


На правах рукописи



СОКОЛОВ АНДРЕЙ АНАТОЛЬЕВИЧ

**МОДЕРНИЗАЦИЯ ФИНАНСОВОЙ МОДЕЛИ
СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

Специальность 08.00.10. - Финансы, денежное обращение и кредит

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата экономических наук

Ростов-на-Дону – 2018

Работа выполнена на кафедре «Государственные, муниципальные финансы и финансовый инжиниринг» Высшей школы бизнеса ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет»

Научный руководитель: **Артеменко Дмитрий Анатольевич**, доктор экономических наук, и. о. заведующего кафедрой «Государственные, муниципальные финансы и финансовый инжиниринг» Высшей школы бизнеса ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», профессор

Официальные оппоненты: **Кадыров Фарит Накипович**, Заслуженный экономист Российской Федерации, доктор экономических наук, ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Кафедра «Управление и экономика здравоохранения», профессор

Романова Татьяна Федоровна, доктор экономических наук, профессор, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный экономический университет (РИНХ)», Кафедра «Финансы», заведующий кафедрой

Ведущая организация: **ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского»**

Защита состоится 15 июня 2018 года в 13.30 часов на заседании диссертационного совета Д 212.208.02 по экономическим наукам при ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет» по адресу: 344002, г. Ростов-на-Дону, ул. М. Горького, 88, ауд. 219.

С диссертацией можно ознакомиться в Зональной научной библиотеке имени Ю.А. Жданова ЮФУ (344090, г. Ростов-на-Дону, ул. Р. Зорге, 21Ж), диссертация и автореферат размещены на официальном сайте Высшей аттестационной комиссии при Министерстве образования и науки РФ: <http://vak3.ed.gov.ru/>; и на официальном сайте Южного федерального университета: www.sfedu.ru.

Отзывы на автореферат в двух экземплярах, подписанные и заверенные печатью, просим направлять по адресу: 344002, г. Ростов-на-Дону, ул. М. Горького, 88, ауд. 210.

Автореферат разослан _____ 2018 года.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор экономических наук, доцент



Т.В. Воронина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. В настоящее время проводится самая крупномасштабная в современной истории России реформа системы здравоохранения, направленная на повышение ее качества и эффективности, рациональности использования бюджетных средств, а также расходов граждан и организаций на медицинское обслуживание. Финансовой основой общественного здравоохранения развитых стран является система обязательного медицинского страхования (ОМС). Формируемая финансовая модель российской системы здравоохранения призвана обеспечить страховой характер медицины, доступность и качество здравоохранения. Проводимая в рамках реформы здравоохранения модернизация системы ОМС России оценивается неоднозначно. В 2015 году под сокращение попали 90 тысяч медиков и реорганизовано 359 медучреждений, 26 из которых были ликвидированы. До конца 2018 года будут закрыты 15 медицинских организаций и 581 реорганизованы¹. Врачебное сообщество выражает опасение, что сокращение численности врачей и медицинских учреждений повлечет снижение доступности и качества медицинских услуг. Однако разработчики реформы здравоохранения указывают, что демонтаж остатков системы здравоохранения плановой экономики и совершенствование системы обязательного медицинского страхования, как общественного блага, представляют собой эффективный инструмент социальной защиты граждан государством в условиях рыночной экономики.

На современном этапе развития сложившаяся в России система обязательного медицинского страхования отличается непропорциональностью размеров страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающих и самозанятых граждан, недостаточной проработкой законодательства в части размера страхового взноса для неработающих граждан, многоканальностью источников финансирования медицинских организаций,

¹ В Минздраве изучают отчет Счетной палаты по реформе здравоохранения: ТАСС. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://tass.ru/obschestvo/1902172> (дата обращения: 27.08.2016).

систематическим неисполнением запланированных показателей расходной части бюджетов всех уровней по статье «Здравоохранение».

Актуальность темы исследования обусловлена необходимостью поиска эффективной финансовой модели, способной обеспечить сбалансированное развитие системы ОМС на основе усиления страхового характера здравоохранения при условии роста качества и доступности медицинских услуг.

