

На правах рукописи



**ЗИНУРОВА ГУЗЕЛЬ ХАЛИТОВНА**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО  
МЕХАНИЗМА РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА  
«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ» (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН)**

**5.2.3. Региональная и отраслевая экономика  
(экономика сферы услуг)**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата экономических наук

Санкт-Петербург

2025

Работа выполнена в Набережночелнинском институте Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Научный руководитель: доктор экономических наук, доцент  
**Ваславская Ирина Юрьевна**

Официальные оппоненты:

доктор экономических наук, профессор  
**Максимова Татьяна Геннадьевна**

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский университет ИТМО», Факультет технологического менеджмента и инноваций, профессор, Факультет прикладной информатики, профессор, г. Санкт-Петербург

кандидат медицинских наук  
**Рагозин Андрей Васильевич**

Федеральное государственное образовательное бюджетное учреждение высшего образования «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», Центр проблем организации, финансирования и межтерриториальных отношений в здравоохранении, директор, г. Санкт-Петербург

Ведущая организация:

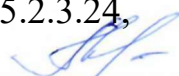
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Защита состоится «25» сентября 2025 года в 16:00 на заседании диссертационного совета У.5.2.3.24 федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого» (194021, г. Санкт-Петербург, ул. Новороссийская, 50, корпус 50, аудитория 2405).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте <https://www.spbstu.ru/> федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого».

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

Ученый секретарь диссертационного совета У.5.2.3.24,  
кандидат экономических наук, доцент



А.С. Краснов

## **I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Актуальность темы** диссертационного исследования обусловлена тем, что, даже в условиях последствий пандемии COVID-19 и экономических санкций, приоритетом продолжающихся активных преобразований российского здравоохранения является повышение качества оказания медицинской помощи и рост расходов на нее. Более десяти лет под пристальным вниманием Президента страны и Правительства реализуется национальный проект «Здравоохранение», включающий в себя ряд программ, осуществляемых на федеральном и региональном уровнях, направленных на улучшение ситуации в жизненно важной социальной сфере и требующих соответствующего финансирования из различных источников, а также жесткого контроля над эффективностью его расходования. Реализация этих программ осложняется множеством институциональных, правовых, а также организационно-экономических проблем, накопившихся в здравоохранении за долгие годы, начиная с переходного периода экономики. Несовершенство организационно-экономического механизма отражается на эффективности деятельности медицинских организаций и качестве оказания медицинских услуг. Низкая эффективность во многом обусловлена высокой степенью бюрократизированности, отсутствием специально подготовленных экономических кадров для сферы здравоохранения, несовершенством организационно-экономических форм и методов управления затратами на фоне современных преобразований и почти полным ее отсутствием применительно к медицинским организациям. Сегодня как никогда система здравоохранения поставлена в условия поиска путей повышения результативности использования средств, не снимая основной цели государственного масштаба – постоянного повышения качества медицинской помощи и роста его объемов.

Актуальность темы исследования также подтверждается тем, что ряд коррективов в текущее развитие федеральной и региональной систем здравоохранения внесли пандемия COVID-19 и постковидный период, наглядно продемонстрировавшие имеющиеся проблемы в данной сфере. Этот период потребовал реализации новых программ в области здравоохранения на всех ее уровнях, а, следовательно, дополнительного выделения средств, которые необходимо использовать с максимальной эффективностью.

В настоящее время отечественное здравоохранение оказалось под негативным воздействием антироссийских санкций и, следовательно, перед очередными масштабными непредвиденными расходами. Развертывание системы импортозамещения по целому ряду направлений (лекарственное сырье, компоненты, расходные материалы, медицинское оборудование), научные и технологические исследования – все это требует дополнительных финансовых средств и рационального их использования.

Совершенствование организационно-экономического механизма реализации национального проекта «Здравоохранение» становится задачей первостепенной важности для руководителей всех уровней. Решение поставленных перед здравоохранением современных целей и задач требует кардинального изменения теоретико-практических подходов к приемам, методам и инструментам планирования, учета, контроля, оценки качества медицинских услуг и управления затратами на всех стадиях реализации программ проекта «Здравоохранения» с учетом их специфики. Таким образом, актуальность обусловлена необходимостью совершенствования организационно-экономического механизма реализации национального

проекта «Здравоохранение» для обеспечения потребностей населения России в медицинской помощи и повышении качества оказания медицинских услуг.

**Научная проблема** заключается в несовершенстве организационно-экономического механизма оценки социально-экономической эффективности деятельности медицинских организаций и управления затратами при реализации национального проекта «Здравоохранение» на уровне региона.

**Степень разработанности проблемы.** Проблематикой комплексной оценки затрат, методикой их распределения между видами услуг, а также определением степени их эффективности в разное время занимались такие ученые как Т. Ю. Шейнина, М. Л. Макальская, Л. В. Егорова и др., но, кроме обозначенных, есть ряд других не менее важных вопросов по управлению затратами в здравоохранении и повышении их эффективности, не разрешенных в полной мере на текущий момент времени.

Организация управления в медицинских организациях, учет затрат на медицинские услуги, а также формы взаимодействия в системе здравоохранения с использованием институтов государственно-частного партнерства достаточно полно рассмотрены в работах Л. В. Егоровой, Г. Н. Голуховой, Н. А. Мешковой, В. Ю. Семеновской, И. Ю. Ваславской, Ю. В. Шиленко. Вместе с тем, до настоящего времени не был разработан и предложен четкий практический алгоритм управления затратами в здравоохранении, охватывающий все возможные приемы и методы.

Существенный вклад в проработку вопросов по организации учета затрат и калькулирования себестоимости продукции, работ, услуг внесли российские ученые Р. А. Алборов, Н. А. Бреславцева, М. А. Вахрушина, О. В. Ефимова, и др. Однако на данный момент отсутствуют методологические разработки полного цикла ОУЗ в здравоохранении: от его концепции и организации до процесса осуществления и составления отчетности.

При исследовании различных аспектов планирования, классификации затрат и управления ими в медицине были использованы разработки В. В. Уйба, Л. В. Кайковой, А. Н. Бараевой, В. М. Ивойлова, Г. Н. Царика и некоторых других специалистов. Вместе с тем, до настоящего времени не был проведен полный сравнительный анализ известных в российской и зарубежной практике методов учета затрат с точки зрения возможности применения в сфере здравоохранения.

В углублении теоретических, организационных и методических основ учета затрат и калькулирования себестоимости продукции, работ, услуг был использован зарубежный опыт Х. Андерсона, К. Друри, Д. Колдуэлла, Б. Нидлза, Б. Райана и др. Однако данный опыт не может быть калькирован на российскую действительность без соответствующей адаптации и изучения особенностей управления затратами в системе здравоохранения нашей страны.

Кроме того, до сих пор мало внимания в публикациях уделяется возможности сквозного управления затратами в здравоохранении по принципу «сверху вниз» и оценке его эффективности по принципу «снизу вверх». Также недостаточно научных работ посвящено анализу региональных проблем управления затратами, организационно-экономическим инструментам, позволяющим грамотно использовать полученные средства и об оценке эффективности их использования. Отсутствуют исследования в области анализа факторов, тормозящих внедрение в сфере здравоохранения РФ одного из самых эффективных инструментов управления затратами – управленческого учета.

**Цель исследования** – совершенствование организационно-экономического механизма реализации национального проекта «Здравоохранение» посредством разработки методов повышения социально-экономической эффективности деятельности медицинских организаций и управления затратами как элементов организационно-экономического механизма.

Обозначенная цель обуславливает постановку ряда взаимосвязанных научно-практических задач:

1) исследовать генезис характеристик затрат и расходов, присущих медицинским организациям, а также организационно-экономических приемов и методов управления ими в современных условиях;

2) выявить проблемы функционирования существующего механизма распределения затрат в медицинских организациях;

3) проанализировать организационно-экономические проблемы реализации национальных проектов в сфере здравоохранения России и в Республике Татарстан (далее – РТ);

4) предложить пути повышения социально-экономической эффективности деятельности медицинских организаций и оказания медицинской помощи;

5) разработать алгоритм внедрения системы учета затрат медицинской организации по оказанию медицинских услуг;

6) рассмотреть возможности применения экономико-математического моделирования для планирования расходов на здравоохранение.

**Предмет исследования** – элементы организационно-экономического механизма оценки социально-экономической эффективности деятельности медицинских организаций при реализации национального проекта «Здравоохранение».

**Объект исследования** – медицинские организации Республики Татарстан.

**Теоретико-методологическая база исследования** опирается на общенаучные методы исследования в области экономики здравоохранения, научные труды отечественных и зарубежных специалистов, материалы научно-практических конференций по проблемам региональной экономики здравоохранения, специфики оценки экономическо-социальной эффективности услуг медицинских организаций.

В соответствии с решаемыми задачами в работе использовались традиционные методы анализа и прогнозирования, количественно-статистического анализа, синтеза, дедукции, индукции, математического моделирования, планирования с использованием индикативных показателей, сравнения, логического сопоставления, экстраполяции.

**Информационно-статистической базой исследования** послужили федеральные законы и нормативно-правовые акты РФ, государственные, федеральные и отраслевые программы развития системы здравоохранения, касающиеся оказания медицинской помощи и развития всей отрасли, данные Федеральной службы госстатистики РФ, Министерства здравоохранения РФ, электронные ресурсы, инструктивные и методические материалы.

**Обоснованность и достоверность результатов исследования.** Обоснованность научных положений, выводов и практических рекомендаций, полученных в диссертации, обеспечивается комплексным анализом отечественных и зарубежных трудов по управлению затратами в здравоохранении, что позволило разработать новый инструментарий и основные направления совершенствования методологии управления затратами в отрасли.

Достоверность результатов исследования обеспечивается публикациями автора в рецензируемых журналах, успешным представлением основных положений на ведущих международных и всероссийских научно-практических конференциях, а также принятием результатов диссертации к использованию в учебном процессе вузов (в т. ч. при повышении квалификации главных врачей и их заместителей) и в практике медицинских организаций.

