества в целом. Бюджетные учреждения являются ключевым элементом государственной системы финансирования и предоставления услуг населению. Традиционно они финансируются из государственного бюджета, однако в последнее время все большую популярность приобретает привлечение частного капитала в бюджетные учреждения. Привлечение частного сектора к финансированию научных исследований может

увеличить объем финансирования. Частные компании могут быть заинтересованы в инвестировании в исследования, которые могут принести им прибыль в будущем.

Нами была рассмотрена деятельность ФГБУ «НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России. Одним из дополнительных видов экономической деятельности у организации являются ветеринарная деятельность и производство лекарственных препаратов и материалов, применяемых в медицинских целях и ветеринарии.

Привлечение частного капитала для производства вакцин и лекарственных препаратов для агропромышленного комплекса, и частной ветеринарии может быть перспективным направлением. Это может способствовать увеличению объемов производства, улучшению качества продукции и снижению ее стоимости.

Использование механизмов государственно-частного партнерства. В рамках таких проектов государство и частный сектор сотрудничают для реализации крупных инвестиционных проектов, требующих значительных капиталовложений [1].

Одним из таких вариантов можно рассмотреть партнерство ФГБУ «НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России и ПАО «Группа Черкизово». Вакцинация является важным инструментом профилактики инфекционных заболеваний птицы и снижения экономических потерь для птицеводческих предприятий. Своевременная и квалифицированная вакцинация позволяет обеспечить здоровье поголовья птицы, повысить продуктивность и снизить затраты на проведение противоэпизоотических мероприятий [2, 3].

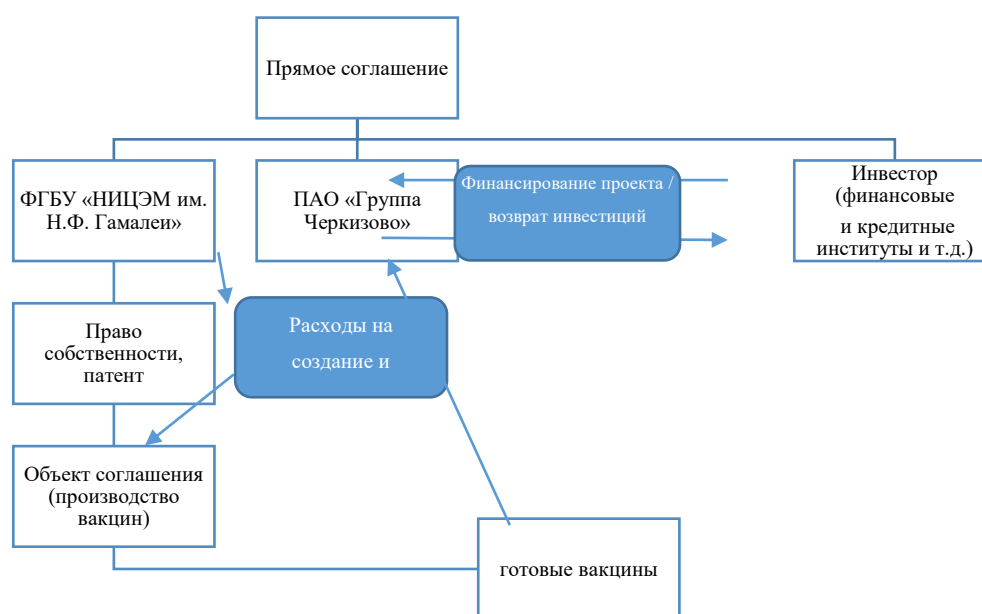


Рисунок 1 – Схема взаимодействия государственно частного партнерства ФГБУ «НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России и ПАО «ГРУППА ЧЕРКИЗОВО»

На птицеводческих предприятиях существует обязательный список вакцинации, который включает в себя профилактику следующих заболеваний: болезнь Марек - вирусное заболевание, поражающее домашнюю птицу, в основном кур (вакцинацию проводят в возрасте 1-5 дней); болезнь Ньюкасла - острое вирусное заболевание, которое может привести к массовой гибели птицы (вакцинация проводится в возрасте 2-3 недель); пастереллез - инфекционное заболевание, вызывающее высокую смертность птицы (вакцинируют птицу в возрасте 3-4 недель); инфекционный бронхит - вирусное заболевание, способное вызвать массовый падеж птицы (вакцинация осуществляется в возрасте 6-8 недель); сальмонеллез - бактериальная инфекция, которая может передаваться от птицы к человеку (вакцинация проводится однократно в возрасте 7-10 дней); кокцидиоз - паразитарное заболевание,

приводящее к снижению яйценоскости и падежу птицы. На основе конкурентного анализа приведен расчет стоимости некоторых вакцин для птиц. Данный анализ приведен в таблице 1. Таблица 1 – Расчет стоимости вакцин для птиц на 40 000 голов*

Профилактические вакцины для борьбы:	Номер извещения о закупке	Коммерческая доза / единица товара	Стоимость за единицу товара	Количество единиц товара	Общая стоимость
Болезнь Марека	32312448459	2000	3732,84	20	74656,8
Болезнь Ньюкасла	32312692316	1000	99	40	3960
Сальмонеллез	32312629736	2000	14070	20	281400
Кокцидиоз	32312481127	5000	56750	6	340500
Итого					625860

* Составлено автором на анализе документаций по закупке 223-ФЗ Официального сайта Единой информационной системы в сфере закупок на 31.11.2023.

Птиц мясного направления за год можно вырастить до 5-6 поколений, то есть затраты на покупку вакцин у птицефабрики на 40 000 голов составит примерно от 3,13 до 3,76 млн. рублей. При этом в расчет не приведены сопутствующие товары такие как растворители к вакцинам, физрастворы и т.д. По данным Росстата на 1.10.2023 количество птиц в Российской Федерации составило 555,83 млн. голов. В случае обеспечения российского рынка по данным вакцинам на 0,1%, доход составит от 43,48 до 52,18 млн руб. в год. Полученная прибыль от дохода предпринимательской деятельности может быть направлена на развитие материальной базы, на стимулирующие выплаты работникам учреждения, оплату коммунальных услуг.

Библиографический список

1. Рожкова Д.В., Нифонтов И.В. Роль государственных инвестиционных стратегий в развитии инвестиционного климата региона (на материалах Алтайского края) // Алтайский вестник государственной и муниципальной службы. – 2020. – № 18. – С. 90-93.
2. Колобова А.И., Сорокина Д.И. Инновации в аграрной экономике - основа роста конкурентоспособности производства // Вестник Алтайского государственного аграрного университета. – 2012. – №7. – С. 97-102.
3. Купянская М.А. Оценка финансового состояния дочерних компаний Группы "Черкизово", занимающихся птицеводством // Экономическое развитие региона: управление, инновации, подготовка кадров. – 2022. – №9. – С. 82-86.

Научный руководитель – Воробьев С.П., к.э.н., доцент

Система мотивации персонала в медицинской организации как совокупность факторов воздействия на трудовое поведение

Пенягина И.Ю.

*Алтайский филиал РАНХиГС
г. Барнаул*

Построение эффективной системы мотивации в медицинской организации является сложной задачей в связи с тем, что деятельность всех сотрудники организации должна привести к высокому уровню качества оказания медицинской помощи гражданам. Следовательно, элементы системы мотивации должны способствовать обеспечению должного уровня качества оказания медицинской помощи за счет эффективного использования потенциала сотрудников. Сосредоточим свое внимание на внешней мотивации через воздействие внешних (стимулов) факторов на трудовое поведение сотрудников.

В своей работе Сергеева М.Н. [3] рассматривает заработную плату как один из важнейших методов материального стимулирования персонала медорганизации, и подчеркивает необходимость установления зависимости уровня оплаты труда от профессионального уровня персонала, совмещения обязанностей. Неэффективная или «несправедливая» система вознаграждения может вызвать у работников неудовлетворенность как размерами, так и способом определения и распределения доходов, что приведет к демотивации, к снижению продуктивности труда, нарушению трудовой дисциплины и т.п. И значимость заработной платы, как метода материального стимулирования персонала, Сергеева М.Н. [3] подтвердила результатами анкетирования персонала больницы. Но и моральное стимулирование тоже играет важную роль в мотивации персонала. По оценкам разных исследователей около 25% опрошенных подчеркивают необходимость и важность морального стимулирования сотрудников [3, 7].

К мнению вышеупомянутого автора присоединяются С.А. Попов, Н.О. Сабанина, С.А. Швец, Н.В. Кузнецова [4], подчеркивая важность комбинирования материального и морального стимулирования медперсонала. К моральному стимулированию относят адаптацию специалистов, обучение и переобучение. Сложность новых технических средств диагностики, использование информационных систем требует обучение работников, в функциональные обязанности которых входит их использование. В исследуемой медицинской организации КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Бийск» внедрена система наставничества. Эта система внедрена и применяется согласно следующим нормативным актам: закону Алтайского края от 30.06.2022 №45-ЗС «О регулировании отдельных отношений в сфере обеспечения кадрами медицинских организаций государственной системы здравоохранения Алтайского края», статья 4; приказу Министерства здравоохранения Алтайского края от 03.08.2022 №418 «Об утверждении Порядка предоставления ежемесячных выплат отдельным категориям медицинских работников». Так, например, согласно положениям вышеуказанного приказа Минздрава Алтайского края, при устройстве впервые на работу на должность фельдшера скорой медицинской помощи в течении трех лет устанавливается доплата из краевого бюджета ежемесячно 6000 руб. Каждый молодой специалист закрепляется за опытным наставником, который в течении 12 месяцев ежемесячно получает по 1000 руб., осуществляя кураторство в соответствии с индивидуальной программой наставничества. Также врачи регулярно повышают квалификацию в рамках системы непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Для определения значимости других форм морального стимулирования было проведено анкетирование работников исследуемой медицинской организации. По результатам анкетирования был сформирован ранжированный ряд (по убыванию значимости) форм морального стимулирования: грамоты и благодарности; санитарно-гигиенические и психофизиологические условия труда; охрана труда и соблюдение техники безопасности; конкурс профессионального мастерства; празднование Дня медицинского работника; сокращение дистанции между руководством и сотрудниками; участие в управлении организацией. Полученные результаты ранжирования форм морального стимулирования подтверждаются выводами Н.С. Брынзы, А.Р. Грозной, М.В. Кинчагуловой [5].

Авторы С.В. Умнов, Е.А. Берснева, В.Г. Кудрина, Т.В. Андреева [6] выделяют четыре метода изменения приверженности персонала: сокращение дистанции между руководством и сотрудниками, посредством создания групповых чатов в социальных сетях, проведения собраний; функциональная гибкость сотрудников через делегирование задач, взаимозаменяемость, график работы; предоставление возможностей карьерного роста; вовлечение персонала в вопросы управления. Данные формы морального стимулирования также вошли в число значимых и отмеченных работниками исследуемой медицинской организации г. Бийска.

Следовательно, важно не только отобрать факторы и спроектировать систему мотивации работников медицинской организации, но «заставить» ее эффективно

функционировать, учитывая силу влияния (степень значимости) отдельные элементы системы мотивации на трудовое поведение. И, что стоит отметить, более сложным, в части выбора является определение форм морального стимулирования.

Библиографический список

1. Александрова О.А., Ярышева А.В., Виноградова К.В., Аксенова Е.И. Способы повышения трудовой мотивации работников медицинских организаций // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2020. - №28. - С.1049-1055.
2. Трипольская Ю.В., Лукина Е.В. Элементный состав системы мотивации персонала // Инновационный вектор развития науки: сборник статей Международной научно-практической конференции. – Уфа: Аэстерна, 2014. – С. 130-132.
3. Сергеева Н.М. Мотивация медицинских кадров как фактор развития учреждений здравоохранения // Иннов: электронный научный журнал. – 2017. – №10.
4. Попов С.А., Сабанина Н.О., Швец С.А., Кузнецова Н.В. Мотивация как фактор повышения эффективности деятельности персонала организации // Научно-практический журнал "Вестник Университета Российской Академии образования". - 2021. - №4. - С.144-157.
5. Брынза Н.С., Грозная А.Р., Кинчагулова М.В. Трудовая мотивация персонала как фактор качества медицинской помощи // Экономические и демографические процессы. – 2018. - №1. - С.15-23.
6. Умнов С.В., Берсенева Е.А., Кудрина В.Г., Андреева Т.В. Современные подходы к формированию высокой приверженности персонала медицинской организации // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2022. - № 1–2. – С. 42-49.
7. Мерзлякова С.В., Кулигина Н.В. Исследование связи мотивации и удовлетворенности трудом медицинского персонала // Вестник Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета. – 2019. – № 4. – С. 265-278.
9. Слуцкая О.П., Лукина Е.В. Эффективность системы здравоохранения России // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации; Алтайский филиал РАНХиГС. – 2023. – № 2(23). – С. 30-31.

