

УДК 336.61, 614.2

**РАЗВИТИЕ ЦЕНТРОВ ФИНАНСОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ЦЕЛЯХ
РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**DEVELOPMENT OF FINANCIAL RESPONSIBILITY CENTERS FOR THE PURPOSES
OF IMPLEMENTING THE TERRITORIAL COMPULSORY HEALTH INSURANCE
PROGRAM**

¹Л.А. Габуева, ²Е.А. Голубева, ^{1,3}О.В. Кожевина
¹L.A. Gabueva, ¹E.A. Golubeva, ^{1,3}O.V. Kozhevina

1 Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Москва, e-mail: gabueva@ranepa.ru
Russian Academy of National Economy and Public Administration under the President of the Russian Federation, Moscow, e-mail: gabueva@ranepa.ru

2 Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области, Екатеринбург, e-mail: egolubeva@oms66.ru
Territorial Fund of Compulsory Medical Insurance of the Sverdlovsk Region, Ekaterinburg, e-mail: egolubeva@oms66.ru

3 Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации, Москва, e-mail: ol.kozhevina@gmail.com
Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, e-mail: ol.kozhevina@gmail.com

Аннотация

Концепция развития системы здравоохранения в России декларирует обеспечение оказания качественной и доступной медицинской помощи, приоритетность сохранения и укрепления общественного здоровья, в том числе создание условий для ведения здорового образа жизни и формирование ответственного отношения граждан к своему здоровью. Уровень экономического развития определяет возможности для финансирования бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, поэтому совершенствование механизмов управления медицинской организацией, реализующей территориальную программу государственных гарантий, становится стратегической задачей для отрасли. Применяемые подходы в управлении государственными медицинскими организациями недостаточно развиты, отчасти разрознены, не имеют единой системы сбалансированных показателей для оценки текущей деятельности, а также разработки и реализации перспективных целей. Часть медицинских организаций, как правило, крупных, расположенных в административных центрах субъектов Российской Федерации, используют современные механизмы управления для достижения финансовой устойчивости (бюджетирование, анализ показателей деятельности, определение перспективных направлений развития). Финансовая деятельность медицинских организаций в системе ОМС в зависимости от результата, позволяет развивать систему здравоохранения региона, либо создает риски снижения доступности и качества медицинской помощи, социальной напряженности из-за возникновения кредиторской задолженности по оплате труда, выполненным работам и услугам, дискредитации региональных органов исполнительной власти и самой системы ОМС. В статье более подробно будут рассмотрены механизмы управления бюджетами структурных подразделений, способы формирования таких бюджетов, анализ и контроль их исполнения, оценка результативности деятельности для использования в качестве методических рекомендаций по антикризисному управлению не крупными государственными лечебными учреждениями (районными больницами), расположенными в

малочисленных населенных пунктах с обслуживанием смешанного населения (взрослого и детского).

Abstract

The concept for the development of the healthcare system in Russia declares the provision of high-quality and affordable medical care, the priority of preserving and strengthening public health, including the creation of conditions for leading a healthy lifestyle and the formation of a responsible attitude of citizens towards their health. The level of economic development determines the possibilities for financing the provision of free medical care to citizens, therefore, improving the management mechanisms of a medical organization implementing a territorial program of state guarantees becomes a strategic task for the industry. The approaches used in the management of public medical organizations are underdeveloped, partly fragmented, and do not have a unified system of balanced indicators for assessing current activities, as well as the development and implementation of long-term goals. Some medical organizations, usually large ones, located in the administrative centers of the constituent entities of the Russian Federation, use modern management mechanisms to achieve financial sustainability (budgeting, analysis of performance indicators, identification of promising areas of development). The financial activities of medical organizations in the compulsory medical insurance system, depending on the result, allows for the development of the regional healthcare system or creates risks of decreased availability and quality of medical care, social tension due to the emergence of accounts payable for wages, work and services performed, discrediting regional executive authorities and the compulsory medical insurance system itself. The article will examine in more detail the mechanisms for managing the budgets of structural divisions, methods for forming such budgets, analyzing and monitoring their execution, assessing the performance of activities for use as methodological recommendations for anti-crisis management of small state medical institutions (district hospitals) located in small settlements serving a mixed population (adults and children).