Практические рекомендации, изложенные в работе, обоснованы проведенными исследованиями и могут служить руководством при решении практических задач на различных уровнях системы здравоохранения.

**Соответствие диссертации Паспорту специальности.** Исследование соответствует паспорту научной специальности 5.2.3. «Региональная и отраслевая экономика», а именно п. 4.

«Экономика сферы услуг»: п. 4.12. «Экономика здравоохранения», п. 4.18. «Социально-экономическая эффективность и качество обслуживания населения в отраслях сферы услуг».

**Научная новизна результатов исследования** заключается в совершенствовании организационно-экономического механизма реализации национального проекта «Здравоохранение» на основе использования новых подходов и методов повышения социально - экономической эффективности деятельности медицинских организаций и управления затратами с целью повышения экономико-социальной результативности и общественно значимых функций программ здравоохранения, обеспечения релевантным информационным сопровождением исполнения государственных заданий, а также реформирования отрасли в современных экономических условиях на уровне региона.

**Наиболее существенные результаты исследования, обладающие научной новизной и полученные лично соискателем:**

1. Разработаны новые и усовершенствованы действующие теоретико-методические подходы к организационно-экономическому механизму управления затратами в системе здравоохранения, в большей степени соответствующие текущей социально-экономической ситуации в стране и целям здравоохранения по повышению качества медицинских услуг, включающие в себя:

- уточненную трактовку понятий «расходы» и «затраты» применительно к деятельности медицинских организаций (далее – МО) с учетом влияния на финансовый результат и отражающую величину возможных экономических потерь, связанных со спецификой деятельности МО, отличающуюся от предшествующих своей универсальностью в отношении как государственных, так и коммерческих организаций;

- комплексную классификацию затрат МО, обеспечивающую полноту их рассмотрения для более точного формирования себестоимости медицинских услуг, прогнозирование поведения затрат в зависимости от объема и качества медицинской помощи, факта оплаты, целевого назначения, уровня контроля и пр.;

- предложение и обоснование применения системы методов управления затратами: абсорбшен-костинг, кайзен-костинг, метод проектной калькуляции, отвечающие современным целям и задачам здравоохранения.

2. Обоснован методический подход к выделению ЦО на всех уровнях здравоохранения РФ, позволяющий учесть уровень сложности конкретной медицинской услуги в рамках одного направления деятельности медицинского учреждения.

3. Обоснованы новые индикативные показатели и усовершенствована методика расчета социально-экономической эффективности применительно к программе по улучшению условий деятельности медицинских работников, позволяющие учитывать, анализировать и контролировать три компонента эффекта: для пациентов, медицинских работников и процесса государственного управления затратами в здравоохранении.

4. Разработан алгоритм внедрения системы учета затрат по оказанию медицинских услуг и предложено методическое обеспечение для его реализации: два варианта подхода к составлению рабочего Плана счетов, концепция оперативного учета затрат для МО, матрица внедрения оперативного учета затрат в здравоохранении и проекты отчета об итогах деятельности ЦО на каждом из иерархических уровней системы здравоохранения.

5. Разработаны параметры для экономико-математической модели парной регрессии с целью анализа и прогнозирования расходов на здравоохранение на региональном уровне.

**Теоретическая значимость исследования** заключается в обосновании необходимости обновления организационно-экономических подходов к формам и методам управления затратами в системе здравоохранения, углублении и совершенствовании теоретико-методических подходов к управлению затратами, разработке комплекса рекомендаций, направленных на повышение качества медицинской помощи и роста экономико-социальной эффективности использования финансовых ресурсов, выделяемых на здравоохранение и реализацию национального проекта «Здравоохранение».

**Практическая значимость исследования** состоит в том, что полученные результаты и разработанные рекомендации могут применяться на всех уровнях системы здравоохранения: от отдельно взятой МО до ведомств и министерств здравоохранения России. По результатам исследования впервые:

- внесены предложения по включению в методические рекомендации Министерства здравоохранения и в Положения по оплате труда отдельно взятых МО стимулирующей надбавки за эффективное использование ресурсов с целью мотивации сотрудников по разумной экономии и повышению результатов деятельности МО в условиях ограниченного финансирования и санкционной экономики (п. 4.18);

- аргументированно обоснована необходимость применения ЦО и популяризации этого приема управления затратами; выявлены причины, тормозящие внедрение положительного опыта отдельных регионов в этой области (п. 4.12);

- рационализированы практические приемы по выделению ЦО в МО, позволяющие использовать их как полноценный инструмент управления в комплексе с систематизированными этапами распределения затрат и в увязке с критериями распределения и источниками финансирования (п. 4.12);

- выявлены, сгруппированы по факторному признаку и проанализированы проблемы, мешающие качественному преобразованию системы здравоохранения и полноценной реализации национального проекта «Здравоохранение» (в целом по стране и по РТ в частности), выступившие базой для разработки комплекса мер по повышению социально-экономической эффективности качества обслуживания населения (п. 4.18);

- аргументированно доказана необходимость добавления в национальный проект «Здравоохранение» посредством перераспределения средств из других направлений еще одной

статьи финансирования, что обеспечивает постоянное содержание коечного фонда в нормативных объемах, действующих до его тотального сокращения с последующим использованием под платные дневные стационары, оздоровительные и реабилитационные центры за счет средств ОМС и ДМС (п. 4.12).

**Апробация работы.** Результаты диссертационного исследования изложены в научных статьях отечественных и зарубежных журналов, докладывались на конференциях и семинарах в России и за границей:

1. Всероссийская научно-практическая конференция «Российское государство, право, экономика и общество: проблемы и пути развития», 2020.

2. XV Международная научно-практическая конференция «Глобальные проблемы научной цивилизации, пути совершенствования», 2022.

Также некоторые результаты диссертации внедрены в практику Филиала ГАУЗ «РКНД МЗ РТ» Набережночелнинский наркологический диспансер; ГАУЗ «Городская поликлиника № 20» г. Казань, ООО «Медград» г. Набережные Челны.

**Публикации по теме исследования.** Опубликовано 8 научных работ общим объемом – 3,22 п. л. (в т. ч. авторских – 3,22 п. л.), в числе которых 5 статей в журналах, входящих в перечень, рекомендованный ВАК при Министерстве образования и науки РФ, 1 статья в изданиях, индексируемых в международной системе Web of Science, 2 статьи в сборниках материалов и научных трудов конференций.

**Структура и содержание диссертационной работы.** Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы из 295 источника, а также из 6 приложений. Работа изложена на 372 страницах, включает 40 рисунков, 38 таблиц и 8 формул.

## II. ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ВЫВОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**1. Разработаны новые и усовершенствованы действующие теоретико-методические подходы к организационно-экономическому механизму управления затратами в системе здравоохранения.**

На первом этапе исследования подтверждено, что выполнение задач проекта «Здравоохранение» зависит от отдельных МО, деятельность которых напрямую связана с затратами и расходами. В теории экономики и учета затрат граница между этими понятиями достаточно размыта и нет единого мнения в их трактовке, а, следовательно, имеет место варьирование в определении конечного финансового результата. Для целостного формирования понятия расходов и затрат в организациях здравоохранения были проанализированы эти дефиниции с позиций разных авторов (Таблицы 1 и 2).

Таблица 1 – Сущность понятия затрат с точки зрения отдельных авторов

Автор	Определение
1	2
Скляренко В. К.	«Затраты – это денежная оценка стоимости материальных, трудовых, финансовых и других видов ресурсов на производство и реализацию продукции за определенный период времени...» <sup>1</sup> .
Лебедев В. Г., Дроздова Т. Г., Кустарев В. П.	«Затраты – это экономический показатель, характеризующий в денежном выражении объем ресурсов за определенный период времени, использованных на производство и сбыт продукции, и отражающий их в составе себестоимости продукции, работ и услуг...» <sup>2</sup> .

<sup>1</sup> Скляренко В. К. В чем разница между затратами, расходами и издержками // НП Центр дистанционного образования «Элитариум». URL: [www.elitarium.ru](http://www.elitarium.ru) (дата обращения: 17.04.2024).

<sup>2</sup> Лебедев В. Г. Управление затратами на предприятии / В. Г. Лебедев, Т. Г. Дроздова и В. П. Кустарев. СПб. : Бизнес-пресса, 2006. 352 с.

Продолжение таблицы 1	
1	2
Врублевский Н. Д.	«...затратами предприятия считаются его расходы на создание производственных запасов материально-технических ресурсов и услуги (работы) поставщиков, включая потребленную в процессе производства их часть» <sup>3</sup> .
Соколов Я. В.	«Термин “затраты” касается разного использования ресурсов, в том числе относительно приобретения активов <...>. Затраты, как часть расходов, станут таковыми в последующие отчетные периоды. Если в данном отчетном периоде расходы не были списаны на затраты, то говорят об их капитализации. списание расходов представляет собой их декапитализацию» <sup>4</sup> .
	И ряд других определений, приведенных в диссертации:
Определение автора – Г. З.	«Затраты – это часть расходов (и/или целое), непосредственно включаемых в себестоимость медицинской помощи, услуги (продукции, товаров, работ) в соответствии с действующим законодательством и приводящие к уменьшению финансового результата (налогооблагаемого дохода) или экономическим потерям в данном отчетном периоде» <sup>5</sup> .