Степень научной разработанности проблемы. Источники финансирования выполнения государством социальных функций (в том числе здравоохранения) находятся в поле зрения ученых-экономистов как одно из стратегических направлений экономических и финансовых исследований. Теоретико-методологическим обоснованием данной проблемы занимались П. Самуэльсон, К. Маркс, В.И. Ленин и др. Исследования проблемы эффективности распределения бюджетных средств отражены в работах З. А. Клюкович, В. С. Назарова, М. Р. Пинской, Т. Ф. Романовой, О. А. Феоктистовой.

Острая дискуссия по проблеме обязательного медицинского страхования в России, инициировавшего демонтаж существовавшей ранее системы моноканального государственного финансирования здравоохранения, поддерживается как российскими, так и зарубежными учеными. Отметим разработчика теории экономики общественного сектора Дж. Стиглица, одного из наиболее известных критиков «шоковой» терапии и либеральных реформ в России, а также М. Портера, предлагающего отказаться от сугубо рыночного подхода, платности и конкуренции в данной сфере в пользу системного подхода.

С другой стороны, рыночный подход также имеет сторонников, обосновавших необходимость либерализации системы здравоохранения на принципах страховой медицины: И. М. Шейман, С.В. Шишкин. Обоснование целесообразности реформы системы финансирования здравоохранения отражено в трудах Д. А. Артеменко, В. Н. Гришина, Ф. Н. Кадырова, В. З. Кучеренко, С. П. Кюрджиева, М. В. Пирогова, В. И. Стародубова, С. Г. Хабаева, Н. И. Яшиной и других авторов.

Финансовую модель как инструмент управления системой

финансирования общественного сектора обосновали Л. Л. Игонина, В.П. Ковалев, О. Ю. Мамедов, Г. Марковиц, У. Шарп. Вопросы применения бизнес-модели как инструмента управления социально-экономическими системами и секторами национальной экономики рассматривали Э. Маурья, А. Остервальдер, Э. Рис.

При всей ценности и масштабности проведенных ранее исследований осталась не освещенная область трансформации финансовой модели системы ОМС. Недостаточная проработанность вопросов о направлениях и инструментах ее модернизации, необходимость обоснования условий сбалансированности финансовой бизнес-модели ОМС определили выбор темы диссертационного исследования.

Цель и задачи исследования: *Цель исследования* – на основе компаративистского анализа систем медицинского страхования развитых стран выявить базовые принципы эффективной организации системы ОМС России и предложить концептуальное обоснование направлений модернизации финансовой модели национальной системы ОМС, основанной на императиве сбалансированности ее доходов и расходов.

Достижение поставленной цели обусловило необходимость постановки и решения следующих *комплексных задач*:

– на основе сравнительного анализа сложившихся в развитых странах финансовых моделей национальных систем ОМС провести их содержательно-функциональную классификацию и выявить общеродовые признаки эффективности финансовой модели современной системы ОМС;

– оценить результаты функционирования сложившейся в России финансовой модели системы ОМС на основе мониторинга текущего состояния действующей системы ОМС в целях обоснования исходных предпосылок и содержания модернизации финансовой модели ОМС;

– провести декомпозицию финансовой модели ОМС на бизнес-модели в зависимости от их ориентации на клиента, инновации, инфраструктуру и определить направления оптимизации основной страховой модели ОМС;

– выявить возможности сопряжения бизнес-моделей ОМС с принципами построения зарубежных финансовых моделей ОМС в целях обеспечения реализации выбранного пути модернизации финансовой модели ОМС в РФ соответствующим институционально-экономическим инструментарием;

– разработать рекомендации по оптимизации бюджетных расходов в системе ОМС путем использования инновационных методов управления здравоохранением в части профилактики и ранней диагностики заболеваний.

Объект и предмет исследования. *Объектом* исследования выступают взаимосвязи и взаимозависимости, возникающие в процессе организации и функционирования системы ОМС как звена общей финансовой системы государства. *Предметом* диссертационного исследования является разработка финансовой модели системы ОМС РФ и инструментария ее модернизации в контексте обеспечения достаточности финансирования системы здравоохранения.

Теоретико-методологической основой исследования послужили фундаментальные положения, концепции, содержащиеся в исследованиях отечественных и зарубежных ученых в области теории финансов и экономики здравоохранения, методические и аналитические исследования в области модернизации финансовой модели национальной системы ОМС.