Ключевые слова: центр финансовой ответственности (ЦФО), медицинские организации, обязательное медицинское страхование (ОМС), территориальные программы, бюджетирование

Key words: financial responsibility center (FRC), medical organizations, compulsory health insurance (CHI), territorial programs, budgeting

Введение. Управленческий инструментарий, позволяющий применять в государственных медицинских организациях, оказывающих бесплатную медицинскую помощь в системе ОМС, принципы экономической результативности деятельности, не всегда обеспечен методической поддержкой. Финансирование медицинских организаций государственной формы собственности, как известно, складывается за счет трех источников: ОМС, субсидии областного бюджета, предпринимательская деятельность [1, 2]. По данным за 2022 год, подготовленным в рамках исполнения регионального приказа, например, в Свердловской области [3], формирование фактических затрат за счет средств ОМС составило 65,6%, за счет средств субсидий областного бюджета – 26,6%, за счет предпринимательской деятельности – 7,8%. Для лечебных учреждений все перечисленные источники имеют определенные ограничения. Так, средства ОМС ограничены установленными объемами и финансовым обеспечением Территориальной программы ОМС, возможности областного бюджета также носят лимитированный характер, а предпринимательская деятельность зависит от платежеспособности населения.

Цель исследования. Финансовая устойчивость и грамотное использование ресурсов базируется на эффективном управлении доходами, расходами и экономическими результатами организаций в целом, а также ее отдельных структурных подразделений. При этом, в наиболее распространенном типе учреждений здравоохранения – многопрофильных медицинских организациях 1 уровня оказания медицинской помощи (не оказывающих высокотехнологичную помощь и медицинскую помощь населению, проживающему в

пределах нескольких муниципальных образований) механизмы финансового менеджмента применяются в ограниченном наборе инструментов.

Материал и методы исследования. В текущей деятельности недостаточно разработаны алгоритмы операционного бюджетирования, а применение управленческих механизмов формирования центров финансовой ответственности (далее – ЦФО) в медицинских организациях не является рекомендованной и(или) обязательной практикой. При этом, в общем количестве учреждений, реализующих территориальные программы ОМС, выявляются случаи ежегодной убыточности деятельности, которая искажает тренды финансовой устойчивости региональной системы здравоохранения. Указанный механизм не является основой для планирования размера дополнительных бюджетных средств, в целях поддержки плано- убыточных учреждений, а также не может применяться в распределении средств ОМС, поскольку средствами ОМС оплачивается фактически оказанная медицинская помощь по установленным способам и тарифам. По теме бюджетирования достаточно научной литературы при этом в любой медицинской организации в рамках действующего законодательства существует План финансово-хозяйственной деятельности (далее – ПФХД), определенные виды отчетности и другие элементы экономического планирования, регулирования и контроля за результатами деятельности, кроме ЦФО. Практика показывает достаточно настороженное отношение медицинского персонала к системе подсчета экономической результативности из-за выявления сильных и слабых сторон у отдельных сотрудников и целых подразделений, что может порождать как здоровую конкуренцию, так и саботирование или дискредитацию системы бюджетирования на основе ЦФО.

Модель управления в любой организации, в том числе медицинской, предполагает наличие бюджета, в рамках которого ведется вся основная и проектная деятельность. По мнению В. Е. Хруцкого и В. В. Гамаюнова управление бюджетами, то есть система бюджетирования, состоит из ключевых процессов: организация, автоматизация, используемые технологии», а сам процесс бюджетирования подразделяется на следующие «...этапы: определение управленческих целей и задач с учетом специфики деятельности; изучение и выбор принципов бюджетирования; изучение и утверждение методики бюджетирования; формирование и анализ финансовой структуры; определение видов бюджетов и их форматов; формирование и утверждение бюджетного регламента; распределение управленческого функционала; автоматизация процесса бюджетирования [4]. Д. Шевчук в самоучителе по бюджетированию считает, что любой управленческий процесс является «замкнутым контуром с этапами планирования, контроля, анализа и регулирования», а при «...регулировании возможно принятие решений о перераспределении ресурсов, корректировке планов, поощрении отличившихся и наказании виновных» [5]. Поддерживая данные методические подходы, также отметим, что процесс организации бюджетирования распределяет функционал и ответственность, регламентирует взаимодействие участников через план-графики и выстраивание документооборота. Процесс автоматизации предусматривает сбор, обработку и анализ любой бюджетной информации о поступлении и расходовании средств с использованием информационных технологий, позволяющих добиться необходимой детализации, унификации выходных отчетных форм и минимизировать ошибки. Технологический процесс описывает принципы бюджетирования, целевые финансовые показатели и контроль, виды бюджетов организации (операционные, инвестиционные, консолидированные, вспомогательные).