Таблица 2 – Сущность понятия «Расходы» с точки зрения отдельных авторов

Автор	Определение
1	2
Игуменников А. С.	«...как правило, понятие “расходы” чаще применяется в бухгалтерском и налоговом учете. Понятие “затраты” больше относится к финансовой сфере, планированию и оценке эффективности деятельности, т. е. более применимо к управленческому учету» <sup>6</sup> .
Соколов Я. В.	«...“расходы” касается использования лишь тех ресурсов, которые при определении прибыли хозяйствующего субъекта за данный период времени относятся к соответствующим доходам» <sup>7</sup> .
Сержук С. С.	«...расходы отражают уменьшение платежных средств или иного имущества предприятия и отражаются в учете на момент платежа» <sup>8</sup> .
Вахрушина М. А.	«Расходы включают убытки и затраты, возникающие в ходе основной деятельности предприятия. Они, как правило, принимают форму оттока или уменьшения актива. Расходы признаются в отчете о прибылях и убытках на основании непосредственной связи между понесенными затратами и поступлениями по определенным статьям доходов. Данный подход называется соответствием доходов и расходов» <sup>9</sup> .
Савченко О. С., Пашигорев Г. И.	«...расходы – стоимость использованных ресурсов, которые полностью израсходованы или “потрачены” в течение определенного периода для получения дохода <...>. Этот период не обязательно совпадает с моментом действительной оплаты ресурсов...» <sup>10</sup> .
	И ряд других определений, приведенных в диссертации
Определение автора – Г. З.	«Расходы – это выбытие денежных средств или других активов медицинской организации, производимых в отчетном периоде в ее интересах с целью получения экономической выгоды, однако не всегда приводящее к уменьшению финансового результата (налогооблагаемого дохода) или экономическим потерям в данном отчетном периоде в таком же размере» <sup>11</sup> .

<sup>3</sup> Врублевский Н. Д. Построение системы счетов управленческого учета // Бухгалтерский учет. 2015, № 17. С. 74-78.

<sup>4</sup> Соколов Я. В. Бухгалтерский учет в зарубежных странах : учеб. / Я. В. Соколов, Ф. Ф. Бутынец, Л. Л. Горецкая, Д. А. Панков; отв. ред. – Ф. Ф. Бутынец. М. : ТК Велби ; Проспект, 2017. 672 с.

<sup>5</sup> Определение автора – З. Г.

<sup>6</sup> Игуменников А. С. Различие понятий «затраты» и «расходы» / А. С. Игуменников // Молодой ученый. 2015, №5. С. 275.

<sup>7</sup> Соколов Я. В. Бухгалтерский учет в зарубежных странах. 672 с.

<sup>8</sup> Сержук С. С. Сравнительный анализ теоретических трактовок определения понятия затрат предприятия // Вестник Удмуртского университета. Серия «Экономика и право». №3, 2011. С. 58-61.

<sup>9</sup> Вахрушина М. А. Бухгалтерский управленческий учет : учеб. для вузов, 2-е изд. доп. и пер./ М. А. Вахрушина. М. : ИФК Омега-Л. ; Высш. Шк., 2002. 528 с.

<sup>10</sup> Савченко О. С., Пашигорев Г. И. Системы управленческого учета и анализа / Пашигорев Г. И., Савченко О. С. СПб. : Питер, 2003. 176 с.

<sup>11</sup> Определение автора – З. Г.

Предложенные авторские дефиниции отличаются от ранее используемых тем, что они впервые сформулированы с учетом влияния на конечный финансовый результат и отражают величину возможных экономических потерь, связанных со спецификой здравоохранения, носят универсальный характер, т. к. отвечают признакам коммерческих и государственных МО, а также отвечают социально-экономической ситуации страны, целям и задачам здравоохранения на современном этапе проводимых реформ.

Для более точного формирования себестоимости медицинских услуг необходимо знать их сущность, природу и то, как они себя ведут при изменении объемов оказанных услуг. Ниже приведена обобщенная, систематизированная и углубленная классификация затрат на оказание медицинской помощи, с ориентацией на структурные подразделения, участвующие в их оказании (Таблица 3).

Таблица 3 – Классификация затрат медицинских организаций [Составлено автором – Г. З.]

№ п/п	Классификационный признак затрат	Вид затрат
1	По отношению к процессу оказания медицинской помощи	Прямые и косвенные
2	По назначению подразделяются на	Основные и накладные
3	По составу	Одноэлементные и комплексные
4	По степени реагирования на изменение объема оказания медицинской помощи	– Постоянные – Переменные – Смешанные
5	По степени значимости	Принимаемые и не принимаемые в расчет при оценках
6	По признаку реальности затраты	Реальные и вмененные затраты (упущенная выгода)
7	В целях контроля и регулирования	Регулируемые и нерегулируемые
8	В зависимости от периодичности возникновения	Текущие и единовременные
9	В целях принятия решений и планирования	Предельные и приростные затраты
10	По целевому назначению	– На оказание медицинской услуги – На обслуживание мед.оборудования – Содержание помещений – На обеспечение питания – Транспортное обеспечение и т. д.
11	По способу потребления в процессе оказания медицинских услуг	Полностью потребляемые и частично потребляемые
12	По месту производства	– В основных подразделениях (отделения, кабинеты) – Во вспомогательных подразделениях (стерилизационная) – Общебольничные – Общеполиклинические
13	По факту оплаты	Фактические и кассовые
14	По степени точности	Истекшие (фактические) и будущие (планируемые)
15	По отношению к медицинской услуге, помощи	Значимые и незначимые
16	По отражению в бухгалтерском учете	Явные и неявные

Приведенная авторская классификация отличается от ранее используемых полной охвата классификационных признаков. Чаще всего в литературе упоминается классификация по признакам 1-4 (Таблица 3), реже – по признакам 5-9 и 13-14, чрезвычайно редко в узкоспециализированных источниках упоминаются признаки 10-12 и 15-16. Мы считаем, что только все известные в теории классификационные признаки в совокупности позволяют выстроить полноценную систему управления затратами в условиях ограниченного финансирования и санкционной экономики. Классификация и состав затрат формирующих себестоимость конкретного вида медицинской услуги зависит от задачи, стоящей перед руководителем МО и разрабатывается с учетом ее особенностей. Деление затрат по различным классификационным признакам позволяет при планировании и учете определять их величину по каждому структурному подразделению в разрезе каждой сферы деятельности МО и по каждому ЦО, что является одним из важных требований при управлении затратами. Кроме того, приведенная группировка позволяет прогнозировать поведение затрат, строить многофакторные модели их поведения в зависимости от объема, качества медицинской помощи, факта оплаты, целевого назначения, уровня контроля и пр.

Следовательно, руководитель ЦО МО, а далее по восходящей – от руководителя МО до министерства смогут получить более точную и оперативную информацию для составления расходной части бюджета организации, федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, программ, включенных в государственный проект «Здравоохранение». Поскольку одни затраты имеют непосредственное отношение к оказанию медицинской услуги, другие связаны с управлением и обслуживанием процесса ее оказания, а третьи не связаны с ним, но тем не менее включаются в затраты по оказанию этой услуги в соответствии с действующим законодательством, то смысл приведенной в Таблице 3 углубленной классификации затрат заключается в определении той их части, на которую способно повлиять руководство соответствующего структурного подразделения, а также позволяет более точно определить финансовый результат.

Важное значение на этом этапе имеет выбор метода управления затратами. Проведенный сравнительный анализ этих методов для потенциально возможного их применения в МО показал, что, из 15 методов, 3 абсолютно не подходят к использованию в МО, 5 рекомендуются с ограничениями и 7 рекомендованы к внедрению как в бюджетных, так и частных МО. Кроме того, впервые предлагаются к внедрению в практику МО (независимо от формы собственности) зарубежные методы управления затратами: абсорбшен-костинг, кайзен-костинг, метод проектной калькуляции, как наиболее отвечающие современным целям и задачам здравоохранения и позволяющие достичь разумной экономии ресурсов без потери качества медицинской помощи через эффективное управление затратами. Таблица сравнительного анализа приведена в диссертации, ввиду ее большого объема в автореферат она не была вынесена.

Независимо от применения выбранного метода управления затратами, актуальным всегда будет вопрос разумной экономии различных ресурсов при оказании медицинской помощи. В условиях внедрения новой системы оплаты труда в здравоохранении, при переносе акцентов со стимулирующих и компенсационных выплат, автором рекомендовано предусмотреть в Методических рекомендациях Минздрава РФ и Положениях по оплате труда МО стимулирующей надбавки за эффективное использование ресурсов, находящихся в ведении конкретного медицинского сотрудника (лекарственные препараты, мягкий инвентарь, количество койко-дней и т. п.).

**2. Обоснован методический подход к выделению ЦО на всех уровнях здравоохранения РФ, позволяющий учесть направления медицинской деятельности и уровень сложности конкретной медицинской услуги в рамках одного направления деятельности медицинского учреждения. Методический подход позволяет установить точные и справедливые цены на медицинские услуги.**

Из широкого спектра методов управления затратами нами выбран для углубленного изучения метод выделения ЦО, потому что их использование позволяет с максимальной степенью эффективности распределять затраты на оказание медицинской помощи, следить за их уровнем в рамках отчетного периода, вовремя принимать меры по устранению перерасхода средств, выявлять виновных в допущенном превышении затрат и выносить соответствующие управленческие решения. По сути, каждую МО в вертикали управления всей системой здравоохранения можно рассматривать как единый ЦО. Затем, следующим ЦО более высокого уровня будет Управление здравоохранением муниципального образования, а над ним, в свою очередь – министерство субъекта федерации по здравоохранению, и как высший ЦО – непосредственно Министерство здравоохранения РФ (Рисунок 1).