Соответствие диссертации Паспорту научной специальности. Исследование выполнено в рамках специальности 08.00.10 - «Финансы, денежное обращение и кредит», части 1 «Финансы», пп 7.3. Финансовое и налоговое регулирование развития и эффективного функционирования обязательного и добровольного страхования; 7.4. Формирование теоретических и методологических основ новых видов страховых продуктов и систем социальной поддержки и защиты населения страны.

Инструментарно-методический аппарат исследования базируется на применении общенаучных методов: диалектического (для понимания противоречивости и сложности социально-экономических процессов), исторического (для определения эволюционно-генетических причинно-

следственных связей), проектного (для выявления сроков, ресурсов и результатов социально-экономических процессов), а также методов анализа и синтеза, и частных приемов: графической и табличной интерпретации данных, классификации и группировки.

Информационно-эмпирическую базу исследования составили фактические данные, содержащиеся в трудах ученых и экономистов практиков в области медицинского страхования, бизнес-моделирования и экономики здравоохранения, материалы отчетов Министерства здравоохранения РФ и Фонда обязательного медицинского страхования, данные Федеральной службы государственной статистики и Всемирной организации здравоохранения, аналитических порталов, а также полученные автором эмпирические результаты проведенных исследований.

Нормативно-правовая база исследования представлена Конституцией РФ, Федеральными законами, Гражданским кодексом РФ, Постановлениями Правительства РФ, ведомственными нормативно-правовыми актами, регулирующими систему обязательного медицинского страхования, в т.ч. приказами и решениями Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Рабочая гипотеза диссертационного исследования состоит в выдвижении и научном обосновании предположения о том, что модернизация финансовой модели ОМС должна основываться на результатах декомпозиции ее структуры на четыре компоненты (инновационную, гарантийную, страховую и инфраструктурную), параллельное развитие которых обеспечивает сбалансированность потоков доходов и расходов ОМС, а также консенсусе интересов субъектов системы здравоохранения РФ, что позволило разработать институционально-экономический инструментарий модернизации финансовой модели системы ОМС России путем введения института страхового администрирования, исключения из модели посреднического звена страховых медицинских организаций, использования новых методических подходов к расчету нормативов подушевого финансирования, внедрения инновационных

методов управления в систему многоканального финансирования здравоохранения.

Научная новизна исследования заключается в авторском обосновании направления модернизации финансовой модели системы ОМС, включающего разделение системы ОМС на четыре бизнес-модели с определением условий их сбалансированности, и разработке комплекса инструментов ее реализации, соответствующих функционалам предложенных бизнес-моделей.

Основные результаты, характеризующие научную новизну исследования, состоят в следующем:

- доказано, что эффективным направлением согласования государственных гарантий здравоохранения с их финансовым обеспечением выступает синтез функционально упорядоченных элементов систем медицинского страхования развитых стран (британской, германской, американской), однако продолжающаяся прямая имплантация разнородных элементов этих систем в практику финансирования российского здравоохранения продуцирует значительные отрицательные социально-экономические экстерналии (снижение уровня финансовой доступности медицинских услуг для разных групп населения, диспропорциональный рост расходов на здравоохранение в территориальном разрезе, углубление дифференциации уровня качества городской и сельской медицины);

- разработаны исходные требования к модернизации финансовой модели системы ОМС, структурированной на основе результатов исследований А. Остервальда² и Э. Маурья³: выявлены критерии разделения инкорпорированных бизнес-моделей разнородных сегментов системы ОМС, ориентированных на клиента, инфраструктуру и инновации; обоснована автономность страховой, гарантийной, инфраструктурной и инновационной бизнес-моделей ОМС в процессе сбалансированной реализации их функций в совокупной финансовой

² Остервальдер А. Построение бизнес-моделей: Настольная книга стратега и новатора. – М.: Альпина Паблишер, 2016. С.68.

³ Маурья Э. Бережливый стартап. - [Электронный ресурс] - , URL: <https://lpgenerator.ru/blog/2015/09/22/kak-sozdat-shablon-biznes-modeli-ili-lean-canvas/> (дата обращения: 21.12.2017).