Научный руководитель - Лукина Е.В., к.э.н., доцент

Содержание финансирования государственных программ поддержки орошения в Российской Федерации и Алтайском крае

Поляков П.А.

*Алтайский филиал РАНХиГС
г. Барнаул*

В соответствии с действующей нормативно-правовой базой, в качестве целей государственной политики в сфере эффективного вовлечения в оборот земель сельскохозяйственного назначения и развития мелиоративного комплекса Российской Федерации определены: восстановление и повышение плодородия земель сельскохозяйственного назначения, предотвращение сокращения площадей земель сельскохозяйственного назначения, рациональное использование таких земель, защита и сохранение сельскохозяйственных угодий от водной и ветровой эрозии и опустынивания; совершенствование оборота сельскохозяйственных земель; расширение посевов сельскохозяйственных культур за счет неиспользуемых пахотных земель; наращивание экспорта продукции агропромышленного комплекса; обеспечение населения качественной и безопасной пищевой продукцией.

На достижение этих целей из федерального бюджета до 2031 г. предполагается выделить более 128 млрд руб. В конечном итоге выполнение целей программы должно способствовать укреплению продовольственной безопасности страны [1].

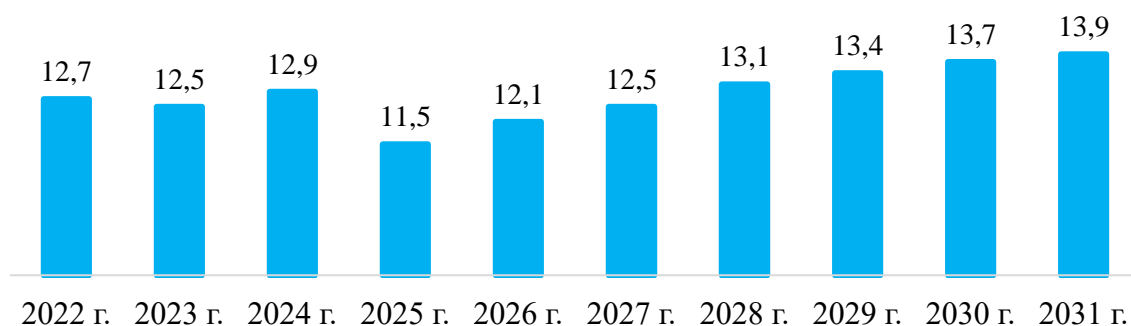


Рисунок 1 – Объем финансирования в 2022-2031 гг. на реализацию мероприятий, реализуемых в рамках Государственной программы эффективного вовлечения в оборот земель сельскохозяйственного назначения и развития мелиоративного комплекса Российской Федерации, млрд руб. [1]

На рисунке 1 видно, что после 2025 г. динамика финансирования стремится вверх. Этот объем средств, выделяемый из федерального бюджета, отображен в постановлении Правительства Российской Федерации от 14.05.2021 № 731, где также указаны мероприятия, на которые это финансирование предусмотрено. Среди таких мероприятий: разработка дождевальной техники нового поколения; разработка конструктивных решений рыбозащитных сооружений на гидротехнических сооружениях мелиоративного назначения; разработка технологических устройств для подготовки маломинерализованных сточных и дренажных вод для орошения и обводнения пастбищ в условиях острого дефицита природных водных ресурсов; разработка конструктивно-технических решений противочисточных и дренажных устройств из новых геосинтетических и композитных материалов для каналов и водоемов гидромелиоративных систем; разработка компоновочно-конструктивных решений рациональных материало- и энергосберегающих самонапорных систем капельного орошения многолетних культур, выращиваемых на склоновых земельных угодьях и т.д.

Стоит отметить, что размер затрат, возмещаемых из бюджета субъекта Российской Федерации получателям средств, составляет 50,0% общего объема затрат на реализацию проектов мелиорации и определяется с учетом предельного размера стоимости работ на 1 гектар площади земель.

В настоящее время в Алтайском крае существует и региональная поддержка сельскохозяйственных товаропроизводителей, занимающихся производством на орошении. В соответствии с Постановлением Правительства Алтайского края от 14.02.2020 № 53 «Об утверждении порядка предоставления из краевого бюджета субсидий на поддержку отдельных мероприятий в области развития животноводства и растениеводства» в рамках мероприятия Госпрограммы «Субсидирование затрат сельскохозяйственных товаропроизводителей на производство кормов на орошаемых участках» предоставляются субсидии в форме возмещения и финансового обеспечения части затрат на производство кормов на орошаемых участках по ставке на 1 гектар посевной площади орошаемых кормовых культур в текущем году [2].

Однако, в процессе реализации показателей программы участники зачастую сталкиваются с рядом проблем, предусмотреть которые, в основном, не представляется возможным [3, 4, 5]. Так, Новиков А.Е. отмечает, что, во-первых, несовершенство законодательства при исполнении государственных программ, бюрократические проволочки, а также ограниченные объемы финансирования замедляют процессы реализации, в первую очередь, при строительстве или реконструкции мелиоративных систем. Во-вторых, нет возможности учесть возникшие внешние факторы, такие как пандемия и экономические санкции. Тогда случилась невозможность поставки импортных комплектующих,

предполагаемых проектом. Поиск аналогов занимает большее количество времени и создает новые затраты.

Библиографический список

1. О Государственной программе эффективного вовлечения в оборот земель сельскохозяйственного назначения и развития мелиоративного комплекса Российской Федерации: Постановление Правительства Российской Федерации от 14.05.2021 № 731 // Доступ из справ.-прав. системы Консультант Плюс
2. Об утверждении порядка предоставления из краевого бюджета субсидий на поддержку отдельных мероприятий в области животноводства и растениеводства: Постановление Правительства Алтайского края от 14.02.2020 № 53 // Доступ из справ.-прав. системы Консультант Плюс
3. Новиков А.Е. Проблемы и направления исследований в орошаемом земледелии // Мелиорация и водное хозяйство. 2021. № 5. С. 8-10.
4. Боговиз А.В. Эффективность сочетания отраслей в аграрной экономике / А.В. Боговиз, С.П. Воробьев, В.В. Воробьева // АПК: экономика, управление. – 2016. – № 8. – С. 45-51.
5. Колобова А.И. Повышение эффективности использования сельскохозяйственных угодий / А.И. Колобова, Д.В. Мусиенко // Вестник Алтайского государственного аграрного университета. – 2010. – №1. – С. 88-92.

Научный руководитель – Воробьева В.В., к.э.н., доцент

Состояние мелиоративного комплекса Алтайского края и финансовое обеспечение государственных программ в области мелиорации

Поляков П.А.

*Алтайский филиал РАНХиГС
г. Барнаул*

Мелиоративный фонд России по итогам инвентаризации 2021 г. составил 9,47 млн. га, из которых: 4,69 млн. га - орошаемые земли, из которых в сельскохозяйственном производстве фактически используются 3,96 млн. га; 4,78 млн. га - осушенные земли, из которых в сельскохозяйственном обороте используются 3,24 млн. га. Всего площадь посевных земель в России по состоянию на 2022 г. составляла 82 млн.га.

На мелиорированных землях, занимающих 7,9% площади всех пахотных земель, производится до 50% овощной, бахчевой продукции и картофеля, весь объем риса, около 20% кормов для животноводства, а также другие виды продукции. В условиях резко-континентального, умеренно-холодного климата на юге Западной Сибири проявление засушливых или дождливых сезонов в период вегетации растений имеет определенную цикличность. Для регулирования влажности, а также гарантированной влагообеспеченности растений в основные их периоды созревания необходимы мелиоративные мероприятия.

Масштабное строительство мелиоративных систем в Алтайском крае проводилось в 1970-1990 гг. В 1989 г. мелиоративный фонд в Алтайском крае составлял 194,8 тыс. га орошаемых площадей. С 1991 г. на Алтае, как и в других регионах страны, начался спад работ по мелиорации, несмотря на то, что засуха повторяется в регионе через 2-3 года [1, 2]. По состоянию на сегодняшний день мелиоративные объекты, построенные в Алтайском крае, устарели и требуют модернизации. Частные инвесторы неохотно вкладываются в мелиоративные объекты, несмотря на меры поддержки со стороны государства в виде возмещения до 50% затрат на ввод в оборот мелиорируемых земель. К 2023 г. площадь мелиорированных земель в Алтайском крае составила порядка 72 тыс. га, что, в свою очередь, чуть более 1 % всей пашни.

Таблица 1 – Структура и использование мелиорированных земель Алтайского края

Наименование показателя	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Фактические площади мелиорированных земель (всего), тыс. га.	72,546	72,546	70,067
Фактические площади мелиорированных земель в федеральной собственности, тыс. га.	29,665	29,665	26,936
Фактические площади мелиорированных земель внутрихозяйственных, тыс. га.	42,091	42,091	42,341
Фактически поливаемые площади на внутрихозяйственных системах региона, тыс.га.	н.д.	4,48	4,38
Полив по договорам с ФГБУ «Управление «Алтаймелиоводхоз», тыс.га	1,45	1,32	1,43
Из них овощи, тыс.га	-	1,12	1,2
Корма	-	0,22	0,22

Основной причиной сокращения поливных площадей явилось старение основных мелиоративных фондов. Другой причиной, следует отметить, дробление крупных хозяйств всех форм собственности на более мелкие, с одновременным сокращением поголовья скота. В период 1990-2005 годы в регионе поголовье коров сократилось с 523 до 181 тыс. голов. Объемы заготовки сенажа и кормов уменьшились более, чем в 3 раза. Следовательно, необходимость орошаемых земель снизилась. Было выведено из оборота 120 тыс. га орошения из 194,7 тыс. га. Орошаемые земли стали использоваться как богарные для производства зерна. Кроме того, произошло резкое увеличение стоимости электрической энергии и топлива, в результате чего некоторые хозяйства стали неплатежеспособными. Длительное отсутствие потребности в орошаемых участках привело к утрате в организациях квалифицированных кадров-мелиораторов.

Для реализации на территории Алтайского края Государственной программы развития сельского хозяйства и регулирования рынков сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации и других основополагающих нормативно-правовых актов была утверждена государственная программа Алтайского края «Развитие сельского хозяйства Алтайского края» [3]. Второй этап реализации данной программы (2020-2025 г.) предполагает выделение из регионального бюджета более 6,5 млрд. руб., в т.ч. на реализацию подпрограммы «Развитие мелиоративного комплекса Алтайского края» – 7,4 млн. руб. Доля средств, выделенных из краевого бюджета в рамках указанной подпрограммы «Развитие мелиоративного комплекса Алтайского края» на весь планируемый период составляет 0,11%.

Таблица 2 – Средства в Государственной программе на мероприятия по мелиорации, тыс. руб.