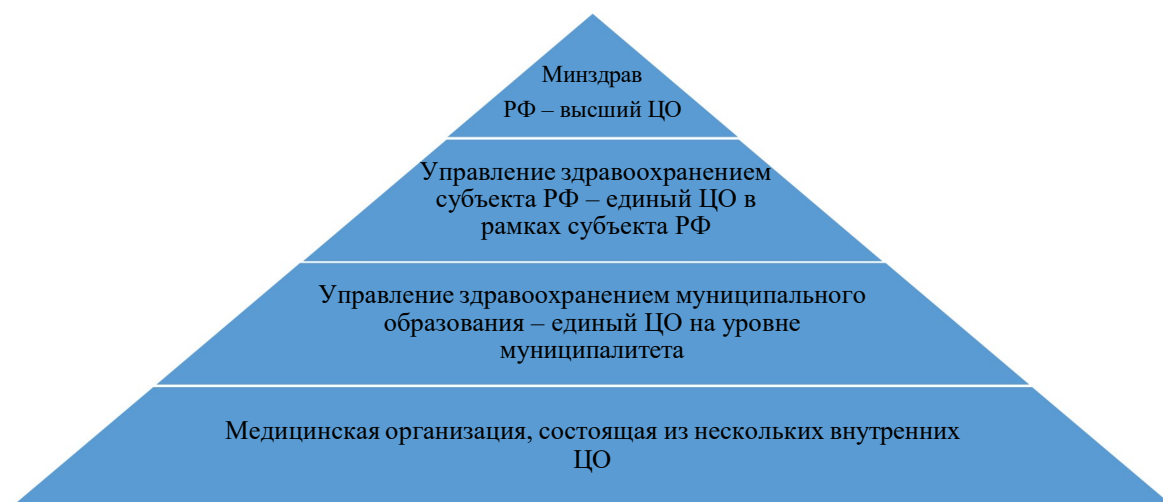


Рисунок 1 – Иерархия уровней для формирования ЦО

В реализации на практике этой иерархической последовательности ЦО (Рисунок 1) имеются следующие сложности. Очень слабо развита система выделения ЦО на самой нижней ступени – в МО, что является существенной недоработкой их руководителей и вышестоящего руководства, поскольку именно в конкретных МО идет первичное формирование затрат на оказание медицинской помощи, определяется уровень ее качества, на повышение которого направлена реализация национального проекта «Здравоохранение». Причины, по которым не развит и не популярен институт ЦО, хорошо видны из результатов авторского анкетирования: 1) 74,3% респондентов из числа 112 опрошенных главврачей МО, их заместителей по экономике, а также главных бухгалтеров не понимают практических возможностей ЦО, их пользы в управлении затратами и воспринимают их как помеху в своей работе; 2) отсутствие законодательного требования на ведение управленческого учета, и соответственно, ЦО. 42,7% главных бухгалтеров из числа опрошенных высказались против введения ЦО, т. к. они не требуются законом и их определение с последующей деятельностью сопряжены с увеличением учетно-аналитических процедур. 38,3% экономических работников принимают идею выделения в МО ЦО с целью управления затратами, но считают серьезной проблемой разработку оценочных показателей эффективности работы ЦО. Так, все же в 12,5% изученных МО применяется система управления затратами через ЦО. И, наконец, 19% экономистов МО ничего не знают о возможности применения такого механизма управления затратами; 3) отсутствует механизм ответственности руководителей МО, начальников отделов управлений здравоохранения, министерств за нерациональное и неэффективное расходование средств.

Отдельные регионы России внедряют в работу своих МО ЦО, например, Свердловская обл., разработавшая Методические рекомендации по распределению затрат МО в условиях преимущественно одноканального финансирования через систему ОМС<sup>12</sup>. В них выделены два вида ЦО: затратные (вспомогательные и общеучрежденческие подразделения) и доходные (подразделения, оказывающие медицинскую помощь в рамках программы ОМС). Доходные центры одновременно являются и затратными, в связи с чем возникает вопрос разнесения затрат доходных центров по источникам финансирования. Распределение прямых затрат осуществляется по данным учета о фактических затратах на медпомощь, оказанную в рамках: 1) выполнения государственных заданий; 2) реализации программы ОМС; 3) предпринимательской деятельности. Нами рекомендовано экстраполировать методику, предложенную свердловскими коллегами на другие регионы.

**На втором этапе** исследования была проведена оценка реализации национального проекта «Здравоохранение» в РТ, а также степень исполнения Государственной программы «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2025 года»<sup>13</sup>, в соответствии с которой перед МО РТ поставлены государственно важные и социально значимые цели, достижение

которых возможно через решение ряда взаимосвязанных задач (Таблица 4).

Таблица 4 – Задачи и подпрограммы программы «Развитие здравоохранения РТ до 2025 года» [Составлено автором – Г. З.]

№ п/п	Наименование задачи	Наименование подпрограммы
1	2	3
1	Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи.	«Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи». Подпрограмма 1а. «Укрепление общественного здоровья».
2	Повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации.	«Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации». Подпрограмма 2а. «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Татарстан». Подпрограмма 2б. «Борьба с онкологическими заболеваниями». Подпрограмма 2в. «Развитие трансплантологии в РТ на 2019-2025 годы, совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи, развитие новых эффективных методов лечения».
3	Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины.	«Развитие государственно-частного партнерства» (разумеется, что речь идет о партнерстве в области здравоохранения).
4	Повышение эффективности службы родовспоможения и детства.	«Охрана здоровья матери и ребенка» (региональный проект «Развитие детского здравоохранения РТ, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»).
5	Развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в т. ч. детей.	«Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям».
6	Обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в т. ч. детей.	«Оказание паллиативной помощи, в том числе детям».
7	Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами.	«Кадровое обеспечение системы здравоохранения».
8	Обеспечение системности организации охраны здоровья <sup>14</sup> .	«Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях».
9	В рамках Государственной программы «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2025 года».	«Развитие информатизации в здравоохранении».
		«Совершенствование системы территориального планирования РТ».
		«Модернизация здравоохранения РТ на 2014-2016 годы в части проектирования, строительства и ввода в эксплуатацию перинатального центра».
		«Развитие социальной и инженерной инфраструктуры».
		«Развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций на 2018-2025 годы» <sup>15</sup> .

<sup>12</sup> Приказ об утверждении методических рекомендаций по распределению затрат медицинских организаций в условиях преимущественно одноканального финансирования через систему обязательного медицинского страхования и о предоставлении информации (с изменениями на 5 декабря 2019 года) (в ред. Приказов Минздрава Свердловской области N 600-п, ТФОМС Свердловской области N 114 от 29.03.2019, Минздрава Свердловской области N 2433-п, ТФОМС Свердловской области N 536 от 05.12.2019) // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. URL: <http://docs.cntd.ru/document/543550605> (дата обращения: 17.04.2024).

<sup>13</sup> Государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2025 года» // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. URL: <http://docs.cntd.ru/document/463303996> (дата обращения: 17.04.2024).

<sup>14</sup> Государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2025 года».

<sup>15</sup> Государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2025 года».

Реализация перечисленных подпрограмм требует затрат, а, соответственно, и финансирования, объемы которого представлены в диссертации. При планировании затрат, возникающих при реализации вышеуказанных программ и подпрограмм разработчиками был использован индикативный метод, позволяющий определить уровень достижения поставленных целей и задач, а также эффективность использования затраченных средств с помощью ряда ключевых показателей<sup>16</sup>.

Анализ источников финансирования республиканских программ и расходов показал, что расходы, осуществляемые при реализации национального проекта «Здравоохранение» за период 2009-2020 гг., обоснованы, признаны Счетной палатой РТ и освоены на 98-99%. Отклонения расходов от выделенных финансов незначительны и обоснованы. Управление этими затратами осуществляется в целом эффективно, о чем свидетельствуют данные отчетов Минздрава РТ, из которых можно видеть достижение конкретных результатов по каждому проекту<sup>17</sup>. Более того, как показала пандемия COVID-19, это управление происходит более эффективно, чем в целом по стране, и данный опыт необходимо передавать в другие регионы. Однако это управление может быть еще более продуктивным.

По мнению автора, получению максимально возможного положительного результата мешают бюрократические препятствия на федеральном уровне, экономико-социальные парадоксы (медицинская помощь обладает свойствами общественных благ, имеется асимметрия информации при оказании медицинской помощи и неэластичность спроса на медицинские услуги), а также накопившиеся за два десятилетия управленческие проблемы в системе здравоохранения, сформулированные в работе. В процессе исследования были выявлены следующие проблемы, препятствующие полноценному реформированию системы здравоохранения и эффективному управлению затратами при реализации национального проекта «Здравоохранение»:

1) полное отсутствие в организациях системы здравоохранения экономических методов управления. Или они есть, но используются точно и малоэффективно;

2) МО сложно вписываются в рыночную экономику, независимо от их организационно-правовой формы, чему мешают: обладание медицинских услуг свойствами общественных благ, асимметрия информации на рынке медпомощи, неэластичность спроса на медицинские услуги, неопределенность наступления болезни;

3) управление затратами в них непосредственно связано с тактикой и стратегией главного врача (начмеда, заведующего и пр.), осуществляющего управление медицинской организацией и не имеющего экономического образования, а также – понимания сути инструментов экономического регулирования;

4) критическая ошибка (как показало время и пандемия) в глобальном сокращении коечного фонда по всей стране. В связи с чем предложено в Паспорт национального проекта «Здравоохранение» внести еще одну статью на доведение коечного фонда до дореформенного количества без дополнительного финансирования (перераспределить средства из других статей). Использовать этот коечный фонд для оказания платных услуг и иметь его в качестве резерва на случай, аналогичные пандемии COVID-19.

<sup>16</sup> Алексеев Н. А. Экономические методы управления подразделениями лечебно-профилактического учреждения / Н. А. Алексеев // Здравоохранение РФ. 1996. № 5. С. 45-46.

<sup>17</sup> Министерство здравоохранения Республики Татарстан. URL: <http://www.minzdrav.tatarstan.ru> (дата обращения: 17.04.2024).