По мнению В.А. Волнина [6], финансовая структура строится на основе экономических отношений между ЦФО, а организационная структура – на основе функциональной специализации подразделений. Например, центр затрат финансовой структуры группирует издержки определенного вида, а подразделение организационной структуры – функционал, требующий профессиональных знаний и навыков. Финансовая структура является иерархией ответственности за финансовые показатели, а организационная структура – иерархией подчиненности с возможными «политическими»

компромиссами и влиянием личностных факторов. Е.А. Григорьева подчеркивает, что при построении финансовой структуры в расчет принимается только финансово-хозяйственная деятельность [7].

Сотрудников организации, особенно руководителей среднего звена, необходимо готовить к внедрению практики ЦФО, представляя такую систему на первоначальном этапе в виде проектной деятельности с постепенным переходом в статус текущей [8], когда сформировать консолидированный бюджет организации без наличия бюджетов ЦФО невозможно и стимулирующие выплаты зависят как от результатов лечения, так и от экономической эффективности.

На процесс бюджетирования влияет структура тарифа ОМС [9, статья 36], которая включает следующие расходы: на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу. Допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до одного миллиона рублей при отсутствии у медицинской организации непогашенной (просроченной) в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС. Способы оплаты медицинской помощи устанавливаются Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа) для трехлетнего периода и ежегодно утверждаются Постановлением Правительства Российской Федерации.

Результаты исследования и их обсуждение. Рекомендованные в экономической науке ЦФО являют собой центры принятия управленческих решений, которые на нижнем уровне подразделяются на центры контроля доходов или расходов. Рассмотрим основные типы ЦФО в финансовой структуре организаций: центр доходов; центр затрат; центр прибыли; центр инвестиций. В коммерческих структурах существует гораздо больше типовых ЦФО, например, центры маржинального дохода или центры финансового учета (ведут учет установленных финансово-экономических показателей, но не отвечают за их величину). Центры доходов – подразделения с устойчивым положительным либо безубыточным финансовым результатом (доходы превышают или соответствуют расходам подразделения). Центры затрат – подразделения с отрицательным финансовым результатом (доходы меньше расходов либо доходы отсутствуют, так как подразделение является обеспечивающим, то есть выполняет работу для других ЦФО). Центры прибыли – подразделения (группа подразделений или медицинская организация в целом) с устойчивым в течение периода положительным финансовым результатом и наличием в составе нижестоящих по иерархии центров дохода и центров затрат. Центры инвестиций – подразделения организации, деятельность которых убыточна для определенного периода (до момента достижения точки безубыточности) и направлена на развитие новых технологий. Например, развитие хирургических вмешательств, оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП), внедрение медицинских технологий, сопровождающихся приобретением дорогостоящего оборудования и подготовкой соответствующего персонала. В рамках действующей в Российской Федерации трехуровневой модели оказания и оплаты медицинской помощи, центры

инвестиций, главным образом, сосредоточены в учреждениях 3 уровня (уже выполняют отдельные виды ВМП), либо в крупных профильных центрах (перинатальные центры, онкологические диспансеры и другие подобные лечебные учреждения). Для медицинских организаций 1 уровня, обслуживающих население одного района или муниципального образования, не характерно наличие центров инвестиций, поскольку инвестиционные мероприятия (новое строительство, реконструкция или капитальный ремонт, приобретение дорогостоящего медицинского оборудования или автотранспорта для доставки пациентов в медицинские организации, медицинских работников до места жительства пациентов, а также для перевозки биологических материалов для исследований, доставки лекарственных препаратов до жителей отдаленных районов) осуществляются за счет субсидий из областного бюджета в рамках исполнения федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации» [10].