Задачи	Годы						Итого	
	2020	2021	2022	2023	2024	2025		
Восстановление мелиоративного фонда, включая реализацию мер по орошению земель								
федеральный бюджет	план	25746,3	-	-	0,0	55015,0	51029,4	131790,7
	факт	25746,3	-	-	x	x	x	x
краевой бюджет	план	1500,0	-	-	0,0	555,7	1578,2	3633,9
	факт	260,1			x	x	x	x
Предотвращение выбытия из сельскохозяйственного оборота земель сельскохозяйственного назначения и повышение их продуктивности								
федеральный бюджет	план	x	209,4	4275,0	35803,5	93567,3	44313,2	178168,4
	факт	x	209,4	4275,0	x	x	x	x
краевой бюджет	план	x	1086,1	43,2	361,8	945,1	1370,5	3806,6
	факт	x	2,1	43,2	x	x	x	x
ИТОГО	план	27246,3	1295,5	4318,2	36165,3	95068,1	98291,3	317399,7
	факт	26006,4	211,5	4318,2	x	x	x	x

Производство продукции растениеводства с использованием орошения достаточно затратное. В связи с этим, государством, а также правительством Алтайского края, оказываются меры поддержки сельхозтоваропроизводителям за счет собственных средств на покрытие части затрат, из расчета на 1 га площади, понесенных при производстве кормов для

скота. Данные меры поддержки предусмотрены краевым правительством в рамках реализации региональной программы «Развитие сельского хозяйства Алтайского края», утвержденной постановлением правительства Алтайского края от 05.10.2012 № 523. Разработан и утвержден «порядок предоставления из краевого бюджета субсидий на поддержку отдельных мероприятий в области растениеводства и животноводства» от 14.02.2020 № 53. В соответствии с данным документом установлен порядок предоставления субсидии на возмещение затрат сельскохозяйственных товаропроизводителей, понесенных в текущем году на производство кормов на орошаемых участках, на 1 га площади. В период 2020- 2022 гг. в рамках подпрограммы «Развитие подотрасли растениеводства» субсидирование затрат сельскохозяйственных товаропроизводителей на производство кормов на орошаемых участках за счет средств краевого бюджета было компенсировано на сумму 56, 9 млн. руб. Всего на данное мероприятие на период 2020-2025 гг. из средств краевого бюджета запланировано 131 900 тыс.руб.

Производители овощей открытого грунта также могут претендовать на возмещение части понесенных затрат на 1 га площади, однако, прямого отношения к мелиоративным мероприятиям данная помощь не имеет. К затратам, принимаемым к возмещению, относится, например, компенсация расходов по электроэнергии в процессе производства овощей открытого грунта, в том числе, используемой на полив. Порядок предоставления данной субсидии утвержден в постановлении правительства Алтайского края от 27.12.2022 № 523 «Об утверждении порядка предоставления из краевого бюджета субсидий на стимулирование увеличения производства картофеля и овощей». Согласно данному нормативно-правовому акту на производстве картофеля в открытом грунте возможно получить до 10000 руб/га понесенных затрат (затраты определены порядком), а на производство моркови – до 15000 руб/га. На данные цели в 2022 году было потрачено 42,35 млн руб. Из них – 41,93 млн. руб средства федерального бюджета, 0,42 млн. – средства бюджета Алтайского края.

Следует отметить, что соотношение финансирования федерального бюджета и бюджета Алтайского края в части исполнения финансирования Государственной программы составляет 99/1. То есть, 99% финансирования Государственной программы производится за счет средств федерального бюджета, а 1% - за счет средств бюджета Алтайского края.

На приобретение дождевальных машин Правительство Алтайского края готово компенсировать 50% затрат из регионального бюджета. Порядок предоставления данной субсидии утвержден постановлением Правительства Алтайского края от 15.08.2017 № 300 «Об утверждении порядка предоставления из краевого бюджета средств на поддержку технической и технологической модернизации сельскохозяйственного производства». При этом получатели субсидии из средств федерального бюджета на те же цели не могут претендовать на субсидию из бюджета регионального.

Таким образом, государство готово оказывать поддержку сельскохозяйственным товаропроизводителям, которые планируют построить новые мелиоративные системы, либо реконструировать существующие. Во исполнение Доктрины продовольственной безопасности особое внимание уделяется животноводческому сектору. В данной сфере компенсация затрат при производстве кормов на орошении достигает 100%. Субсидирование затрат сельскохозяйственных товаропроизводителей на производство кормов на орошаемых участках предусмотрено за счет средств краевого бюджета в полном объеме. Правительство региона также готово оказывать поддержку в части приобретения дождевального оборудования, компенсируя до 50 % понесенных затрат.

Государственная поддержка – хорошее подспорье для развития мелиорации в стране и Алтайском крае, в частности. Федеральное и субъектовые финансовые вложения в виде субсидирования части затрат на строительство, реконструкцию и техническое перевооружение мелиоративных систем, а также текущее производство с применением орошения, позволит существенно сократить период окупаемости капитальных вложений сельскохозяйственных товаропроизводителей [4, 5].

Библиографический список

1. Колобова А.И. Инновации в аграрной экономике - основа роста конкурентноспособности производства / А.И. Колобова, Д.И. Сорокина // Вестник Алтайского государственного аграрного университета. – 2012. – №7. – С. 97-102
2. Колобова А.И. Земельные отношения - основа повышения эффективности аграрного производства / А.И. Колобова, Д.В. Мусиенко // Вестник Алтайского государственного аграрного университета. – 2009. – №11. – С. 81-86.
3. Об утверждении государственной программы Алтайского края "Развитие сельского хозяйства Алтайского края: Постановление Правительства Алтайского края от 29.11.2023 № 453 // Доступ из справ.-прав. системы Консультант Плюс.
4. Воробьева В.В. Проблемы рационального использования финансовых ресурсов в сельском хозяйстве региона / В.В. Воробьева, С.И. Межов, Ю.В. Рагулина // Экономика устойчивого развития. – 2016. – №4. – С. 385-397.
5. Влияние структурных сдвигов в реализации продукции на рентабельность производства сельскохозяйственных предприятий региона (на примере Алтайского края) / С.П. Воробьев, В.В. Воробьева, А.С. Савченко, И.Г. Мосина // Экономика сельскохозяйственных и перерабатывающих предприятий. – 2021. – №3. – С. 26-30.

Научный руководитель – Воробьева В.В., к.э.н., доцент

Оценка финансовой устойчивости и убыточности страховых операций страховой компании

Пустовалов В.А., Голубева А.М., Пашун А.С.

*Алтайский филиал РАНХиГС
г. Барнаул*

Финансовая устойчивость страховых компаний является основополагающим критерием их финансового состояния, которое определяется структурой премий, страховых платежей и соответственно – показателями убыточности страховых операций. Приоритетными видами страхования САО «РЕСО-Гарантия» являются автострахование (каско и ОСАГО), добровольное медицинское страхование (ДМС), страхование имущества, ипотечное страхование, страхование туристов, страхование от несчастных случаев. САО «РЕСО-Гарантия» - страховая компания федерального масштаба, она является один из лидеров российского страхового рынка; по данным на 2023 год, САО «РЕСО-Гарантия» входит в топ-4 по объёму страховых премий в сегменте страхования иного, чем страхование жизни, а также занимает 1-е место в сегменте ОСАГО и 2-е - в автокаско и ДМС; диверсификация бизнеса рассматривается как умеренно высокая, благодаря оценкам доли контролируемых продаж, географической и клиентской диверсификации; оценка риска-профиля компании определяется высокими оценками достаточности капитала, ликвидности активов и инвестиционной политики.

Бухгалтерский баланс страховщика состоит из трех разделов. Раздел I «Активы» составляется на основании информации об активах страховой организации. В разделе II «Обязательства» раскрывается информация об обязательствах страховщика. В разделе III «Капитал» используется информация о собственных средствах (капитале) страховщика.

Общая стоимость активов САО «РЕСО-Гарантия» за период 2018-2022 гг. увеличилась на 48570882 тыс. руб., что в относительном выражении составляет 28,88%.

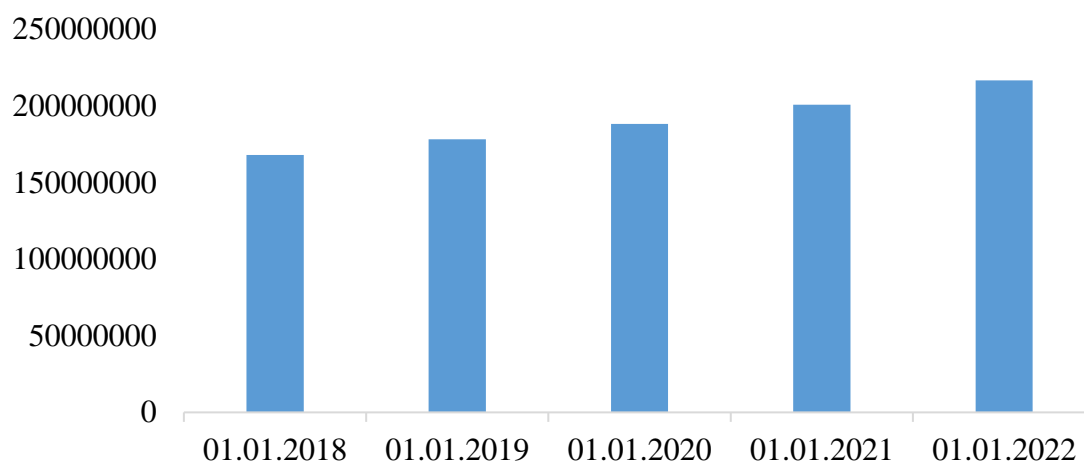


Рисунок 1 – Динамика стоимости активов САО «РЕСО-Гарантия», 2018-2022 гг., тыс. руб.

Проанализировав рисунок 1, мы проследили положительную динамику развития организации. В 2018 г. абсолютное изменение активов составило 27072329 тыс. руб., а относительное 19,19%, в 2019 г. абсолютное изменение составило 10088405 тыс. руб., а относительно 6%, в 2020 г. абсолютное изменение составило 10066076 тыс. руб., а относительное – 5,65%, в 2021 году абсолютное изменение составило 12596830 тыс. руб., а относительное – 6,69%, в 2022 г. абсолютное значение составило 15819571 тыс. руб., а относительное – 7,87%. Положительный рост активов организации свидетельствует о стабильном нахождении фирмы на рынке.

Сумма пассивов также, как и стоимость активов изменилась на 48570882 тыс. руб., что в относительном значении составило 28,88%. Сумма собственного капитала увеличилась на 28747456 тыс. руб., что в относительном значении составило 40,08%. Прирост за 2018 г. составил 12,38%, за 2019 г. – 17,88%, за 2020 год – 7,41%, за 2021 г. – 4,25%, за 2022 г. – 6,12%. Сумма обязательств уменьшилась на 93987256 тыс. руб., что в относительном значении составило 97,47%. В 2018 г. прирост составил (-1,31%), в 2019 году – (-2,84%), в 2020 г. – 4,06%, в 2021 г. – (-96,85%), в 2022 г. – (-20,67%). Чтобы финансовая устойчивость страховой компании оставалась на приемлемом уровне, необходимо, чтобы собственный капитал увеличивался быстрее, чем обязательства. В данном случае это условие соблюдается.

Оценка финансовой устойчивости страховой компании производится с помощью нескольких групп показателей, таких как:

1. показатели финансовой устойчивости;
2. показатели убыточности страховых операций;
3. показатели ликвидности и платежеспособности [1].

Таблица 1 – Показатели финансовой устойчивости САО «РЕСО-Гарантия», 2018-2022 гг., %

Показатели	Годы				
	2018	2019	2020	2021	2022
Уровень обеспеченности собственным капиталом	42,656	47,438	48,228	47,126	46,361
Уровень покрытия страховых резервов собственным капиталом	112,35	120,14	116,05	109,89	107,59
Уровень долговой нагрузки страховой компании	19,38	13,08	10,21	9,99	10,55

Уровень обеспеченности собственным капиталом в 2018 г. составил 42,656%, в 2019 г. - 47,438%, в 2020 г. - 48,228%, в 2021 г. - 47,126%, в 2022 г. - 46,361%. По нормативному значению показатель должен составлять от 15% до 50%. Что отлично попадает в них. Данный показатель характеризует общий уровень финансовой устойчивости и говорит о том, что компания достаточно независима от заемных средств. Уровень покрытия страховых резервов собственным капиталом в период 2018-2022 гг. составил 112,348%, 120,141%, 116,049%, 109,890%, 107,593% соответственно. Он характеризует достаточность капитала по отношению

к принимаемым рискам. По нормативному значению он должен быть больше 30%, нам результат попадает в нормативное значение. Уровень долговой нагрузки страховой компании в период 2018-2022 гг. составил 19,375%, 13,077%, 10,213%, 9,990%, 10,550% соответственно. Нормативное значение показывает, что получившееся значение должно быть не более 25%, получившееся значение абсолютно соответствует нормативному. Данный показатель характеризует долю заемных средств в пассивах, результат говорит о том, что в пассивах организации содержится наименьшая доля заемных средств, в его основе лежит собственный капитал, что говорит о ее независимости от заемных ресурсов.