**3. Обоснованы новые индикативные показатели и метод расчета социально-экономической эффективности для анализа и контроля внедрения Программы по улучшению условий деятельности медицинских работников, позволяющие учитывать получаемые от финансирования проектов три компонента эффекта: для пациентов, медицинских работников и процесса государственного управления затратами в здравоохранении. Получены прикладные результаты применения методики для здравоохранения РТ.**

Автором предлагается внедрение усовершенствованной социально-экономически эффективной Программы по улучшению условий деятельности медицинских работников (далее – Программы), задачами которой являются: 1) организация медико-социальной работы с медицинским персоналом высшего и среднего (младшего) звеньев; 2) улучшение комфортности труда медицинских работников; 3) повышение ответственности государства за условия труда работников здравоохранения. Предлагаемая Программа рассчитана на 2 года и содержит четыре этапа. Для оценки степени ее результативности предложен набор индикативных показателей (Таблица 5).

Таблица 5 – Индикативные показатели реализации Программы

№	Индикаторы изменения в регулировании Здравоохранения	Примерные признаки формирующейся практики регулирования здравоохранения
1	2	3
1	Индикаторы, свидетельствующие об активной заинтересованности общественности в происходящем в системе здравоохранения	– Возникают общественные объединения, заинтересованные в развитии здравоохранения – Появляются инициативные группы медицинских работников, разрабатывающие проекты реализации идей государственного управления здравоохранением
2	Индикаторы, свидетельствующие об изменении целей и задач в рамках проекта	– Проводится опрос медицинских работников с целью анализа потребности в медико-социальной работе среди работников здравоохранения – Участие врачей в развитии здравоохранения региона
3	Индикаторы изменения ресурсов здравоохранения в рамках проекта	– Разрабатывается нормативно-правовое обеспечение системы гос. управления здравоохранением при участии медицинских работников
4	Индикаторы, свидетельствующие об изменении регулирования здравоохранения в рамках проекта	– Повышение уровня защиты интересов пациентов – Повышение уровня защиты интересов медицинских работников – Рост уровня рациональной организации здравоохранения
5	Индикаторы изменения качества труда медицинских работников	– Уменьшение числа жалоб на медицинских работников – Рост стимулирующих выплат за эффективность деятельности
6	Индикаторы, свидетельствующие об изменении отношения пациентов к труду медицинских работников	– Анкетирование пациентов для определения степени удовлетворенности качеством работы системы здравоохранения – Изменение качества здравоохранения с учетом потребностей общественности – Проводится общественная экспертиза качества здравоохранения

Для расчета социально-экономического эффекта Программы предлагается использовать методику, разработанную Л. В. Егоровой и А. С. Молчановым<sup>18</sup> и адаптированную нами к условиям ее реализации:

$$\text{Социально-экономическая эффективность} = \frac{\sum P3-P8}{\sum 31-34}$$

Примерные затраты по реализации Программы приведены в Таблице 6, а потенциально-возможные затраты и результаты ее внедрения – в Таблице 7.

Таблица 6 – Примерные затраты по реализации Программы в РТ

№п/п	Наименование мероприятия/вид затрат	Периодичность	Затраты		
			Разовые, тыс. руб.	Постоянные тыс. руб.	Итого, тыс. руб./Обозначение
1	2	3	4	5	6

1	Проведение встреч с представителями общественности/печатные информационные материалы, транспортные расходы	По 1 на каждый из 4 этапов реализации проекта	4*50,0=200	0	200 /31
2	Проведение встреч с представителями медицинских организаций/печатные информационные материалы, транспортные расходы	По 1 на каждый из 4 этапов реализации проекта	4*50,0=200	0	200 /32
3	Создание служб медико-социальной работы при каждом МО/оснащение мебели, содержание штатного психолога (зароботная плата + отчисления во внебюджетные фонды 30%)	1 раз оснащение помещения и круглогодичное содержание психолога	100,0	35,0*12 мес.+30%=54 6,0	646,0/33
4	Освещение мероприятий по проекту в специализированных СМИ, соцсетях	постоянно	Бесплатно в функциях Минздрава РТ		
5	Методическое сопровождение проекта	постоянно	Бесплатно в функциях Минздрава РТ		
6	Непредвиденные расходы	постоянно	20,0	10*12=120	140 / 34
7	Итого		520,0	666,0	1186,0 / Σ31-34

Таблица 7 – Потенциально возможные результаты внедрения в РТ предлагаемой Программы

№ п/п	Вид социального эффекта	Чем может быть измерено	Направленность эффекта	Услов. обозн.
1	2	3	4	5
1	Повышение качества мед. помощи за счет удовлетворенности мед. работников условиями своего труда	Только социальный эффект	Пациент	P1
2	Оказание мед. помощи работникам без психологических проблем и признаков профессионального выгорания	Только социальный эффект	Пациент	P2
3	Предоставление возможности психологической помощи и разгрузки с целью предотвращения профессионального выгорания	Снижение числа врачебных ошибок	Медицинский работник	P3
4	Улучшение условий работы через предоставление возможности решать свои внутренние профессиональные проблемы	Снижение числа неправильных диагнозов	Медицинский работник	P4
5	Профилактика профессиональных заболеваний работников сферы здравоохранения	Уменьшение выплат по больничным листам в связи с проф. заболеваниями	Медицинский работник	P5
6	Сокращение расходов в сфере здравоохранения	Снижение: числа повторных обращений, врачебных ошибок, неправильных диагнозов, расходов на оценку реальности жалоб пациентов, показателей дефектов работы МО	Министерство здравоохранения РТ	P6
7	Рост профессионализма медицинских работников	Уменьшение показателей дефектов работы медицинской организации. Соответственно – рост стимулирующих выплат из бюджета в пользу организации и рост заработной платы медработников	Министерство здравоохранения РТ	P7
8	Снижение уровня заболеваемости в Республике – как следствие предыдущих факторов	Уменьшение выплат по больничным листам	Министерство здравоохранения РТ	P8
	Итого			ΣP3-P8

<sup>18</sup> Молчанов А. С., Егорова Л. В., Молчанов К. А. Создание и экономическая оценка программ физических упражнений, восстанавливающих когнитивные процессы //Высшее образование сегодня, 2020. №12. С. 83-88.

Оценка эффективности внедрения Программы будет происходить по индикативным показателям, приведенным ранее в Таблице 5. Укрупненно ожидаемая социально-экономическая эффективность проекта такова:

1. *Для пациентов:* повышение качества оказываемой медицинской помощи за счет того, что медицинские работники удовлетворены условиями своего труда, не имеют психологических проблем и признаков профессионального выгорания.

2. *Для медицинских работников:* предоставление возможности психологической помощи и разгрузки для предотвращения профессионального выгорания; улучшение условий работы посредством предоставления возможности решать свои внутренние проблемы, возникшие вследствие осуществления трудовой деятельности; профилактика профессиональных заболеваний; повышение стимулирующих выплат за эффективность деятельности.

3. *Для процесса государственного управления затратами в здравоохранении РТ:* сокращение расходов как результат улучшения качества работы медицинских работников (снижение числа повторных обращений, количества врачебных ошибок, неправильных диагнозов, уменьшение расходов на оценку реальности жалоб пациентов); рост профессионализма медицинских работников; снижение уровня заболеваемости в РТ – как следствие первых двух факторов.

4. **Разработана схема внедрения системы учета затрат МО по оказанию медицинских услуг. Предложено методическое обеспечение реализации схемы, включающее авторские: матрицу внедрения оперативного учета затрат (ОУЗ) в здравоохранении, два варианта подхода к составлению рабочего Плана счетов, Концепцию ОУЗ, Проекты отчета об итогах деятельности ЦО на каждом из иерархических уровней системы здравоохранения (реализация принципа «сверху вниз» и «снизу вверх»). Схема может быть реализована в отдельно взятой МО с целью обеспечения соотношения «цена-качество» медицинской услуги по решению руководителя, а также на всех потенциально возможных уровнях системы здравоохранения.**

Как показало исследование, наибольшего положительного эффекта при управлении затратами в системе здравоохранения можно добиться, применяя одинаковый набор методов встречным образом – «снизу вверх» и «сверху вниз». Последовательность использования методов управления затратами на разных иерархических уровнях приведена на Рисунке 2.



Рисунок 2 – Последовательность использования методов управления затратами системе здравоохранения [Составлено автором – Г. З.]

Автором разработан и предложен к внедрению в практику организационно-экономический алгоритм управления затратами (Рисунок 3 на С. 19), охватывающий все уровни и возможные методы (Рисунок 2). Так же на Рисунке 2 отмечено, какой из ЦО отвечает за тот или иной участок внедрения. В работе описано содержание каждого шага алгоритма, позволяющего руководителям МО, не прибегая к дорогостоящим услугам аналитиков, быстро определить: 1) на каком именно уровне системы управления затратами они находятся в данный момент; 2) чего хотят достичь; 3)

какие шаги нужно предпринять, чтобы достичь желаемого эффекта и необходимого финансового результата.

Также в работе были проанализированы проблемы, связанные с разработкой стандартов организации системы ОУЗ, и отмечено, что они остаются нерешенными. Необходимость формирования системы ОУЗ в МО возникла относительно недавно в связи с переходом на одноканальное финансирование медицинской помощи. Поскольку ОУЗ в России, в отличие от финансового (бюджетного), не является обязательным, мы предлагаем все действия по его внедрению оформить Методическими рекомендациями, разработанными на уровне Министерства здравоохранения совместно с Министерством финансов РФ.

В процессе исследования выявлено, что внедрению и эффективному использованию системы ОУЗ мешает не только отсутствие регламентации самого его процесса, но и слабая степень регламентации основных процессов в медицинской сфере. Слабая регламентированность (а в медицине ее полное отсутствие) и низкая исполнительская дисциплина не позволяют использовать систему ОУЗ и бюджетирования на полную мощь. В рамках разработки регламента (Концепции) ОУЗ в здравоохранении предлагаем авторскую матрицу этапов его внедрения и их методологическое обеспечение по сквозному принципу (Таблица 8).

Таблица 8 – Матрица внедрения оперативного учета затрат в здравоохранении  
[Составлено автором – Г. З.]