Таким образом, учреждениям 1 уровня вполне достаточно выделять основные типы ЦФО, поскольку трудности могут возникнуть уже на этапе планирования, корректировки и контроля показателей, а также при определении ответственных лиц. Финансовая структура лечебного учреждения выстраивает в первую очередь иерархию ответственности, измеряемой количественно через финансовый результат деятельности ЦФО с последующим принятием управленческих или кадровых решений. Наиболее целесообразным представляется сформировать финансовую структуру медицинской организации на основе кадровой структуры. Так, выделение ЦФО без проведения кадровой реорганизации либо иных, мероприятий, вызывающих противодействие коллектива, сначала систематизирует планирование и подведение итогов финансовой деятельности (положительных и отрицательных), а потом решает задачи эффективности. Вместе с тем специфика медицинской деятельности диктует необходимость соблюдения определенного баланса между коммерческой составляющей и обеспечением качества и безопасности медицинской помощи, влияющей на жизнь и здоровье человека.

Наличие в структуре доходов многопрофильной медицинской организации трех источников финансового обеспечения (ОМС, бюджет и предпринимательская деятельность) обязывает вести раздельный управленческий учет доходов и расходов ЦФО с формированием сводного результата по всем источникам.

Предлагается устанавливать тип ЦФО исходя из финансового результата по средствам ОМС из-за их преобладания в структуре доходов.

Доходные и расходные ЦФО предлагается устанавливать исходя из основной деятельности подразделений, то есть оказания медицинской помощи или обеспечения ее оказания. Соответственно, ЦФО с наличием плановых или фактических объемов медицинской помощи (госпитализаций в круглосуточном стационаре, случаев лечения в дневном стационаре, посещений и медицинских услуг в амбулаторных условиях, вызовов скорой медицинской помощи) являются центрами дохода. Эти доходные центры несут ответственность за выполнение плановых объемов помощи по условиям ее оказания (круглосуточный стационар, дневной стационар, амбулаторно-поликлиническая помощь, скорая медицинская помощь), что напрямую сказывается на уровне финансирования средствами ОМС. Кроме того, такие центры доходов назначают тактику лечения (лекарственные препараты, расходные материалы), поэтому влияют на издержки в части медицинской длительности госпитализации/случая лечения и закупочной деятельности.

ЦФО, непосредственно не оказывающие медицинскую помощь, но обеспечивающие деятельность доходных центров, можно отнести к центрам затрат. Зона влияния и ответственности таких центров затрат – это расходы, в том числе связанные с обеспечением функционирования лечебного учреждения (лицензирование, безопасность деятельности, коммунальные услуги и другие).

Для учреждений здравоохранения целесообразно считать центром прибыли медицинскую организацию в целом, так как управление консолидированным бюджетом доходов и расходов ЦФО по всем источникам, в том числе по ОМС, осуществляется руководством больницы (рисунки 1 и 2). **Ошибка! Источник ссылки не найден.**



Рис. 1. Распределение подразделений по типам ЦФО для организаций 1-го уровня оказания медицинской помощи населению субъектов России.

Финансовая структура организации представляет собой перечень ЦФО, выступающих в качестве объектов бюджетирования. Главной задачей построения финансовой структуры является получение ответа на вопрос, кто и какие бюджеты должен составлять. Поэтому, правильно построенная финансовая структура выявляет ключевые подразделения по формированию, учету и перераспределению прибыли с контролем расходов и доходов.

Для каждого типа ЦФО определяется стратегия деятельности. Центр прибыли, в нашем случае медицинская организация в целом, обеспечивает доступность и качество оказания медицинской помощи, регулирование структуры медицинской помощи по профилям, сохраняет финансовую устойчивость балансируя доходы и расходы, контролирует дебиторскую задолженность, разрабатывает мероприятия по максимизации прибыли. Центр доходов занимается увеличением доходной части бюджета организации через выполнение плановых объемов помощи в совокупности с достижением оптимального уровня затрат на лекарственные препараты, расходные материалы, инструментальные исследования, в том числе выполняемые в других учреждениях по направлению лечащего врача при отсутствии собственного оборудования или врача-специалиста. Доходные центры генерируют количество претензий и жалоб пациентов при некачественном или несвоевременном оказании медицинской помощи, что в свою очередь отражается на уровне штрафов и иных финансовых последствий со стороны регуляторов здравоохранения. Стратегия центров затрат сосредоточена на анализе и экономии расходов. Центры инвестиций занимаются поиском, освоением и окупаемостью вложений. Общей и обязательной для всех ЦФО стратегией является внесение предложений, направленных на рациональную и эффективную организацию процессов внутри учреждения.