модели национальной системы ОМС. На этой основе предложено направление модернизации финансовой модели системы ОМС, базирующееся на декомпозиции ее бизнес-моделей в направлении их параллельного сопряженно-сбалансированного развития, позволяющего обеспечить устойчивый рост сегментов ОМС, снизить дисфункциональность их взаимодействия и добиться роста качества и доступности услуг здравоохранения;

- обоснованы методы оптимизации страховой модели ОМС в виде минимизации транзакционных издержек (администрирование медицинских страховых компаний, штрафы медицинских организаций), что позволит сократить расходную часть модели на 5-10%, а также использование авторской методики расчета подушевых нормативов в здравоохранении, позволяющей определить затраты на финансирование отдельных медицинских организаций первичной медицинской помощи, оценить реальные ресурсные возможности в целях эффективного планирования расходов;

- предложен комплекс мер по оптимизации гарантийной, инфраструктурной и инновационной бизнес-моделей системы ОМС на основе сбалансированной сегрегированной финансовой модели: в формате гарантийной бизнес-модели целесообразно доминирование принципов британской системы в части развития государственных медучреждений, способных решать комплексные медицинские задачи любой сложности; в рамках инфраструктурной бизнес-модели - принципов равной территориальной и финансовой доступности медицины гражданам страны; в рамках инновационной бизнес-модели - коммерческих принципов американской системы с включением в нее доходов от инновационно-технологического предпринимательства в сфере здравоохранения;

- разработаны рекомендации по сокращению расходов бюджета на оплату листов нетрудоспособности за счет средств ОМС путем внедрения авторской инновационной разработки методов управления здравоохранением - интеллектуальной системы «ПРИЗ», способствующей раннему распознаванию признаков инфекционных заболеваний работников предприятий и организаций.

Теоретическая значимость результатов исследования состоит в развитии теории финансов здравоохранения, углублении научного обоснования направлений модернизации финансовой модели национальной системы ОМС. Ряд конкретных предложений может использоваться в качестве инструментария в практической деятельности органов власти, медицинских учреждений, страховых компаний при планировании и прогнозировании финансового обеспечения здравоохранения. Теоретические и практические положения диссертации применимы в учебном процессе в рамках учебной дисциплины «Экономика здравоохранения», а также в качестве разделов дисциплин «Финансы» и «Финансы общественного сектора».

Практическая значимость исследования заключается в возможности использования разработанных практических научных результатов и подходов при осуществлении следующих мероприятий: системной диагностики проблем и ситуаций в сфере ОМС; распределении финансовых ресурсов; развитии бизнес-моделей ОМС; принятии управленческих решений по выбору вариантов оптимизации финансовых потоков в сфере здравоохранения. Наряду с этим, осуществлена экспертная проверка основных положений, выводов и рекомендаций, разработанных автором, которая подтвердила их обоснованность и приемлемость для практического использования для формирования финансовой политики на основе учета границ разнородных сегментов системы ОМС, их разделения и условий их балансировки.

Апробация результатов исследования проводилась:

- в Совете Федерации Федерального Собрания РФ в части подготовки предложений по внедрению института страхового администрирования системы здравоохранения РФ;

- в Федеральном Фонде обязательного медицинского страхования в части подготовки предложений по внедрению инновационной программы по раннему распознаванию инфекционных заболеваний;

- в учебном процессе Южного федерального университета, что подтверждено соответствующими документами.

Основные теоретические и практические результаты диссертационного исследования были представлены на международных научно-практических конференциях в городах Краснодар, Сочи, Махачкала в 2016-2017 гг.

Публикации результатов исследования. Основные выводы диссертации отражены в 12 опубликованных научных работах общим объемом 5,8 авторских п.л., в том числе, 4 - в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России общим объемом 1,9 авторских п.л.

Логическая структура и объем диссертационной работы. Диссертационное исследование включает в себя введение, три главы, состоящие из 8 параграфов, заключения, списка литературы из 169 источников. Основное содержание работы изложено на 156 страницах текста, включает 26 таблиц, 28 рисунков и 4 приложения.