Таблица 2 – Показатели убыточности страховых операций САО «РЕСО-Гарантия», 2018-2022 гг., %

Показатели	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Показатель уровня выплат, кроме страхования жизни	56,944	60,126	55,285	60,515	58,241
Показатель уровня расходов, кроме страхования жизни	21,958	24,076	26,689	30,962	28,748
Коэффициент убыточности без учета доли перестраховщиков	21,958	24,076	26,689	30,962	28,748
Коэффициент затрат	48,636	49,492	45,613	51,682	51,842
Комбинированный коэффициент убыточности	70,594	73,568	72,303	82,644	80,590

Показатель уровня выплат в 2018 г. составил 56,944%, в 2019 г. составил 60, 126%, в 2020 г. – 55,285%, в 2021 г. – 60,515%, в 2022 г. – 58,241%. По нормативным значениям показатель должен быть от 20% до 65%. Мы видим, что весь период соответствует нормативному значению. Это говорит о том, что объем заработанных страховых премий покрывает расходы компании по страховым выплатам и расходы по урегулированию убытков. Также он определяет уровень убыточности собственных страховых операций страховой компании. Показатель уровня расходов, кроме страхования жизни в 2018 г. составил 21,958%, в 2019 г. – 24, 076%, в 2020 г. – 26,689%, в 2021 г. – 30,964%, в 2022 г. – 28,748%. По нормативному значению данный показатель должен быть от 5% до 30%. Значения компании идеально проходят по нормативным значениям, за исключением 2021 г., где значение составило 30,964%, что находится на грани нормативного значения. Данный показатель отражает долю издержек страховой компании, связанных с осуществлением страховой компанией своей основной деятельности, в общем объеме поступлений от страховой деятельности. Комбинированный коэффициент убыточности в период 2018-2022 гг. составил 70,594%, 73,568%, 72,303%, 82,644%, 80,590% соответственно. По нормативному значению он должен быть менее 95%, значение показателя проходит по нормативу. Данный показатель характеризует общую эффективность страховой деятельности и финансовое положение страховой компании и говорит о том, что компания работает эффективно.

Таблица 3 – Показатели ликвидности и платежеспособности САО «РЕСО-Гарантия», 2018-2022 гг.

Показатели	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Коэффициент ликвидности	1,231	1,258	1,222	1,033	1,196
Коэффициент текущей платежеспособности	0,109	0,101	0,204	0,143	0,190

Проанализировав данные бухгалтерской отчетности, мы рассчитали показатели ликвидности и платежеспособности. Коэффициент ликвидности в период 2018-2022 гг. составил 1,231, 1,258, 1,222, 1,033, 1,196 соответственно. Данный показатель характеризует способность компании отвечать по всем требованиям за счет ликвидных активов. Коэффициент текущей платежеспособности в данный период был равен 0,109, 0,101, 0,204, 0,143, 0, 190 соответственно. Данный показатель дает оценку возможности предприятия погашать свои долги. Также он показывает, сколько рублей оборотных средств, приходится на один рубль краткосрочной кредиторской задолженности.

Стабильность финансового положения предприятия в условиях рыночной экономики обусловлена значительной степени его деловой активностью, которая зависит от широты

рынков сбыта продукции, его деловой репутации, степени выполнения плана по основным показателям хозяйственной деятельности, уровня эффективности использования ресурсов и устойчивости экономического роста. К данным показателям относятся:

1. изменение активов за отчетный период;
2. изменение совокупного объема сбора страховой премии за отчетный период;
3. изменение совокупного размера страховых резервов в отчетном периоде.

Расчет и анализ данных показателей предоставлен ниже в таблице 5.

Таблица 4 – Показатели деловой активности страховой организации САО «РЕСО-Гарантия», 2018-2022 гг.

Показатели	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Изменение активов за отчетный период, тыс. руб.	27072328	10088406	10066076	12596830	15819571
Изменение совокупного объема сбора страховой премии за отчетный период	1,02	1,02	1,10	1,14	1,12
Изменение совокупного размера страховых резервов в отчетном периоде	1,03	1,10	1,11	1,10	1,08

Изменение активов за отчетный период в 2018 г. составило 27072328 тыс. руб., в 2019 г. - 10088406 тыс. руб., в 2020 г. – 10066076 тыс. руб., в 2021 г. – 12596830 тыс. руб., в 2022 г. - 15819571 тыс. руб. Мы видим положительную динамику роста активов страховой организации, а также качественное функционирование, так как происходит рост активов. Изменение совокупного объема сбора страховой премии за отчетный период в 2018 г. увеличилось в 1,02 раза, в 2019 г. – в 1,02 раза, в 2020 г. – 1,10 раз, в 2021 г. – 1,14 раз, в 2022 г. – 1,12 раз. Наблюдается положительный рост объема сборов страховой премии. Что говорит об увеличении прибыли организации в связи с такими факторами, как увеличение количества договоров, а также повышение средневзвешенной суммы премии. Изменение совокупного размера страховых резервов в отчетном периоде в 2018 году увеличилось в 1,03 раза, в 2019 г. – в 1,10 раза, в 2020 г. – 1,11 раз, в 2021 г. – 1,10 раз, в 2022 г. – 1,08 раз. Данная положительная динамика показывает нам достаточность денежных средств у организации для исполнения обязательств по договорам.

Библиографический список

1. Глотова И.И. Современные методики оценки рисков страховых организаций // Кант. – 2020. – №4. – С. 49-54.

Научный руководитель – Воробьев С.П., к.э.н., доцент

Факторы, определяющие изменение фонда оплаты труда в медицинских организациях

Сидорова И.В., Кирячек Е.В.

*Алтайский филиал РАНХиГС
г. Барнаул*

Фонд оплаты труда в медицинской организации является направлением расходов, имеющими наибольший удельный вес в структуре затрат, что является фактором их финансового состояния [1, 2]. На примере одной из организаций г. Барнаула нами был проанализирован фонд оплаты труда. Численность учреждения в соответствии с утвержденным штатным расписанием – 1062 ед., в том числе врачи 258,25 ед, средний медперсонал – 411,5 ед, младший – 153,0 ед, прочие 234,25 ед, провизор – 3,5 ед, биологи -1,5 ед. В таблице 20 представлены сведения о заработной плате за 5 лет.

Таблица 1 – Средняя заработная плата персонала, руб.

Год	Средняя заработная плата на должность	Средняя заработная плата на физическое лицо	Средняя заработная плата врачей	Средняя заработная плата среднего медперсонала	Средняя плата младшего медицинского персонала
2018	39 653,79	43 049,73	79 026,96	41 996,84	34 023,9
2019	40 919,75	45 419,43	81 492,59	46 070,80	31 515,20
2020	40 785,64	45 980,48	81 067,78	47 980,10	31 685,17
2021	38 231,01	43 496,83	72 616,34	42 813,97	33 064,96
2022	37 757,76	47 454,12	81 880,82	42 987,26	34 003,24

Как видно из представленной таблицы, наблюдается снижение средней заработной платы по всем категориям в период 2020-2021 гг. на период действия ковидного госпиталя. При этом, в 2022 г. руководству учреждения удалось повысить уровень средней заработной платы на физическое лицо. Если проанализировать уровень средней заработной платы по категориям, то в 2022 г. наблюдается повышение заработной платы до доковидного уровня у врачей и младшего медицинского персонала, тогда как у среднего медицинского персонала произошло снижение в 2022 г. в сравнении с 2019 г. Повышение уровня средней заработной платы у врачей и младшего медицинского персонала произошло, благодаря дополнительным мерам поддержки из федерального бюджета, которые были выделены учреждению в декабре 2022 г. для повышения уровня средней заработной платы врачей и младшего медицинского персонала до целевого показателя, и носили целевой характер. Резкий скачок заработной платы у медицинского персонала в 2020 г. был обусловлен ковидными выплатами. По всем категориям врачи, средний и младший медицинский персонал идет повышение уровня средней заработной платы, уже достигнут доковидный уровень. Но вместе с тем, уровень заработной платы врачей и младшего персонала вернулся максимальному уровню заработной платы, которая наблюдалась за пятилетний период, тогда как по категории средний медицинский персонал, произошло повышение уровня заработной платы до доковидного, но при этом максимальный размер, который наблюдался у сотрудников из числа среднего медицинского персонала в 2020 г. пока не достигнут. Уровень средней заработной платы по врачам и среднему медицинскому персоналу незначительно выше уровня 2018 г. на 3,6 и 2,3% соответственно, тогда как по младшему медицинскому персоналу уровень средней заработной платы все еще ниже уровня 2018 г. на 0,06%. Проведем анализ количества и структуры занятых ставок с фондом оплаты труда, в сравнении 2022 г. к 2018 г., используя методику факторного анализа [3, 4, 5].

Таблица 2 – Влияние количества и структуры ставок на фонд оплаты труда в 2018-2022 гг.

Показатели		Занятые ставки, ед.	Структура ставок, %	Фонд оплаты труда, тыс. руб. усл1 / усл2	Отклонение фонда оплаты труда за счет		
					количество занятых ставок	структуры занятых ставок	средней заработной платы
Врачи	2018 г.	284,08	23,60	141378 / 145697	х	х	х
	2022 г.	258,25	24,32		-18889	4319	37061
Средний медицинский персонала	2018 г.	460,88	38,28	140483 / 142189	х	х	х
	2022 г.	411,50	38,75		-18769	1706	28556
Младший медицинский персонала	2018 г.	259,01	21,51	27373 / 18330	х	х	х
	2022 г.	153,00	14,41		-3657	-9043	29003
Прочий	2018 г.	199,92	16,61	61627 / 83603	х	х	х
	2022 г.	239,25	22,53		-8234	21976	-37289
Итого	2018 г.	1203,89	100,00	370861 / 389819	х	х	х
	2022 г.	1062,00	100,00		-49548	18958	57330

* Усл1 – при общем количестве ставок 2022., структуре работников 2020 г и средней заработной плате 2020 года; усл 2 – при общем количестве ставок 2022 г., структуре работников 2022 г и средней заработной плате 2020 года

Данная таблица позволяет проанализировать, что при общем снижении количества занятых ставок с 1203,89 до 1062,0 произошло увеличение количества работников с 811 человек в 2018 г. до 845 человек в 2022 г. При этом в структуре занятых ставок произошло увеличение доли числа врачей с 23,6 до 24,32, за счет увеличения физических лиц со 169 до 186 человек. А также произошло увеличение доли ставок прочего персонала с 16,61 до 22,53 за счет перевода ставок санитарок из младшего медицинского персонала в уборщики в категорию прочие, при одновременном снижении ставок младшего медицинского персонала с 21,51 до 14,41. При этом наблюдается рост количества физических лиц в категории младший медицинский персонал с 76 до 116, а по категории прочий персонал снижение с 250 до 212 человек.

В структуре фонда заработной платы за 2022 г. к 2018 г. наблюдается рост фонда по категориям врачи, средний и младший медицинский персонал, по категории прочие наблюдается снижение фонда заработной платы, которое обусловлено значительным снижением количества физических лиц в данной категории. Также наблюдаются изменения в количестве и структуре занятых ставок при анализе 2022 г. к 2018 г.

Библиографический список

1. Воробьев С.П., Воробьева В.В., Куликова И.В. Особенности распределения косвенных расходов в медицинских организациях // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2021. – №18. – С. 44-51.
2. Куликова И.В., Дедова К.А. Организация и финансирование региональной системы обязательного медицинского страхования (на примере Алтайского края) // Алтайский вестник государственной и муниципальной службы. – 2020. – №18. – С. 87-89.
3. Воробьев С.П. Динамика и структура кредиторской задолженности медицинских организаций региона / С.П. Воробьев, В.В. Воробьева // Экономическое развитие региона: управление, инновации, подготовка кадров. – 2021. – №8. – С. 81-83.
4. Воробьев С.П. Экономический анализ в учреждениях здравоохранения: учебное пособие / С.П. Воробьев, В.В. Воробьева. – Барнаул: Изд-во ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2014. – 308 с.
5. Валецкая Т.И. Оценка эффективности расходования бюджетных средств в системе здравоохранения региона / Т.И. Валецкая // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2021. – №18. – С. 34-36.

Научный руководитель – Воробьева В.В., к.э.н., доцент

Современное состояние и проблемы развития государственно-частного партнерства в системе здравоохранения

Силантьева О. Ю.