Выводы. Сформулируем основные рекомендации по развитию ЦФО.

1. Финансовая структура медицинской организации на первоначальном этапе создает взаимодействие между подразделениями по вопросам уровня доходов и расходов, а на последующих этапах формирует предпосылки для наращивания доходной части и оптимизации расходной [11]. Консолидированный бюджет организации, как результат бюджетов ЦФО, обеспечивает прозрачность, контроль и управляемость через ответственных распорядителей бюджетов ЦФО

2. Каждый ЦФО должен наделяться полномочиями по формированию своего бюджета с учетом специфики деятельности, а также ответственностью за исполнение, корректировку и отчетность. Текущая деятельность ЦФО может осуществляться в рамках утвержденного бюджета. Руководитель ЦФО, в том числе верхнего уровня при управленческом объединении ЦФО, отвечает за показатели ЦФО в течение отчетного периода и устанавливается внутренним Положением о финансовой структуре организации.

3. После распределения ЦФО на доходные и затратные центры необходимо оценить их финансовый результат, рассчитанный по данным управленческой отчетности. При отсутствии налаженного управленческого учета используются сведения бухгалтерского и налогового учета методом начислений доходов и расходов в структуре бюджета ЦФО. В Российской Федерации предусмотрена возможность учитывать доходы и расходы методом начисления и кассовым методом. При методе начисления доходы и расходы учитываются в том отчетном периоде, в котором они возникали, исходя из условий сделок и независимо от времени платежа [12]. В целях единообразного подхода и корректности значений, сведения в разрезе статей доходов и расходов ЦФО предоставляются экономической службой медицинской организации. Руководители ЦФО изучают свои бюджеты, вносят при необходимости корректировки и согласовывают принципы учета и распределения затрат других подразделений. Данный подход позволяет добиться легитимности финансового результата деятельности ЦФО. Может случиться так, что по итогам года финансовый результат центров дохода окажется отрицательным и не достигнет соответствия присвоенному типу ЦФО, что вполне характерно для учреждений 1 уровня, в которых зачастую сосредоточена медицинская помощь с невысокой затратоемкостью.

4. Центр дохода с отрицательным финансовым результатом по итогам года предлагается считать не соответствующим требованиям безубыточности деятельности (рисунок 2). При этом завершение финансового года с отрицательным финансовым результатом для доходного центра является недопустимым, требует проведения всестороннего анализа причин, максимальной детализации доходной и расходной части, разработки плана мероприятий по достижению безубыточности деятельности в установленный для ЦФО срок.



Рис. 2. Соответствие центров доходов принципам безубыточности деятельности

Расходные центры не используют признаки соответствия требованиям безубыточности, поскольку доходы в них отсутствуют. Ряд вспомогательных служб (реанимация, трансфузиология, клинико-диагностическая лаборатория и др.) принимают участие в оказании медицинской помощи по назначению лечащего врача, поэтому лабораторные и инструментальные исследования включены в стоимость законченного случая лечения (КСГ, ВМП, комплексное посещение). Исходя из этого, распределение издержек вспомогательных служб на доходные центры является обязательным и осуществляется пропорционально выполненным медицинским услугам.

5. Как правило экономическая служба медицинских учреждений не испытывает сложностей с расчетами доходной части по ОМС, поэтому более подробно необходимо рассмотреть расходную часть ЦФО. Затраты следует классифицировать в зависимости от того, какую управленческую задачу необходимо решить, например, рассчитать себестоимость единицы помощи (посещения, законченного случая лечения, вызова) или оценить результаты деятельности ЦФО. По способу включения в себестоимость все затраты делятся на прямые и косвенные. Прямые затраты можно корректно и единственным способом отнести на себестоимость единицы медицинской помощи, – это издержки, связанные с оказанием медицинской помощи, затраты на оплату труда медицинского персонала. Косвенные затраты или накладные расходы, нельзя однозначно связать с конкретным объектом учета, единицей оказания медицинской помощи. К таким затратам относят общепроизводственные, общехозяйственные и коммерческие издержки, распределяемые в соответствии с принятой в учреждении методикой и базой распределения. Распределение косвенных затрат можно осуществлять пропорционально количественным показателям деятельности структурных подразделений: численность сотрудников, фонд оплаты труда, площадь ЦФО, объемы медицинской помощи или финансового обеспечения и т. п. Безусловно, чем больше прямых расходов может быть отнесено на конкретный ЦФО, тем объективнее будет расчет себестоимости. В процессе финансово-хозяйственной деятельности медицинского учреждения прямые расходы могут перейти в косвенные. Например, при наличии в структуре организации пищеблока разнесение прямых затрат данного ЦФО может осуществляться пропорционально числу пролеченных пациентов в отделениях круглосуточного стационара. При аутсорсинге услуг питания в договор на оказание таких услуг будут включены все расходы (прямые и косвенные), соответственно разнесение на число пролеченных пациентов будет включать расходы, не связанные с оказанием медицинской помощи.