Уровень\Этапы внедрения ОУЗ	Федеральный (1-й)	Региональный (2-й)	Муниципальный (3-й)	Мед. орг. (4-й)
Определение основных лиц, которым нужен ОУЗ	+	+	+	+
Разработка концепции и регламента системы ОУЗ	+	-	-	-
Формирование перечня отчетности	+	+	+	+
Подготовка методологии ОУЗ и ее настройка под конкретную организацию	+	-	-	+
Разработка плана создания системы ОУЗ в медицинских государственных (муниципальных) организациях	-	-	+	+
Внедрение системы ОУЗ	-	-	+	+
Организация контроля внедрения системы ОУЗ	-	-	+	-
Использование методологии на практике	-	-	+	+
Непрерывное совершенствование системы ОУЗ	+	-	-	-

В работе описана методика каждого этапа внедрения, а также в рамках Концепции ОУЗ предложены два варианта составления рабочего Плана счетов в зависимости от того, какой из методов управления затратами внедрила у себя МО («по объекту» или «по полноте»), примерные формы внутреннего отчета ЦО о результатах его деятельности на каждом из иерархических уровней (см. ниже Таблицы 9-12). Строятся эти таблицы в формате Excel, что позволяет через вводимые формулы легко подсчитывать значения и отклонения по ним. В автореферате мы привели эти таблицы в формате Word для лучшего зрительного восприятия.

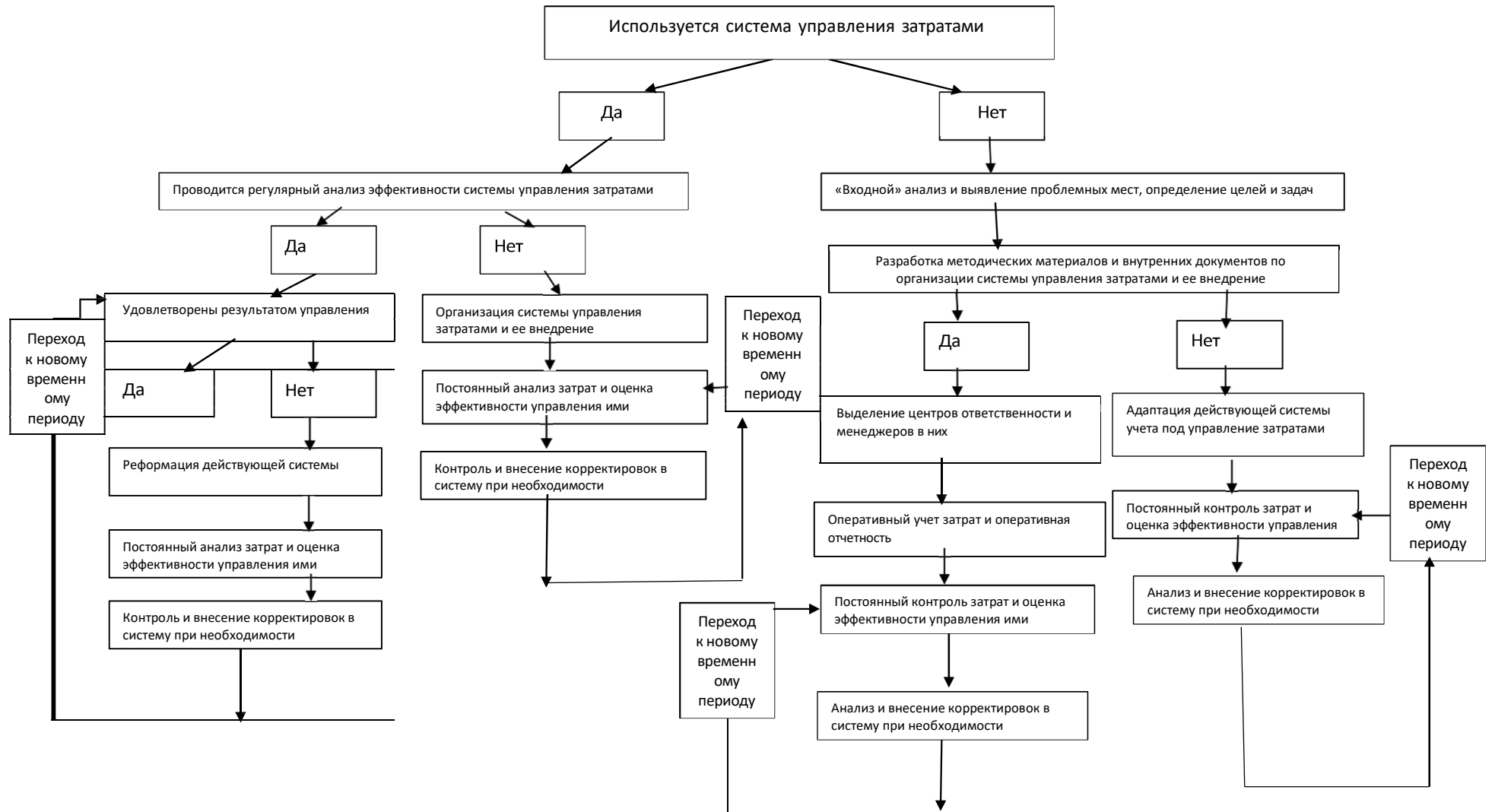


Рисунок 3 – Алгоритм управления затратами [Составлено автором – Г. З.]

Таблица 9 – Проект отчета об итогах деятельности ЦО МО [Составлено автором]

Статьи	План, тыс. руб.	Факт, тыс. руб.	Откл. плана от факта, тыс. руб./%	Примечание – с каким счетом осуществлять сверку фактических значений для целей СВК и управления затратами.
1	2	3	4	5
<i>Доходы</i>				
В системе ОМС				с кредитом счета учета расчетов с покупателями (страховыми компаниями), а также дебетом счетов учета денежных средств
В системе ДМС				с кредитом счета учета расчетов с покупателями (страховыми компаниями), а также дебетом счетов учета денежных средств
Платные услуги. Всего				с дебетом счета по учету денежных средств и кредитом счета по учету расчетов с покупателями
в том числе:				
экспорт услуг				с кредитом счета учета расчетов с покупателями (зарубежными страховыми компаниями), а также с дебетом счета денежных средств
Средства целевого финансирования в т. ч.:				
Гранты				с кредитом счета целевого финансирования, субсчет «Гранты», а также с дебетом счета учета денежных средств
Благотворительные взносы				с кредитом счета целевого финансирования, прочие субсчета, а также с дебетом счета учета денежных средств
Прочие доходы				с кредитом счета целевого финансирования, субсчет «Благотворительные взносы», а также с дебетом счета учета денежных средств
Общая сумма доходов				
<i>Затраты:</i>				
Прямые:				
Зар. плата медперсонала				с кредитом счета по учету расчетов с персоналом по оплате труда
Отчисления в страховые фонды				с кредитом счета по учету расчетов с внебюджетными фондами
Материальные, всего				
В т. ч.: лекарств. преп.				с кредитом счета по учету материалов, соотв. субсчет
расходные материалы				с кредитом счета по учету материалов, соотв. субсчет
мягкий инвентарь				с кредитом счета по учету материалов, соотв. субсчет
питание и пр.				с кредитом счета по учету материалов, соотв. субсчет
Косвенные:				
Общестационарные затраты				с дебетом и кредитом счета по учету общестационарных расходов. Сальдо по данному счету в конце отчетного периода должно быть нулевым
Общеклинические затраты				с дебетом и кредитом счета по учету общеклинических расходов. Сальдо по данному счету в конце отчетного периода должно быть нулевым
Общая сумма затрат				с кредитом счета учета расчетов с покупателями (страховыми компаниями), а также дебетом счетов учета денежных средств
Финансовый результат				

Таблица 10 – Проект отчета об итогах деятельности ЦО муниципального образования [Составлено автором]

Статьи	План, тыс. руб.	Факт, тыс. руб.	Откл. плана от факта, тыс. руб./%	Примечание
1	2	3	4	5
<i>Доходы, всего</i>				
в том числе:				
Из Федерального бюджета				
Из бюджета республики				
Из городского бюджета				
Средства ОМС				
Прочие				
<i>Затраты, всего:</i>				
в том числе:				
Др. вопросы в сфере здравоохранения				
Стационарная мед. помощь				
Амбулаторная мед. помощь				
Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов				
СМП				

Сан. эпид. благополучие				
Прикладные НИР в сфере здравоохранения				
Санаторно-оздоровительная помощь				
Утвержденные показатели расходов в целом по разделу				
Итого: дефицит				
профицит				

Таблица 11 – Проект отчета об итогах деятельности ЦО Минздрава РТ [Составлено автором]

Статьи	План, тыс. руб.	Факт, тыс. руб.	Откл. плана от факта, тыс. руб./%	Примечание
1	2	3	4	5
<i>Доходы, всего</i>				
в том числе:				
Из Федерального бюджета				
Из бюджета РТ				
Межбюджетные трансферты из бюджета РФ в ТФОМС				
Из Минфина РТ				
Из Минтранса РТ				
Средства ОМС				
Прочие				
<i>Затраты, всего:</i>				
в том числе: ...				
Итого: дефицит				
профицит				

Таблица 12 – Проект отчета об итогах деятельности ЦО – Минздрава РФ [Составлено автором]

Статьи	План, тыс.руб.	Факт тыс.руб.	Отклонение плана от факта, тыс.руб./%	Примечание.
1	2	3	4	5
<i>Доходы, всего</i>				
в том числе:				
Из Федерального бюджета				
Из бюджета регионов				
Средства ОМС				
Прочие				
<i>Расходы, всего:</i>				
в том числе по проектам:				
Борьба с онкологическими заболеваниями				
Развитие экспорта медицинских услуг				
Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами				
Развитие системы оказания первичной МСП				
Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями				
Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям				
Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий				
Создание ЕГИСЗ				
Итого: дефицит				
профицит				

Внедрение системы ОУЗ может осуществляться поэтапно в зависимости от первоочередности решаемых задач. Если в первую очередь необходимо повысить эффективность управления затратами, то сначала разрабатывается и внедряется подсистема учета затрат и калькулирования себестоимости услуг. При этом определяются способы классификации и группировки доходов и затрат, способы распределения косвенных затрат с учетом специфики деятельности МО, а также разрабатывается регламент сбора и ввода данных в МО, пример которого приведен в нижеследующей Таблице 13 (см. С. 23).