*Алтайский филиал РАНХиГС
г. Барнаул*

Вопросы взаимодействия бизнеса и государства в сфере здравоохранения всегда были и остаются актуальными в силу высокой степени социальной важности данной сферы. Объединение частного и государственного капиталов способствует достижению высокого уровня инфраструктурного обеспечения отрасли в целом. На сегодняшний день меры, принимаемые государством в перспективе до 2030 года, подразумевают необходимость устранения трудностей связанных с реализацией госгарантий предоставления населению бесплатной медпомощи в полном объеме; дальнейшему развитию взаимовыгодного государственно-частного партнерства (далее ГЧП); привлечению негосударственных инвестиций в основные фонды. Такая государственная политика, должна быть реализована, в частности, с учетом положений Стратегии развития здравоохранения в РФ до 2025 года, Концепции демографической политики до 2025 года, а также задачами, поставленными Президентом РФ В.В. Путиным в указах от 07.05.2012 года № 598 и № 597 [1,2].

Отметим, что развитие здравоохранения в период до 2030 года будет осуществляться в условиях неблагоприятной демографической ситуации, в период увеличения доли населения старше трудоспособного возраста. Нельзя сбрасывать со счетов и тот факт, что рассматриваемым процессам, будут препятствовать такие серьезные аспекты, как: уменьшение людей трудоспособного возраста с 83,2 млн. человек в 2021 году до 77,2 млн. человек в 2030 году; - количество людей старше трудоспособного возраста увеличится с 36,8 млн. человек на январь 2021 года до 40,4 млн. человек в 2030 году [3].

С учетом этих и других аспектов Правительство РФ, реально оценивая дальнейшие перспективы, проводит огромную работу по кардинальному повышению доступности и качества предоставляемых медуслуг, в связи с достижением национальных целей развития России до 2030 года, направленных, в частности, на повышение продолжительности жизни до 78 лет к 2030 г. Думается, что отладка четкой работы механизма ГЧП в здравоохранении, самым позитивным образом скажется на достижении указанной цели [4].

На сегодня, в нашей стране, за период, начиная с 2021 года по настоящее время, в системе здравоохранения реализуется 155 проектов ГЧП, на сумму почти 162,2 млрд руб., при этом, 125,1 млрд руб. составили инвестиции частного капитала. Из всего объема указанных инвестиций, подавляющее большинство активов вложено в сектор развития высоких медицинских технологий - 72 проекта на сумму, около 80 млрд руб., с долей инвестиций частного капитала, оцениваемой в 58,2 млрд руб. и этот перечень далеко не полный [5].

В настоящее время ГЧП оказывает самое непосредственное позитивное влияние на развитие ядерной медицины, разработку высокотехнологичного медицинского оборудования для борьбы со злокачественными образованиями, принимаются все возможные меры по преодолению зависимости от иностранных разработок в контексте развития импортозамещения. Поскольку ГЧП реализуется и в образовательной сфере, дальнейшее развитие получают различные образовательные программы, что способствует повышению квалификации медицинских работников, существенно улучшая качество предоставляемых ими медицинских услуг.

Что касается имеющихся в данной сфере проблем, то здесь важно отметить, что динамика процесса реализации намеченных проектов в области здравоохранения в рамках ГЧП, в известной мере зависит от активности регионального руководства. С указанным обстоятельством прямо связана необходимость скорейшей передачи соответствующего

оборудования, иного имущества и т.п., используемого для охраны здоровья, которое все еще находится в собственности муниципалитетов, в собственность соответствующих субъектов РФ [6].

Кроме того, сложности возникают в связи с неурегулированной в полной мере действующим законодательством проблемы, суть которой в том, что, несмотря на то, что действующим законодательством, как существенное условие соглашения о ГЧП, рассматривается размер арендной платы, инвестор не застрахован от ее изменений, которые могут быть обусловлены различными факторами – от изменения кадастровой стоимости предоставленных в аренду земельных участков до внесения изменений в законодательство. Поскольку, в большинстве случаев размер платы за предоставленные инвестору в аренду земельные участки определяется формулой, то он не застрахован от роста платы.

Другой проблемой реализации проектов ГЧП в сфере здравоохранения является отсутствие закрепленных льгот по налогу на имущество. Учитывая неоднородную региональную практику установления льгот по налогу на имущество в отношении объектов здравоохранения, необходимо закрепить соответствующие нормы в Налоговом кодексе РФ, что могло бы стимулировать процесс привлечения внебюджетных инвестиций в проекты ГЧП в области здравоохранения.

Резюмируя указанное выше, можно сказать, что формат ГЧП в нашей стране стал одной из основ развития системы здравоохранения. Объединение и кооперация во взаимодействии государственного и частного секторов способствуют достижению высокого уровня инфраструктурного обеспечения отрасли для повышения качества и продолжительности жизни населения.

На сегодняшний день у регионов существует большой запрос на реализацию проектов ГЧП в области первичной медико-санитарной помощи в связи с износом материально-технической базы и необходимостью обеспечить медицинскую помощь в шаговой доступности, что создает положительную динамику по проектам ГЧП. Полагаем, что рассмотренные выше проблемы будут достаточно быстро решаться, как в ходе работы законодателя, так и в контексте судебной и антимонопольной практики. В качестве позитивного фактора, можно отметить, что ФАС уже начал пересматривать свои потерявшие актуальность подходы к вопросам реализации проектов ГЧП в сфере здравоохранения.

Библиографический список

1. Прогноз долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года (разработан Минэкономразвития России) [Электронный ресурс] – URL: <http://static.government.ru/media/files/41d457592e04b76338b7.pdf>.
2. Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» // Собрание законодательства РФ. – 2019. – №23. – Ст. 2927.
3. Портал РБК // [Электронный ресурс] – URL: <https://www.rbc.ru/economics/13/04/2022/62541f409a7947ca585aa5ab>.
4. Минтруд России [Электронный ресурс] – URL: <https://mintrud.gov.ru/search/1/10?term=численность+населения+старше+трудоспособного+возраста+v+2021+год> у.
5. Указ Президента РФ от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» // Собрание законодательства РФ. – 2020. – № 30. – Ст. 4884.
6. Курдюкова О.С. Государственно-частное партнерство в здравоохранении России на современном этапе // Государственная власть и местное самоуправление. – 2022. – № 8. – С. 19.

Научный руководитель – Рожкова Д.В., к.э.н.

Гарантии и риски при реализации проектов государственно-частного партнерства в здравоохранении

Силантьева О. Ю., Козлова Е. В.

*Алтайский филиал РАНХиГС
г. Барнаул*

Проекты государственно-частного партнерства в здравоохранении реализуются в целях обеспечения доступности и качества медицинских услуг, внедрения инновационных технологий при оказании медицинской помощи, создания высокотехнологичной инфраструктуры учреждений здравоохранения, а также повышения эффективности бюджетных расходов. В целях обеспечения интересов инвесторов, в рамках Федерального закона от 13.07.2015 г. №224-ФЗ действует механизм, предусматривающий гарантии неизменности основных параметров, заложенных в тот или иной проект ГЧП [1]. В соглашение о государственно-частном партнерстве могут вноситься изменения, касающиеся объемов финансового обеспечения проекта публичной стороной, а также установленных сроков реализации проекта. Все изменения обязательно должны быть обоснованными. Причинами внесения подобных поправок к проекту могут послужить, например, изменения в законодательстве Российской Федерации, непосредственно затрагивающих реализуемый проект или изменение макроэкономической ситуации в стране.

Для инвесторов реализация проектов в здравоохранении в качестве частного партнера позволяет обеспечить гарантии возвратности своих финансовых вложений. При этом, важным условием является гарантированная окупаемость финансовых средств частного партнера, которые он инвестирует в проект, за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС) [3]. В свою очередь, региональные органы государственной власти обязаны обеспечить сохранение установленных объемов, условий и качества медицинской помощи по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи населению [2].

Финансовое участие публичных партнеров в реализации проектов ГЧП в здравоохранении может осуществляться по следующим направлениям:

- предоставление бюджетных субсидий, предусмотренных для компенсации определенной доли капитальных и текущих затрат частной стороны, выступающей в лице инвестора;
- гарантия минимального уровня загрузки (доходности) реализуемого проекта ГЧП в здравоохранении;
- компенсации недополученного в ходе реализации проекта ГЧП дохода частного партнера;
- предоставление государственных и муниципальных гарантий [2].

Для частной стороны одним из преимуществ механизма государственно-частного партнерства является помощь в финансировании проекта ГЧП государственными органами власти, а также получение от публичной стороны дополнительных гарантий, обеспечивающих интересы частного инвестора. В отношении изменения существенных условий соглашения ГЧП установлены специальные правила, которые действуют в том случае, если реализация проекта не представляется возможной в заранее оговоренные сроки вследствие наступления определенных обстоятельств непреодолимой силы. Подобные поправки к проекту государственно-частного партнерства выступают важным гарантом защиты интересов инвестора от изменения экономических, политических и иных условий, оказывающих влияние на проект на всех стадиях его реализации.

К перечню рисков, которые должны быть отражены в соглашении ГЧП, можно отнести следующие:

– риски, связанные с проектированием на подготовительном этапе: предоставление и подготовка земельных участков; обеспечение инженерных коммуникаций; срывы в реализации подготовительных мероприятий в рамках проекта и сроков проектирования объекта здравоохранения;

– риски создания и эксплуатации объекта здравоохранения, переданного публичного партнеру: катастрофы, экологические последствия и форс-мажоры; срывы сроков создания и ввода объекта здравоохранения в эксплуатацию; увеличение финансовых расходов за счет роста курса валют, роста темпа инфляции, процентов по долговым обязательствам, налоговой нагрузки;

– получения дохода: неполучение платежей, обеспечивающих гарантию минимальной доходности проекта; недостаточность тарифа ОМС для покрытия затрат частного партнера; падение доходов вследствие снижения объема оказания медицинских услуг учреждением здравоохранения; повышение стоимости услуг медицинской организации до их недоступности;

– прочие риски: риски, связанные с досрочным расторжением соглашения ГЧП по вине любой из сторон соглашения ГЧП; утрата объекта соглашения ГЧП; банкротство частного партнера; форс-мажорные обстоятельства и иные риски [3, 4, 5].

Резюмируя вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что при реализации проектов ГЧП в здравоохранении важным условием выполнения соглашения о государственно-частном партнерстве является гарантия окупаемости инвестиционных вложений частного партнера за счет средств обязательного медицинского страхования, а также обеспечение дополнительных платежей, обеспечивающих гарантию минимальной доходности инвестора. Отдельно можно выделить риски, присущие каждой из сторон соглашения ГЧП при реализации инфраструктурных проектов в системе здравоохранения. Например, основными рисками частного партнера является перерасход средств на этапе проектирования, строительства и эксплуатации объектов здравоохранения, увеличение затрат на выполнение контракта, задержки сроков ввода объектов в эксплуатацию, длительный срок окупаемости инвестиционных вложений, недостаточность тарифа ОМС для покрытия затрат инвестора. Для публичного партнера присущи риски банкротства частного партнера, повышение стоимости услуг медицинского учреждения до их недоступности, падение доходов вследствие снижения объема оказания медицинских услуг учреждением здравоохранения и др.

Библиографический список

1. О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации: Федеральный закон от 13.07.2015 г. № 224-ФЗ // Доступ из справ.-прав. системы Консультант Плюс.

2. Рекомендации по реализации проектов государственно-частного партнерства. Лучшие практики. Минэкономразвития России [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.economy.gov.ru/material/file/cd482f73c03b658fa97a2d844c7e39d9/metodic2018.pdf>.

3. Ахохова А.В., Тхабисимова И.К., Дударова И.Х., Айрапетян А.А., Габоева З.Р. Государственно-частное партнерство: гарантии, выгоды, риски // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2023. – Т.9, №1. – С. 57-65.

4. Растрюгина О.В. Развитие государственно-частного партнерства на рынке медицинских услуг: мировая и российская практика // Вестник Евразийской науки. – 2020. – №3.

5. Валецкая Т.И. Оценка эффективности расходования бюджетных средств в системе здравоохранения региона // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2021. – №18. – С. 34-36.

Научный руководитель – Рожкова Д.В., к.э.н.

Факторный анализ выработки медицинских работников в поликлинике

Шумкова И.А.