6. Вспомогательные подразделения при классификации своих затрат должны использовать расчет точки безубыточности, чтобы определить средний минимально допустимый объем помощи (госпитализаций, случаев, пациентов, исследований), поскольку их расходы распределяются на доходные центры и формируют совокупный финансовый результат, управление которым невозможно без балансировки расходных и доходных показателей. Бюджеты центров затрат аналогично могут быть рассчитаны с помощью классификации расходов на прямые и косвенные, либо на постоянные и переменные для определения точки безубыточности центров доходов, но уже с учетом распределенных расходов затратных центров. Финансово устойчивая медицинская организация 1 уровня должна обеспечивать покрытие своих затрат за счет всех источников (ОМС, бюджет, предпринимательская деятельность). В случае планово-убыточной деятельности учреждения, выстроенная система управления бюджетами ЦФО (объективные и детализированные показатели бюджетов ЦФО и консолидированного бюджета медицинской организации по всем источникам финансирования) является для учредителя дополнительным экономическим обоснованием к применению механизмов целевой поддержки, в том числе направленных на сохранение доступности медицинской помощи населению на территории. В любом случае система управления бюджетами ЦФО приводит к эффективному расходованию государственных средств как ОМС, так и бюджетных.

Список литературы

1. Голощапова Л.В., Якушина С.О. Управление финансовыми рисками в сфере здравоохранения и способы их минимизации // Вестник Академии знаний. 2019. № 31 (2). С. 278-281.
2. Успенская И.В., Манухина Е.В., Юрина С.В. Анализ финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования // Социальные аспекты здоровья населения. 2018. № 1 (59). С. 1-11.
3. Совместный Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области и ТФОМС Свердловской области от 21.06.2022 № 1381-п/188 «Об утверждении методических рекомендаций по распределению затрат медицинских организаций в условиях преимущественно одноканального финансирования через систему обязательного медицинского страхования и о предоставлении информации». [Электронный ресурс]. URL: <https://base.garant.ru/73174830/> (дата обращения 03.12.2023).
4. Хруцкий В.Е., Гамаюнов В.В. Внутрифирменное бюджетирование. Теория и практика. 3-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт, 2019. 457 с.
5. Шевчук Д.А. Бюджетирование: самоучитель. [Электронный ресурс]. URL: <https://cbd0f.rbook.club/book/8990163/download/> (дата обращения 12.11.2023).
6. Волнин В.А. Финансовое планирование и бюджетирование. М.: Московский финансово-промышленный университет «Синергия», 2013. [Электронный ресурс]. URL: http://www.e-biblio.ru/book/bib/05_finansy/Finansovoe_planirovanie_i_byudjzetirovanie/sg.html#_Toc406667263 (дата обращения 12.11.2023).
7. Григорьева Е.В. Финансовое планирование. Оренбург: ГОУ ОГУ, 2009. 124 с.
8. Шалаева Л.В. Центры финансовой ответственности в системе стратегического управленческого учета: Монография. Пермь: ИПЦ «Прокрость», 2021. 114 с.
9. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения 02.12.2023).
10. Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации. Федеральный проект. [Электронный ресурс]. URL: <https://xn--80aapampemcchfmo7a3c9ehj.xn--p1ai/projects/zdravookhranenie/modernizatsiya-pervichnogo-zvena-zdravookhraneniya-> (дата обращения 03.12.2023).
11. Письмо Минздрава России от 26.01.2023 № 31-2/И/2-1075 (ред. от 11.05.2023) "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования". [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_438514/ (дата обращения 03.12.2023).
12. Налоговый Кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 05.08.2000 № 117-ФЗ (статьи: 143 – 432). [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28165/ (дата обращения 03.12.2023).