Таблица 13 – Пример регламента сбора и ввода данных в медицинской организации [Составлено автором]

№ п/п	Операция	Используемые документы			Ввод операции		
		Название	Отв. за сдачу	Нормативный срок	Отв. за проведение операции	Нормативный срок	
1	Сотрудники						
1.1	Начисление зарплаты	Штатное расписание, данные по КДР* медучреждения, схемы мотивации, фактические показатели	Бухгалтерия, отдел кадров, комиссия по распределению баллов по КДР	Не позднее чем через 1 день	Бухгалтер по учету заработной платы, председатель комиссии по распределению баллов по КДР	В течение операционного дня	
1.2	Отчисление во внебюдж. фонды				Бухгалтер по учету заработной платы		
1.3	Начисление НДФЛ						
1.4	Выплата зарплаты				Ведомость		Бухгалтер-кассир
1.5	Авансовый отчет				Авансовый отчет		Бухгалтер по учету денежных средств
2	Затраты						
2.1	Формирование себестоимости видов мед. помощи	Журналы-ордера по учету затрат, управленческие отчеты по каждому ЦО	Бухгалтер, Руководители ЦО	На следующий день	Бухгалтер	В течение операционного дня	
2.2	Учет реализации (оказания) мед. помощи	Журналы-ордера по учету затрат, управленческие отчеты по каждому ЦО	Бухгалтер, Руководители ЦО	На следующий день	Бухгалтер		
2.3	Формирование финансового результата	Счета покупателям мед. помощи	Бухгалтер	Не позднее чем через 2 дня	Бухгалтер		

\*Коэффициент достижения результата деятельности медицинской организации

Только после этого целесообразно приступать к разработке и внедрению системы ключевых финансовых и нефинансовых показателей деятельности на различных уровнях управления, других подсистем системы ОУЗ. Построение системы ОУЗ рассматривается как определение и соблюдение организационных процедур, регламентирующих вопросы сбора, обработки и представления данных для обеспечения администрации МО необходимой управленческой информацией. Исходя из вышесказанного предложено законодательно закрепить за МО (прежде всего муниципальными) России обязанность ведения ОУЗ и публичного раскрытия соответствующей информации в годовых отчетах.

Для прогнозирования расходов на здравоохранение РТ на 2024-2026 гг. была построена модельная регрессионная зависимость этих расходов от ВРП РТ. Прогнозирование с помощью модели линейной регрессии использует оценку ожидаемых значений анализируемого показателя с помощью уравнения эмпирической регрессии. Это уравнение получают для входящих в модель показателей, заданных массивом их измеренных значений. Для формулировки математической модели введем следующие обозначения:

$X_2$  – ВРП РТ, млн. руб.;

$Y$  – Расходы на здравоохранение РТ, млн. руб.

Представим в этих обозначениях статистические данные опубликованные управлением статистики РТ за 2009-2022 гг. (Таблица 14).

Таблица 14 – Данные для составления модели

Годы	$X_2$	$Y$	Уд. вес расходов на здравоохранение в ВРП РТ, %
2009	885,064.00	4,902.588	0,55
2010	1,001,622.80	2,834.776	0,28
2011	1,305,947.00	3,920.180	0,30
2012	1,437,001.00	4,902.588	0,34
2013	1,551,472.10	21,840.917	1,41
2014	1,661,413.80	20,110.853	0,12
2015	1,867,258.70	32,060.349	1,71
2016	1,933,091.50	34,763.263	1,79
2017	2,139,809.50	20,110.853	0,77
2018	2,622,773.90	24,073.304	0,92
2019	2,795,850.60	25,150.852	0,90
2020	2,447,000.50	36,934.594	1,51
2021	3454700	38716.360	1,12
2022	3865100	43401.761	1,12

С целью совершенствования планирования расходов на здравоохранение с помощью регрессионного анализа разработана линейная модель однофакторной регрессии (simple regression model), которая устанавливает связь между показателем расходов на здравоохранение (результатирующей переменной  $Y$ ) и показателем ВРП РТ (переменной  $X$ ):

$$Y = a + bX + \varepsilon \quad (1),$$

где  $a$ ,  $b$  – параметры линейной регрессии,  $\varepsilon$  – остаточный член, характеризующий ошибку регрессии, который представляет качество регрессионной модели.

Для статистической оценки неизвестных значений параметров линейной регрессии (1) используется классический метод наименьших квадратов (МНК). Оценка параметра  $b$  модельной регрессии – величина  $\beta$  вычисляется по формуле:

$$\beta = \frac{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})(x_i - \bar{x})}{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2} \quad (2).$$

Затем вычисляется статистическая оценка  $\alpha$  теоретического параметра  $a$ :

$$\alpha = \bar{y} - \beta \bar{x} \quad (3),$$

где  $\bar{y}$  и  $\bar{x}$  – средние значения соответственно массивов статистических данных значений показателей  $Y$  и  $X$ ,  $x_i$  – значения объясняемой переменной  $X$ ,  $y_i$  – значения объясняющей переменной  $Y$  из Таблицы 14.

В результате, на основании данных Таблицы 14, получена эмпирическая регрессионная модель, которая представляет статистическую взаимосвязь расчетных расходов на здравоохранение  $\tilde{Y}$  с принятыми значениями показателем ВРП РТ  $X$ :

$$\tilde{Y} = \alpha + \beta \cdot X.$$

Вычислены значения коэффициентов модели  $\alpha = -4705,974$ ;  $\beta = 0,0131$ . Это эмпирическое выражение

$$\tilde{Y} = 0,0131X_2 - 4705,974$$

является детерминированной компонентой  $a + b \cdot X$  теоретической модели (3) (собственно, эмпирического уравнения линейной регрессии).

Ошибки этой эмпирической регрессии  $e$ , которая служит оценкой случайной остаточной компоненты  $\varepsilon$  модели (3), получают следующим образом:

$$e = Y - \tilde{Y}.$$

Она отражает ошибку расчетной величины  $\tilde{Y}$  модели относительно измеренных реальных значений  $Y$ , представленных в Таблице 14.

Далее получены оценки темпа роста ВРП (315,9 %) и темпа его прироста (215,9%), сделаны по **максимальному (2022 г.)** и **минимальному (2009 г.)** значениям ВРП. Эти оценки не отражают реальной картины. Для оценки колебаний значений ВРП РТ  $X$  за период 2009-2022 гг. применим коэффициент вариации:

$$v = \frac{\sigma_x}{\bar{x}} \times 100 \quad (4),$$

где в знаменателе – среднее значение показателя; а в числителе – стандартное (среднее квадратическое) отклонение.

Численное значение коэффициента вариации (%) равно:

$$V = \frac{851251,982}{2069150} = 41,14\% \quad (5).$$

Полученный коэффициент вариации близок к 40%, что свидетельствует о значимой колеблемости признака в исследуемой совокупности. Таким образом, анализ годовых темпов роста и прироста ВРП РТ показал вариацию (колеблемость) ВРП и почти периодические (квазипериодические) колебания с меняющейся амплитудой. Динамику

колебаний целесообразно охарактеризовать средним темпом роста ( **109.69** как среднее геометрическое из соответствующих данных Таблицы 15) и средним темпом прироста (**9.686**). Аналогичным образом было проанализировано финансирование расходов на здравоохранение.

Для прогнозирования расходов на здравоохранение на 2024-2026 годы в зависимости от ВРП РТ использована полученная модель регрессии:

$$Y_{\text{регр}} = 0,0131X^2 - 4705,974,$$

которая включает факторы  $Y$  и  $X_2$ .

Графическая иллюстрация линейной однофакторной модели представлена на Рисунке 4.

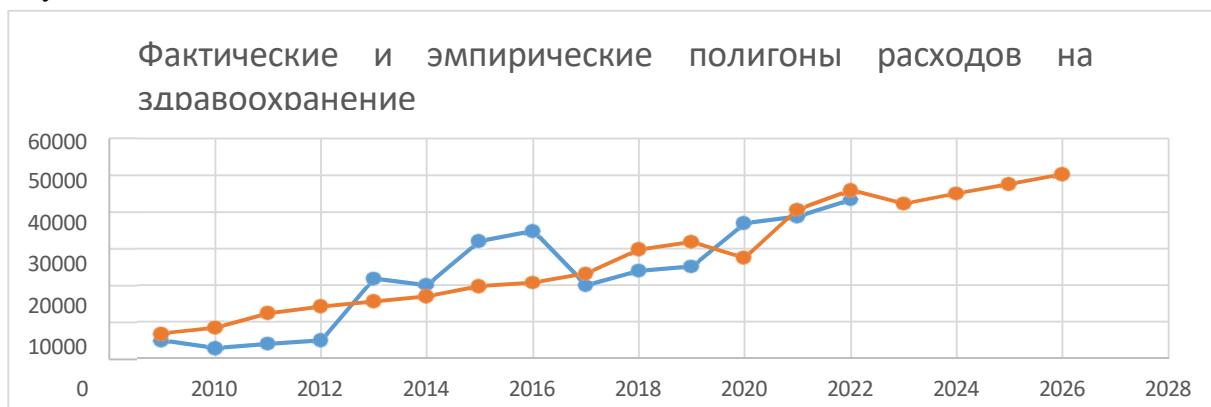


Рисунок 4 – Сопоставление эмпирических данных и уравнения регрессии

Таблица 15 – Фактические и эмпирические расходы на здравоохранение РТ, млн. руб.