Алтайский филиал РАНХиГС

г. Барнаул

Выработка медицинских работников является фактором эффективного использования ресурсов любой медицинской организации, однако методически данный фактор исследован в экономической литературе достаточно слабо, несмотря на наличие ряда публикаций [1, 2, 3, 4]. Проведем факторный анализ показателей, от которых зависит объем посещений в поликлинике на примере работы врачей педиатров участковых и определим, как каждый из них повлиял на общий результат работы детского отделения, используя методику ученых Алтайского края Воробьева С.П. и Воробьевой В.В. [5].

Таблица 1 – Фактор влияния отдельного врача педиатра участкового поликлиники на результат работы отделения, в зависимости от объема посещений (в поликлинике)

Работник	Март	Апрель	Структура, %	Прирост апрель к марту	Фактор, %
	в поликлинике				
1	578	642	17%	11%	2%
2	509	524	15%	3%	0%
3	595	676	17%	14%	2%
4	599	647	18%	8%	1%
5	432	552	13%	28%	4%
6	701	39	21%	-94%	-19%
Итого	3414	3080	100%	-10%	-10%

Таблица 2 – Фактор влияния отдельного врача педиатра участкового поликлиники на результат работы отделения, в зависимости от объема посещений (на дому)

Работник	Март	Апрель	Структура %	Прирост, апрель к марту	Фактор, %
	на дому				
1	307	280	29%	-9%	-3%
2	105	250	10%	138%	14%
3	123	111	12%	-10%	-1%
4	257	237	24%	-8%	-2%
5	177	163	17%	-8%	-1%
6	100	0	9%	-100%	-9%
Итого	1069	1041	100%	-3%	-3%

Рассматривая полученные данные в разрезе работников, как фактора влияния на результат работы отделения, видим, что по отдельным работникам наблюдаются как резкий рост, так и значительное снижение результата, что говорит о влиянии скрытых факторов на результат работы каждого врача в отдельности. В целом, в апреле месяце, по сравнению с мартом, количество посещений снизилось на 10%.

Таблица 3 - Количество отработанных человеко-дней по каждому сотруднику поликлиники как фактор влияния на результат выполненного объема посещений

Работник	Количество рабочих дней, дни		Структура март, %	Структура апрель, %	Прирост, апрель к марту	Фактор, %
	март	апрель				
1	23	22	100%	100%	-4%	-4%
2	19	22	83%	100%	16%	13%
3	23	22	100%	100%	-4%	-4%
4	23	22	100%	100%	-4%	-4%
5	22	22	96%	100%	0%	0%
6	23	3	100%	14%	-87%	-87%
Норма раб. дней в месяце	23	22	100%	100%	-4%	-4%

По представленным данным в таблице видим, что на снижение общего объема посещений в апреле по сравнению с мартом, существенное влияние оказал такой фактор, как снижение количества рабочих дней по ежемесячному нормативу, а также снижение количества отработанных человеко-дней по отдельным сотрудникам, связанное с другими причинами. В целом фактор влияния количества отработанных человеко-дней на результат работы отделения составил -4%, по одному из сотрудников он равен 87%.

Динамика среднего количества посещений в детском поликлиническом отделении на примере врачей педиатров участковых представлена в таблице 4.

Таблица 4 - Динамика среднего количества посещений в детском поликлиническом отделении врачей педиатров участковых поликлиники

Работник	Количество рабочих дней, дни		Количество посещений			
			В поликлинике		На дому	
	март	апрель	март	апрель	март	апрель
1	23	22	578	642	307	280
2	19	22	509	524	105	250
3	23	22	595	676	123	111
4	23	22	599	647	257	237
5	22	22	432	552	177	163
6	23	3	701	39	100	-
Итого	133	113	3414	3080	1069	1041
Среднее количество посещений в день	-	-	26	27	8	9

Анализ динамики количества посещений в день показывает нам, что за период март-апрель среднее количество посещений по врачам педиатрам-участковым увеличилось как в поликлинике, так и на дому.

Рассматривая количество посещений в среднем за один день работы по каждому сотруднику, представленный в приложении 5, можно оценить индивидуальный вклад каждого врача педиатра на достижение показателей отделения в целом. Анализ приложения 5 о результатах деятельности за период апрель-март, говорит о том, что показатели по отделению имеют тенденцию к снижению не только под влиянием фактора снижения нормативного количества рабочих дней, но и динамики объема принятых пациентов по каждому врачу. По результатам анализа отчетливо видно, как среднее количество посещений по конкретному сотруднику, как фактор влияния на работу отделения, может влиять на показатели работы отделения.

Таблица 5 - Анализ структуры человеко-дней как фактор влияния на результат работы отделения поликлиники

Даты месяца		Работники														
март	апрель	март							ИТО ГО	апрель						ИТО ГО
		1	2	3	4	5	6	1		2	3	4	5	6		
Итого посещений		805	614	673	775	549	725	4141	875	723	764	810	683	35	3890	
Кол-во чел/дней		23	19	23	23	22	23	133	22	22	22	22	22	3	113	
Структура человеко дней		17%	14%	17%	17%	17%	17%		19%	19%	19%	19%	19%	3%		
Прирост		-4,3%	15,8%	-4,3%	-4,3%	0,0%	-87,0%									
Фактор		-0,8%	2,3%	-0,8%	-0,8%	0,0%	-15,0%									

По получившимся данным в таблице, можно сказать, что немаловажным фактором влияния на результаты работы отделения является структура человеко-дней. В данном случае видим снижение количества человеко-дней по сотрудникам с наибольшей среднедневной

выработкой. Таким образом, на основании проведенного факторного анализа можно сказать следующее. Количество посещений в детском отделении, ни приеме у врачей педиатров участковых в апреле по сравнению с мартом уменьшилось с 3414 до 3080 ед., или на 334 ед. (-10,84 %). На количество посещений влияли следующие факторы: количество человеко-дней за месяц по нормативу, структура отработанных человеко-дней за месяц по каждому врачу, количество посещений к каждому врачу в среднем за один день работы.

Существенным фактором изменения общего количества посещений по отделению стало изменение структуры отработанных человеко-дней за месяц по каждому врачу, что привело к снижению количества посещений (влияние фактора 15 %). Отрицательное влияние структуры свидетельствует о повышении удельного веса отработанных человеко-дней по работникам с более низкой выработкой за месяц. Еще одним из факторов изменения общего количества посещений по отделению стало снижение нормативного количества человеко-дней с 138 до 132, или на 6 дней (-0,43 %), что привело к снижению количества посещений (влияние фактора 4,0 %). Единственным положительным по значимости фактором изменения общего количества посещений по отделению стало незначительное увеличение количества посещений врачу в среднем за один день работы на 1 посещение. К тому же имело место присутствие таких факторов снижения объема посещений, как плановые профосмотры детей, проводимые в марте, снижение случаев заболевания детей сезонными ОРВИ и гриппом. Опираясь на полученные в результате анализа данные, необходимо сделать вывод о том, что оплата труда и размер стимулирующих выплат в ее структуре должен напрямую зависеть от личного вклада сотрудника в результат деятельности отделения и организации в целом. Необходимо выстраивать систему оплаты труда на основе ключевых показателей эффективности.

Библиографический список

1. Арнгольд К.В. Внедрение эффективного контракта в медицинских учреждениях / К.В. Арнгольд // Экономическое развитие региона: управление, инновации, подготовка кадров. – 2021. – №8. – С. 37-40.
2. Воробьев С.П. Методические аспекты анализа производительности труда медицинских работников / С.П. Воробьев // Менеджер здравоохранения. – 2014. – №2. – С. 13-18.
3. Валецкая Т.И. Обеспеченность здравоохранения сельских территорий Алтайского края медицинскими работниками / Т.И. Валецкая, И.Н. Донских // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2016. – № 12-13. – С. 246-250.
4. Кадыров Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2011. – 496 с.
5. Воробьев С.П. Методика анализа выполнения плановой функции врачебной должности в медицинских организациях / С.П. Воробьев, В.В. Воробьева // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2023. – №2 (23). – С. 23-25.

Научный руководитель – Воробьев С.П., к.э.н., доцент

Факторный анализ фонда заработной платы работников городской поликлиники

Шумкова И.А., Кирячек Е.В.

*Алтайский филиал РАНХиГС
г. Барнаул*

Выработка медицинских работников и уровень заработной платы являются факторами эффективного использования ресурсов любой медицинской организации, однако методически данный фактор исследован в экономической литературе достаточно слабо, несмотря на наличие ряда публикаций [1, 2, 3].

В анализируемой нами поликлинике города Барнаула, как и в других медицинских учреждениях Алтайского края, реализуется многокритериальный подход к определению размера оплаты труда медицинских работников. Проанализируем динамику фонда оплаты труда. Представленный анализ динамики фонда оплаты труда позволяет убедиться в том, что темпы роста ФОТ врачей и среднего медперсонала достаточно низкие. За 5 лет ФОТ по категории «врачи» вырос всего на 5,39 %, что даже меньше инфляционного фактора. Основная причина «провального» уровня ФОТ в 2020-2021 г. - пандемия COVID-19. Длительные временные отрезки первичная медико-санитарная помощь была закрыта для населения. Учреждение оказывало только помощь населению в неотложных состояниях. Чуть лучше ситуация в части темпа роста ФОТ по среднему медперсоналу – 16,82%. Это объясняется набором в штат фельдшеров, которые имеют более высокую квалификацию, а отсюда – более высокий уровень заработной платы.

Таблица 1 – Фонд оплаты труда в поликлинике по категориям сотрудников в 2018-2022 гг., млн. руб.

Категория сотрудников	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	
					всего	% к 2018 г.
Врачи	19,11	21,55	18,1	19,04	20,14	105,39
Средний медперсонал	20,79	23,987	19,875	24,15	24,286	116,82
Прочий персонал	6,14	9,37	8,24	9,1	9,92	161,56

Факторный анализ фонда оплаты труда представлен в таблице 2.

Таблица 2 – Факторный анализ фонда оплаты труда поликлиники в 2018-2022 гг.

Категории персонала	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	
					всего	+, – к 2018 г.
Количество занятых ставок, ед.						
Врачи	91,5	54	46,25	50,25	47,25	-44,25
СМП	159,5	97,25	86,25	87,5	80,5	-79
Прочий	76	41,5	34,25	48,25	43,25	-32,75
Итого	327	192,75	166,75	186	171	-156
Среднегодовая заработная плата, тыс. руб./год						
Врачи	458,16	464,46	402,12	492,07	538,56	80,4
СМП	232,05	266,82	245,64	318,6	322,44	90,39
Прочий	184,96	242,65	253,44	266,98	292,44	107,48
Итого	875,17	973,93	901,2	1077,65	1153,44	278,27
Фонд оплаты труда, тыс. руб.						
Врачи	19105,24	21551,09	18095,12	19043,09	20144,64	1 039,40
СМП	20790,42	23987,42	19875,46	24149,79	24285,94	3 495,52
Прочий	6 140,69	9 366,27	8 236,79	9 103,91	9 916,48	3 775,79
Итого	46036,35	54904,78	46207,37	52296,79	54347,06	8 310,71
Врачи	45,29	49,90	43,27	39,08	39,39	-5,89
СМП	87,68	93,78	75,29	81,89	76,16	-11,52
Прочий	41,43	38,72	36,35	34,43	37,64	-3,79
Итого	174,40	182,40	154,90	155,40	153,20	-21,20

Высокий темп роста фонда оплаты труда по категории «прочий персонал» - 61%. Причиной тому является постоянный рост размера МРОТ, набор в штат поликлиники специалистов с высшим образованием (до 2019 г. практически все специалисты были внешними совместителями). Такая тенденция крайне неблагоприятна, так как она снижает не только результаты финансово-хозяйственной деятельности поликлиники, но и негативно отражается на качестве оказания услуг, на показателях текучести кадров, на социально-психологическом климате в коллективе в целом.

Факторный анализ динамики фонда оплаты труда показывает, что изменение фонда оплаты труда за рассматриваемый период на 8310,71 тыс. руб. обусловлено увеличением среднегодовой заработной платы на 278,27 тыс. руб., (32%), такие показатели, как среднесписочная численность, число занятых ставок – не имеют связи с ростом фонда оплаты труда, поскольку прослеживается их тенденция к снижению.

Аналитическая оценка размера фонда оплаты труда сотрудников поликлиники позволяет сделать вывод, что заработная плата работников исследуемой организации ниже среднеотраслевых показателей по Алтайскому краю. Очевидно, прослеживается невысокий темп роста фонда оплаты труда. Врачи данной поликлиники получают меньшую заработную плату по сравнению с другими специалистами одинакового уровня квалификации. Для решения данной проблемы целесообразно развивать платные услуги, использовать активно цифровые технологии для организации консультационной работы в отношении пациентов. По итогам 2022 г. средний размер оплаты труда по категории «врачи» исследуемой поликлиники составляет 45360,4 руб.

На следующем этапе проанализируем структуру оплаты труда, данные представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Структура фонда оплаты труда в поликлинике в 2018-2022 гг.

Категория сотрудников		2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Врачи	млн. руб.	19,11	23,58	20,31	23,61	23,22
	%	39,07	38,31	37,47	37,39	36,76
Средний медперсонал	млн. руб.	20,79	24,14	20,32	24,38	24,40
	%	42,51	39,21	37,48	38,60	38,63
Руководители	млн. руб.	2,87	4,10	4,82	5,51	5,04
	%	5,87	6,67	8,89	8,72	7,98
Прочий персонал	млн. руб.	6,14	9,74	8,76	9,66	10,50
	%	12,55	15,81	16,16	15,29	16,63
Всего, млн. руб.		48,91	61,56	54,21	63,16	63,16

Анализ структуры фонда оплаты труда позволяет убедиться в том, что наибольший удельный вес приходится на фонд оплаты труда категории «средний медперсонал» и «врачи». Стоит отметить тот факт, что структура фонда оплаты труда на протяжении последних пяти лет существенно не менялась, несколько сократился удельный вес фонда оплаты труда категории «врачи», увеличился удельный вес фонда оплаты труда категории «руководители». Таблица 12 – Структура фонда оплаты труда по источникам финансирования поликлиники в 2018-2022 гг.

Структура ФОТ по источникам		2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
ФОТ, всего, в т.ч.	млн. руб.	48,91	61,56	54,21	63,16	63,16
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
за счет средств бюджета	млн. руб.	-	-	1,20	0,95	0,79
	%	-	-	2,21	1,50	1,25
за счет средств ОМС	млн. руб.	47,75	60,35	51,98	60,79	61,22
	%	97,60	98,00	95,89	96,25	96,90
за счет средств ПД	млн. руб.	1,16	1,21	1,03	1,42	1,15
	%	2,36	1,97	1,90	2,25	1,82

Анализ структуры фонда оплаты труда показывает, что более 95% занимают средства ОМС, практически 2% – это средства приносящей доход деятельности, около 1,5% - средства краевого бюджета. Тенденция последних лет – краевой бюджет дополняет средства ОМС. Как правило, это целевые средства на стимулирующие выплаты медицинским работникам. Поступление и расходование происходит в 4 квартале. В планировании фонда оплаты труда эти средства не участвуют. В связи с этим, возникает проблема планирования расходов учреждения на плановый период, а также планирование увеличения фонда оплаты труда.

Итак, для поликлиники характерны невысокие темпы роста фонда оплаты труда. Фонд оплаты труда увеличивается темпами ниже, чем среднеотраслевые в здравоохранении Алтайского края. Размер заработной платы врача в среднем составляет 45360,4 руб., средняя оплата труда в целом по поликлинике составила 32345,3 руб. Система управления фондом оплаты труда нуждается в совершенствовании.

Библиографический список

1. Воробьев С.П. Дифференциация медицинских организаций сельских территорий Алтайского края по объемам финансирования // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2021. – №19. – С. 62-67.
2. Куликова И.В., Дедова К.А. Организация и финансирование региональной системы обязательного медицинского страхования (на примере Алтайского края) // Алтайский вестник государственной и муниципальной службы. – 2020. – №18. – С. 87-89.
3. Воробьев С.П. Статистическая оценка финансового состояния медицинских организаций региона // Новая реальность современного мира: вызовы и перспективы: материалы Международной научно-практической конференции. – Барнаул: Азбука, 2021. – С. 207-210.

Научный руководитель – Воробьева В.В., к.э.н., доцент

Оценка роли бизнеса в формировании доходов регионального и местного бюджета

Несветайлов Е.Н.

*Алтайский филиал РАНХиГС
г. Барнаул*

Наполнение бюджета местного самоуправления является важной и сложной задачей, т.к. для решения большинства оперативных задач развития территорий, своевременного и эффективного решения вопросов местного значения требуются серьезные финансовые вложения. При этом роль бизнеса в формировании бюджета муниципального образования весьма велика, в частности при обеспечении функций и задач местного самоуправления, так же доходы предприятий выступают частью финансовой базы исполнительных и представительных органов местного самоуправления. Проблемы формирования доходов местных бюджетов состоят в низком уровне налоговых доходов в структуре муниципального бюджета.

Рассматривая возможности для расширения финансовой базы бюджета Алтайского края и г. Барнаула оценим общий уровень формирования их бюджетов (рис. 1). Наибольшая часть (42%) доходов бюджета края формируется за счет поступлений из городских округов - городов: Барнаул, Бийск, Рубцовск и Новоалтайск, в том числе из Барнаула поступает 29% доходов территориального бюджета. В последние годы заметно увеличивается часть безвозмездных поступлений, что характеризует высокую зависимость бюджета края, налоговые доходы увеличились всего в 1,4 раза. В крае проводится политика, направленная на выравнивание бюджетной обеспеченности муниципальных образований. Для

выравнивания финансовых возможностей муниципальных образований органам местного самоуправления оказывается финансовая поддержка из краевого бюджета. Тем самым для жителей края создаются более равные возможности для получения определенного набора социальных и общественных услуг.

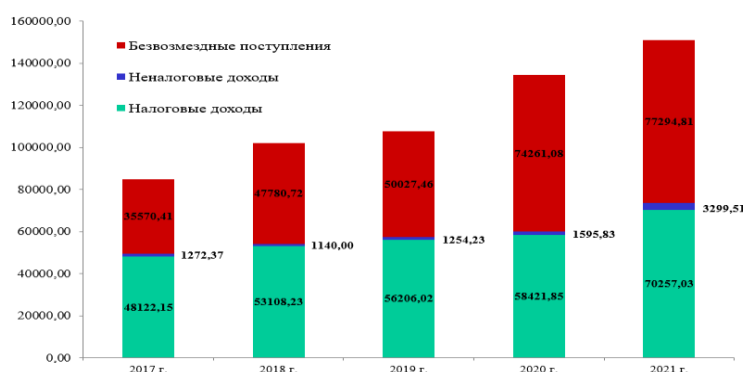


Рисунок 1 – Структура и динамика доходов бюджета Алтайского края за 2017-2021 гг., млн руб.

Рассматривая показатели дохода бюджета города Барнаула (таблица 1) можно сделать вывод, что доходная часть формируется, в основном, за счет крупных налогоплательщиков, их доля в доходах бюджета составляет свыше 60%.

Таблица 1 – Состав доходов бюджета г. Барнаул, млн. рублей

Наименование показателя	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.
Доходы, в том числе	11 879	12 985	15297	16454	18470
Налоговые доходы	5159	5635	6124	6323	7491
Неналоговые доходы	1282,5	1235	1209	1661	1349
Безвозмездные поступления	5 438	6115	7964	8470	9631
Расходы	11 888	12947	15036	16107	18472
Дефицит (-)/ Профицит (+)	-9	38	261	347	-1

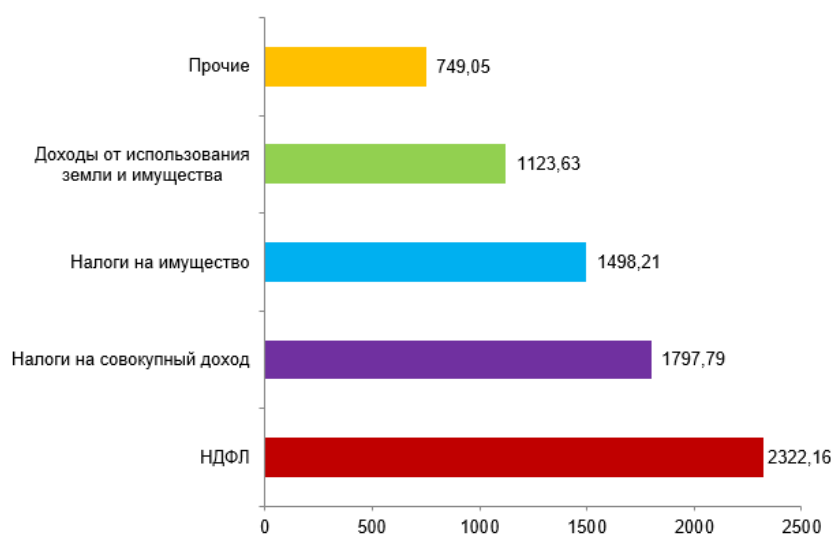


Рисунок 2 – Налоговые доходы бюджета г. Барнаула за 2021 год, млн рублей

Поступления от налоговых доходов (рис. 2), в частности НДФЛ, также формируются за счет персонала, работающего в штате крупных налогоплательщиков (ООО «Розница К-1», ООО «НОРТЕК», АО «Барнаултрансаш», ООО «Барнаульский водоканал», ООО «Управляющая», ООО «Жилищная инициатива»). Уровень поступлений по НДФЛ регулируется федеральными нормативами и зависит от уровня доходов жителей, исчисляется

налоговыми агентами по месту регистрации. В целом можно сделать вывод о том, что малый бизнес, по сравнению с крупным и средним бизнесом имеет незначительную долю в формировании бюджета города. Но все же в целом бизнес играют огромную роль при формировании доходов бюджетов всех уровней – местного, регионального, федерального. Основным источником поступлений денежных средств от юридических лиц напрямую, являются взимаемые с них налоги. В таблице 2 отражены налоги, которые взимаются непосредственно с бизнеса.

Таблица 2 – Доходы бюджета г. Барнаула, поступающие от организаций [1]

Наименование показателя	2019 г.	2020 г.	2021 г.
Доходы, тыс. руб.	15296881	16453724	18470283
Налог, взимаемый в связи с применением упрощенной системы налогообложения, тыс. руб.	1576598	1661765	2386492
Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности, тыс. руб.	445957	384049	108225
Единый сельскохозяйственный налог, тыс. руб.	11268	53567	12338
Налог, взимаемый в связи с применением патентной системы налогообложения, тыс. руб.	14173	8291	206199
Доля налоговых поступлений от организаций в целом, %	13	13	15
Налог, взимаемый в связи с применением упрощенной системы налогообложения, %	10	10	13
Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности, %	3	2	0,59
Единый сельскохозяйственный налог, %	0,1	0,3	0,1
Налог, взимаемый в связи с применением патентной системы налогообложения, %	0,1	0,05	1

Уровень налогов, взимаемых с организаций, которые поступают в бюджет города Барнаул, находится в промежутке от 10% до 15%. Наибольшая доля среди налогов, уплачиваемых организациями, является налог, взимаемый с применением упрощенной системы налогообложения. Так, с 2019 года по 2021 год его доля в общих доходах бюджета города Барнаул увеличилась на 2,61%. При этом сама величина поступлений от данного вида налога увеличилась на 809894 тыс. руб. Доля налога, взимаемого с применением патентной системы налогообложения, увеличилась с 0,09% в 2019 году до 1,12% в 2021 году. Это связано с тем, что часть организаций, которые применяли ранее единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности, из-за его отмены были вынуждены выбрать для себя новые системы налогообложения, в том числе и налог, взимаемый с применением патентной системы налогообложения.