Годы	Уфакт.	Урасч.(эмпирич.)
2009	4902,59	6892,18
2010	2834,78	8419,59
2011	3920,18	12407,56
2012	4902,59	14124,93
2013	21840,92	15624,99
2014	20110,85	17065,69
2015	32060,35	19763,15
2016	34763,26	20625,84
2017	20110,85	23334,74
2018	24073,30	29663,65
2019	25150,85	31931,70
2020	36934,59	27360,27
2021	38716,36	40565,47
2022	43401,76	45943,48
2023		42359,74
2024 (прогн.)		45019,86
2025 (прогн.)		47679,99
2026 (прогн.)		50340,11

Прогнозирование с помощью уравнения регрессии базируется на следующем: численное значение прогноза зависит от стандартной ошибки индивидуального значения  $X_2$  и от точности прогноза значения фактора  $Y$ . Его значение может быть задано на основе анализа других моделей, исходя из конкретной ситуации, а также исходя из анализа

динамики данного фактора. Релевантность прогноза определяется попаданием *реальных значений*  $Y$  в момент 2024 г., 2025 г. и 2026 г. в соответствующие интервальные прогнозы.

Таблица 16 – Сведения о расходах бюджета Республики Татарстан\* по государственной программе и непрограммным направлениям деятельности на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов в сравнении с ожидаемым исполнением за 2023 год и отчетом за 2022 год, млн. руб.<sup>19</sup>

Наименование	Фактическое исполнение за 2022 год	Ожидаемое исполнение за 2023 год	Прогноз		
			2024 год	2025 год	2026 год
Государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Татарстан»	58406,10	61677,91	57250,74	60690,03	62738,78

\*Источник: по данным Государственной программы «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2025 года»

Рассчитанные эмпирическим путем прогнозные значения расходов бюджета на здравоохранение РТ согласно модели парной регрессии будут коррелировать с расходами бюджета по государственной программе и непрограммным направлениям деятельности на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов в сравнении с ожидаемым исполнением за 2023 год и отчетом за 2022 год, что свидетельствует об адекватности, достоверности полученных расчетным путем значений и высокой низкой доли вероятности стохастичности 0,05%.

Исходя из модели парной регрессии можно сформулировать вывод, что, при росте ВРП на 1 млн. руб., расходы бюджета РТ будут расти на 0,0131 млн. руб., что характеризует высокий уровень эффективности бюджетной политики региона в разрезе социально значимых и жизненно необходимых направлений, способствующих повышению уровня и качества жизни населения, снижению уровня младенческой смертности, повышению индекса Покровского и, как следствие, уровня естественного прироста населения.

### III. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты и выводы, полученные в процессе исследования, соответствуют поставленным целям и задачам. Исследование позволило получить следующие основные итоги:

1. Расширены и актуализированы организационно-экономические базовые методические, теоретические и практические подходы к механизму регулирования затрат в

<sup>19</sup> Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан «О внесении изменений в государственную программу «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2025 года», утвержденную постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 01.07.2013 № 461 «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2025 года»» // Официальный портал правовой информации Республики Татарстан. URL: [https://pravo.tatarstan.ru/npa\\_kabmin/post/?npa\\_id=1356786](https://pravo.tatarstan.ru/npa_kabmin/post/?npa_id=1356786) (дата обращения: 17.04.2024).

здравоохранении, направленные на повышение качества медицинской помощи через: авторские определения терминов «затраты» и «расходы»; обобщенную и углубленную классификацию затрат; сравнительный анализ методов управления затратами для потенциально возможного их применения в МО; систематизированные приемы и методы управления затратами с их адаптацией к специфике исследуемой отрасли; разработанные рекомендации по включению в методические материалы Министерства здравоохранения и в Положения по оплате труда МО стимулирующей надбавки за эффективное использование ресурсов с целью стимулирования сотрудников по разумной экономии и повышения результатов деятельности медицинских организаций.

2. Приведены в систему теоретические положения и рационализированы практические приемы по определению ЦО на всех уровнях системы здравоохранения, аргументированно доказана необходимость их применения в МО, а также необходимость популяризации этого приема в формировании затрат; выявлены причины, тормозящие внедрение положительного опыта отдельных регионов в этой области; систематизированы этапы распределения затрат между ЦО во взаимосвязке с критериями (базами) распределения и источниками финансирования.

3. Усовершенствован Проект по улучшению условий работы медицинских кадров для повышения социально-экономической эффективности медицинской помощи, предложены новые индикативные показатели и метод оценки социально-экономической эффективности Проекта.

4. Разработан алгоритм сквозного внедрения оперативного учета затрат, матрица по его организации на всех уровнях системы здравоохранения с методическим обеспечением, которое включает: два варианта составления рабочего Плана счетов в системе ОУЗ, Концепцию ОУЗ, Пример регламента сбора и ввода данных в МО, внутреннюю форму отчетности ЦО для всех 4-х иерархических уровней системы здравоохранения по итогам деятельности, а также предложено внести в законодательную базу обязанность ведения ОУЗ и публичного отражения информации в отчетности о деятельности МО (прежде всего муниципальными).

5. Разработана экономико-математическая модель парной регрессии эффективного планирования (прогнозирования, бюджетирования) финансовых ресурсов для оказания медицинских услуг организациями здравоохранения РТ.

Таким образом, по нашему мнению, предложенные рекомендации позволят обеспечить высокий уровень эффективности использования бюджетных и иных средств направляемых на реализацию программ по здравоохранению и контроля над ними, а также качество оказываемой медицинской помощи населению.

#### **IV. ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Зинурова Г. Х., Сафаргалиев Э. Р. Комплексный анализ финансовых потоков в региональном лечебном учреждении здравоохранения республики Татарстан / Г. Х. Зинурова, Э. Р. Сафаргалиев // Наука Красноярья (ВАК). 2020. №9 (4). С. 103-118.

2. Зинурова Г. Х. Оценка управления финансами государственных учреждений здравоохранения / Г. Х. Зинурова // Научное обозрение: теория и практика (ВАК). 2020. Т. 10. № 4 (72). С. 594-603.

3. Зинурова Г. Х., Сафаргалиев Э. Р. Методы и приемы управления затратами в здравоохранении // Международный научно-исследовательский журнал (ВАК). 2020. № 5-2 (95). С. 35-38.

4. Ваславская И. Ю., Зинурова Г. Х., Кашипова Г. М. Изучение и оценка выявленных проблем при реализации государственных программ по поддержке здравоохранения / И. Ю. Ваславская, Г. Х. Зинурова, Г. М. Кашипова // Экономика: вчера, сегодня, завтра (ВАК). 2020. Т. 10. № 1-1. С. 601-609.

5. Зинурова Г. Х., Березка Ю. В. Разноуровневое планирование – элемент управления затратами в здравоохранении РТ. Российское государство, право, экономика и общество: проблемы и пути развития: Всероссийская научно-практическая конференция, 2020. С. 48-51.

6. Зинурова Г. Х. Финансовый анализ деятельности медицинских учреждений Республика Татарстан. International Scientific and Practical Conference on Sustainable Development of Regional Infrastructure (ISSDRI 2021) was held in Yekaterinburg, Russia on March 14-15, 2021. <https://issdri2021.com/ru/>.

7. Ваславская И. Ю., Зинурова Г. Х. Разработка сквозного алгоритма управления затратами в системе здравоохранения Республики Татарстан / И. Ю. Ваславская, Г. Х. Зинурова // Modern Economy Success (ВАК). 2022. № 1. С. 180-184.

8. Ваславская И. Ю., Егорова Л. В., Зинурова Г. Х., Кошкина И. А. Responsibility centers as a management tool healthcare costs (Scopus) IJEES – International journal of ecosystems and ecology science (ISSN22244980-Albania-WoS). 2022. <https://doi.org/10.31407/ijeess>. ISSN: 2224-4980. С. 447-454.

9. Зинурова Г. Х. Роль центров ответственности в управлении затратами и сложности их определения в здравоохранении. Глобальные проблемы научной цивилизации, пути совершенствования / Г. Х. Зинурова // Материалы XV Международной научно-практической конференции. В 2-х частях. Ставрополь, 2022. С. 112-117.

10. Зинурова Г. Х., Коба А. В., Сафаргалиев Э. Р. Разработка математической модели для управления экономической эффективностью в сфере здравоохранения / Г. Х. Зинурова, А. В. Коба, Э. Р. Сафаргалиев // Первый экономический журнал (ВАК). 2023. № 3. С. 2782-5183.

11. Зинурова Г.Х. Механизм внедрения оперативного учета затрат в здравоохранении и его методическое обеспечение. Технологические инновации и научные открытия. / Г.Х. Зинурова // Материалы Международной научно-практической конференции. Уфа: Изд. НИЦ Вестник науки, 2024. С. 212-219.

12. Зинурова Г.Х. Проект-программа по управлению региональной системой здравоохранения для повышения ее социально-экономической эффективности (на примере Республики Татарстан) / Г.Х. Зинурова // Экономика и управление: проблемы, решения (ВАК). 2024. №5. Том 7. С. 137-147.

13. Зинурова Г.Х., Ваславская И.Ю. Проблемы реализации национального проекта по реформированию системы здравоохранения / Г.Х. Зинурова, И.Ю. Ваславская // Конкурентоспособность в глобальном мире: экономика, наука, технологии, 2024. №7. С. 36-40.

14. Zinurova G.H. IMPROVING THE ORGANIZATIONAL AND ECONOMIC MECHANISM FOR IMPROVING THE QUALITY OF MEDICAL SERVICES. IX International Scientific and Practical Conference «Questions. hypotheses. answers: science XXI century» July 02-03, 2024 Toronto. Canada. С.20-24.

15. Зинурова Г. Х., Ваславская И. Ю., Жарина Н.А., Егорова Л. В. Совершенствование системы классификации затрат на медицинские услуги / Г.Х. Зинурова, И.Ю. Ваславская, Н.А. Жарина, Л.В. Егорова // Экономические науки, 2024. №8. (237).