Помимо доходов, которые организации уплачивают с финансовых результатов своей деятельности, имеются и другие поступления в бюджет от представителей бизнеса. Так, например, многие организации уплачивают земельный налог, налог на добычу полезных ископаемых, сбор за пользование объектами животного мира. Дополнительно Администрация г. Барнаула с целью получения доходов регулярно проводит аукционы по сдаче земли в аренду, мест под рекламу и прочее. Основными потребителями этих услуг является бизнес, который платит за использование государственной собственностью [2, 3, 4]. НДС, на который приходится более 40% всех доходов бюджета города Барнаул, уплачивается за счет деятельности бизнеса. Если бы организации не предоставляли рабочие места местному населению, то соответственно люди не имели бы возможность получить работу, в следствии чего доходы бюджета значительно бы сократились.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что бизнес играет ключевую роль при формировании доходов любого бюджета. Поступления в бюджет формируются как напрямую с налогов, которые взимаются с бизнеса за их финансовые результаты деятельности, так и косвенно через услуги, оказываемые бизнесу. Поэтому, для повышения эффективности формирования доходов регионального и местного бюджета, поступающих от бизнеса необходимо объединение усилий местных и региональных властей по нескольким

направлениям деятельности: укреплять социальную стабильность;; активизировать экономический рост территорий; расширять налоговую базу по налогам на имущество, земельный налог, транспортный налог; повышать объемы поступлений по НДС, налогу на прибыль организаций и акцизов; увеличивать объем поступлений по неналоговым доходам; оказывать эффективную поддержку малого и среднего бизнеса; проводить регулярный мониторинг налоговой дисциплины получателей финансовых средств по государственным и муниципальным контрактам.

Библиографический список

1. Исполнение местных бюджетов [Электронный ресурс] // Официальный сайт Министерства финансов Алтайского края – URL: <https://minfin.alregn.ru/isp/isploc/>
2. Купянская М.А. Отраслевые аспекты налоговой нагрузки / М.А. Купянская // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2021. – №19. – С. 100-105.
3. Воробьева В.В. Место налоговых доходов в структуре доходов федерального бюджета Российской Федерации / В.В. Воробьева, М.А. Купянская // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2020. – №17. – С. 36-41.
4. Кулагин П.Б. Статистическая оценка структурных сдвигов в формировании доходной части местного бюджета Мирнинского района Республики Саха (Якутия) / П.Б. Кулагин, Я.Р. Мершалов // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2021. – №19. – С. 92-95.

Научный руководитель – Князева О.М., к.э.н.

Коммерческая деятельность и подходы к оценке эффективности финансирования медицинских организаций

Эйсмонт М.В., Ткаченко О.В.

*Алтайский филиал РАНХиГС
г. Барнаул*

В системе финансового обеспечения социальной сферы одной из самых острых проблем является проблема финансирования медицинских организаций, так как от полноценности и своевременное финансирования зависит качество медицинской помощи, оказываемой населению страны. Сфера здравоохранения отличается от других отраслей экономики наличием трех разных маршрутов поступления финансовых ресурсов и поэтому определяется уникальностью системы ее финансирования. Также как и коммерческие медицинские организации, бюджетные учреждения здравоохранения в составе своих источников финансирования имеют доходы от оказания платных медицинских услуг, поэтому рост эффективности коммерческой деятельности для таких организаций, несомненно, является важным вопросом. В частности, высокий уровень доходов от платных медицинских услуг позволяет закупать современное медицинское оборудование, тем самым способствовать повышению качества оказания как платных, так и бесплатных медицинских услуг. Кроме этого, дополнительные доходы от платных услуг позволяют бюджетным учреждениям здравоохранения своевременного и эффективного решения текущие вопросы.

Сфера здравоохранения имеет несколько источников финансирования медицинских организаций: государственный бюджет, страховые взносы (государственные фонды; личные денежные средства населения на оказание платных, коммерческих услуг [1]. Современные источники финансирования учреждений сферы здравоохранения включают: средства, направляемые на обязательное медицинское страхование; средства целевых фондов, предназначенные для охраны здоровья граждан; средства государственных внебюджетных

фондов; средства, направляемые на добровольное медицинское страхование; доходы организаций здравоохранения от осуществления в установленном законом порядке предпринимательской деятельности; добровольные взносы и пожертвования граждан и юридических лиц; другие источники [2].

В зависимости от источника финансирования выделяют три основные модели финансирования здравоохранения. Первая, государственно-бюджетная модель, когда объем финансовых средств из бюджета страны покрывает 90% нужд бюджетного учреждения здравоохранения. С 1930-ых годов до недавнего времени подобная модель реализовывалась в РФ. Вторая, социально-страховая модель, где финансирование осуществляется за счет взносов целевого назначения от юридических лиц. Такая модель применяется во Франции, Бельгии, Австрии, Японии, Германии. Третья, рыночная или частная модель финансирования медицинских организаций. В Российской Федерации действует смешанная модель финансирования здравоохранения. Финансирование осуществляется за счёт бюджетных (субсидии на выполнение государственного задания, бюджетная смета) и внебюджетных (доходы по системе обязательного медицинского страхования – ОМС, доходы от оказания платных услуг, от собственности) источников. В таблице 1 представлен состав, структура и динамика источников финансирования учреждений здравоохранения в РФ за счет федерального, регионального бюджетов и средств ОМС [3].

Таблица 1 – Состав расходов бюджетов бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение в 2019-2023 гг.

Наименование	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	Плановый 2023 г.
Текущие цены, млрд. руб.					
Федеральный бюджет	713	1265	1129	1135	1101
Средства обязательного медицинского страхования (ОМС)	2187	2369	2545	2658	2798
Консолидированный бюджетов субъектов РФ	905	761	753	798	850
Итого:	3805	4394	4428	4591	4748
Доля в ВВП, %	4	4	4	4	4
Постоянные цены 2019 г., млрд. руб.					
Федеральный бюджет	713	1214	1041	1004	935
Средства обязательного медицинского страхования (ОМС)	2187	2274	2346	2352	2376
Консолидированные бюджеты субъектов РФ	905	730	694	706,2	721
Итого:	3805	4218	4081	4062	4033
Валовый внутренний продукт, трлн. руб.	109	107	115	123	132
Уровень инфляции, %	3,5	4	4	4	4

Расходы по бюджетным источникам финансирования на протяжении исследуемого периода только сокращаются, это может привести к дальнейшему снижению бесплатной медицинской помощи, гарантированной Конституцией и к росту количества проблем в сфере здравоохранения. Поэтому необходимо изыскивать дополнительные средства для финансирования отрасли. Выявление дополнительных источников доходов для финансирования требует применения методов и методик оценки эффективности финансирования медицинских учреждений. С целью оценки эффективности финансирования медицинских организаций могут быть применены современные подходы, такие как: статистический, медико-экономический, экспертных оценок, опрос населения, комплексный. К основным методам относят: финансово-экономический анализ, технико-экономический анализ, функционально–стоимостной анализ. Финансово–экономический анализ, заключается в проведении исследования динамики и структуры финансовых показателей медицинского учреждения (доходов и расходов), при этом в качестве показателей выступают: себестоимость услуг и работ, прибыль от коммерческой деятельности, выполнение плана государственного

задания и др. Суть технико-экономического метода заключающийся в исследовании уровня оснащённости медицинского учреждения техническими средствами и оборудованием. Такой подход показывает эффективность использования финансовых средств медицинского учреждения на проведение ремонтных работ, закупку оборудования. Функционально–стоимостной анализ позволяет оценить уровень расходов и трудозатраты медицинского учреждения.

В Методических рекомендациях по определению критериев изменения типа государственных учреждений [4] оценку экономического потенциала медицинского учреждения рекомендуется проводить на основе следующих показателей: средняя доля внебюджетных средств в общем объеме финансового обеспечения; средние показатели роста балансовой стоимости базовых фондов; средние показатели доходности в разрезе имеющихся источников финансирования; средние показатели роста бюджетных средств на единицу одной медуслуги; средние показатели роста зарплаты медработников учреждения; коэффициент эффективности использования фондов, предназначенных для оплаты труда медработников, этот показатель определяется как соотношение роста зарплаты сотрудников медучреждения к росту зарплаты управленческого персонала. Показатели берутся за отчетный финансовый год и два предыдущих финансовых года. Данные аспекты также были исследованы учеными Алтайского края [5, 6].

По итогам исследования выявлено, что в теории и практике применяется несколько разнонаправленных подходов к оценке эффективности финансирования медицинских организаций, поэтому требуется разработка специального подхода позволяющего оценить эффективность коммерческой деятельности медицинской организации. Современная экономическая обстановка в отрасли требует нестандартных и оперативных методов управления и планирования, в том числе, направленных на увеличение внебюджетных источников финансирования медицинской организации и доходов от платных услуг, оставляя возможность для внедрения инновационных идей руководителям медицинских организаций и их команде.

Библиографический список

1. Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31.07.1998 № 145-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 03.08.1998 г. № 31 ст. 3823.
2. Приказ Минфина России от 29.12.2022 №198н «Об утверждении Порядка учета Федеральным казначейством поступлений в бюджетную систему Российской Федерации и их распределения между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации» / Официальный интернет-портал правовой информации(pravo.gov.ru).
3. Основные направления бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики РФ на 2022 год и на плановые 2023-2024 гг. [Электронный ресурс] // Официальный сайт Министерства финансов РФ – URL: <https://minfin.gov.ru/common/upload/library/2021/09/main>.
4. Распоряжение Правительства РФ от 07.09.2010 № 1505-р «Об утверждении методических рекомендаций по определению критериев изменения типа государственных учреждений субъектов РФ и муниципальных учреждений с учетом сферы их деятельности и рекомендаций по внесению изменений в трудовые договоры с руководителями бюджетных учреждений субъектов РФ и муниципальных бюджетных учреждений» / Собрание законодательства РФ от 13.09.10 № 37 ст. 4776.
5. Воробьев С.П. Дифференциация медицинских организаций сельских территорий региона по величине просроченной кредиторской задолженности // Экономическое развитие региона: управление, инновации, подготовка кадров. – 2021. – №8. – С. 78-81.
6. Куликова И.В., Дедова К.А. Организация и финансирование региональной системы обязательного медицинского страхования (на примере Алтайского края) // Алтайский вестник государственной и муниципальной службы. – 2020. – №18. – С. 87-89.
7. Слуцкая О.П., Лукина Е.В. Эффективность системы здравоохранения России // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2023. – № 2(23). – С. 30-31.

Научный руководитель – Князева О.М., к.э.н.

Содержание

Валикова К.В. Оценка формирования бюджета внебюджетного фонда	3
Замятина А.В. Оценка эффективности использования капитала группы компаний взаимосвязанных лиц в сельском хозяйстве.....	5
Злобина М.Е. Состояние рынка спортивно-оздоровительных услуг в городе Барнауле и Алтайском крае.....	8
Злобина М.Е., Олчонов В.Ю. Методический подход к оценке конкурентоспособности коммерческих организаций.....	10
Ким Е.А., Полеваева Н. В. Проблемы финансирования учреждений здравоохранения в Российской Федерации	12
Коткин А.В., Фефелов Е.Е. Направления повышения доходов научно-исследовательских институтов при развитии механизма государственно-частного партнерства	13
Пенягина И.Ю. Система мотивации персонала в медицинской организации как совокупность факторов воздействия на трудовое поведение	15
Поляков П.А. Содержание финансирования государственных программ поддержки орошения в Российской Федерации и Алтайском крае.....	17
Поляков П.А. Состояние мелиоративного комплекса Алтайского края и финансовое обеспечение государственных программ в области мелиорации ...	19
Пустовалов В.А., Голубева А.М., Пашун А.С. Оценка финансовой устойчивости и убыточности страховых операций страховой компании.....	22
Сидорова И.В., Кирячек Е.В. Факторы, определяющие изменение фонда оплаты труда в медицинских организациях	26
Силантьева О.Ю. Современное состояние и проблемы развития государственно-частного партнерства в системе здравоохранения	28
Силантьева О.Ю., Козлова Е.В. Гарантии и риски при реализации проектов государственно-частного партнерства в здравоохранении	30
Шумкова И.А. Факторный анализ выработки медицинских работников в поликлинике.....	32
Шумкова И.А., Кирячек Е.В. Факторный анализ фонда заработной платы работников городской поликлиники.....	35
Несветайлов Е.Н. Оценка роли бизнеса в формировании доходов регионального и местного бюджета	37
Эйсмонт М.В., Ткаченко О.В. Коммерческая деятельность и подходы к оценке эффективности финансирования медицинских организаций	40

Научное электронное издание

**АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ.
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКАЯ СРЕДА АЛТАЙСКОГО КРАЯ**

IV Региональный круглый стол
(15 февраля 2024 г.)

Сборник научных трудов

Материалы публикуются в авторской редакции

Подписано в печать 15.03.2024
Объем электронного издания 2 Мб

Издание подготовлено Алтайским государственным техническим
университетом им. И.И. Ползунова
656038, г. Барнаул, пр. Ленина, д.46,
https://journal.altstu.ru/konf_2020/2020_1/67/

[В начало](#)