Структура диссертации имеет следующий вид:

ВВЕДЕНИЕ

1. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ МОДЕЛЕЙ НАЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1.1. Компаративистский анализ экономической природы финансовых моделей национальных систем обязательного медицинского страхования

1.2. Общеродовые признаки финансовой модели современной системы обязательного медицинского страхования: российская версия

1.3. Институциональные основы модернизации финансовой модели системы обязательного медицинского страхования

2. ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЙСТВЕННОСТИ СЛОЖИВШЕЙСЯ ФИНАНСОВОЙ МОДЕЛИ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

2.1. Мониторинг состояния действующей финансовой модели системы обязательного медицинского страхования

2.2. Оценка результативности функционирования действующей финансовой модели системы обязательного медицинского страхования: потенциал и ограничения

2.3. Направления модернизации финансовой модели системы обязательного медицинского страхования

3. РАЗРАБОТКА ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ СРЕДСТВ МОДЕРНИЗАЦИИ ФИНАНСОВОЙ МОДЕЛИ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

3.1. Построение финансовой модели системы ОМС с учетом ее декомпозиции на страховой, гарантийный, инновационный и инфраструктурный

сегменты

3.2. Институционально - экономический инструментарий модернизации финансовой модели системы обязательного медицинского страхования

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

ПРИЛОЖЕНИЯ

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. В процессе реформы российского здравоохранения имплантация элементов западных моделей в формируемую систему ОМС порождает внутренний конфликт и продуцирует значительный негативный социально-экономический эффект, консервирующий дефицитность финансирования здравоохранения и проявляющийся в снижении уровня удовлетворенности застрахованных лиц. В результате в рамках функционирующей финансовой модели системы ОМС усиливается дисбаланс между увеличивающимися государственными гарантиями (обязательствами) и их ресурсным обеспечением.

До конца прошлого века финансирование системы медицинского страхования реализовывалось в рамках централизованного планирования и жесткого вертикального управления. Тогда произошло внедрение механизмов ОМС с привлечением значительных дополнительных ресурсов в систему здравоохранения и реализацией принципов рыночной экономики и экономических рычагов управления.

На фоне внедрения страховых механизмов снижалась роль централизованных контролирующих функций государства. Системы ОМС в регионах сильно отличались друг от друга в связи с их неравномерными финансовыми и экономическими возможностями. К 2008 г. подушевой финансовый норматив в рамках базовой программы ОМС разнился в зависимости региона в 25 раз⁴.

⁴ Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.ucgb.org/documents/Strategija%20razvitiija%20zdravoohranenija%202015-2030.pdf> (дата обращения: 27.07.2017)

Ситуация усугублялась межрегиональными различиями в финансировании отрасли с сохранением многоканальности финансового обеспечения лечебных учреждений. В итоге большая часть продекларированных государственных гарантий не находили достаточного финансового обеспечения из-за низкого уровня финансирования системы здравоохранения России. Данный период ознаменовался появлением, так называемых, сопутствующих «теневых» платежей пациентов по всем видам медицинских услуг, включая посещение терапевта и вызов скорой медицинской помощи.

Опыт сжатого во времени замещения советской системы не может быть применим в условиях российской реформы системы ОМС по причине несопоставимости необходимого масштаба реформ, необходимости обеспечения эволюции, не приводящей к социальному протесту застрахованных лиц. Отсутствие в германской модели страховых компаний (их функции выполняют больничные кассы) сигнализирует о том, что симбиоз германской и американской систем обязательного медицинского страхования может стать целевой версией российской модели. Возможно, с течением времени ее свойства улучшатся, но в настоящее время функционирующая в России система ОМС столкнулась с упущенными доходами в связи с переключением платежеспособного сегмента в сторону частной медицины.

Переходная система не была рассчитана на сохранение имеющейся лечебно-профилактической инфраструктуры, так как предполагала финансирование исключительно за счет обязательных социальных взносов. Реформа сохранила численность врачей, но медицинский персонал существенно сократился. Врачи выполняли не свойственные им функции медицинского персонала, фактически замещая его потерю.

Федеральный фонд ОМС функционировал с дефицитом бюджета в 2014-2015 гг., размер его бюджета увеличился за 5 лет в 1,7 раза (рис.1).

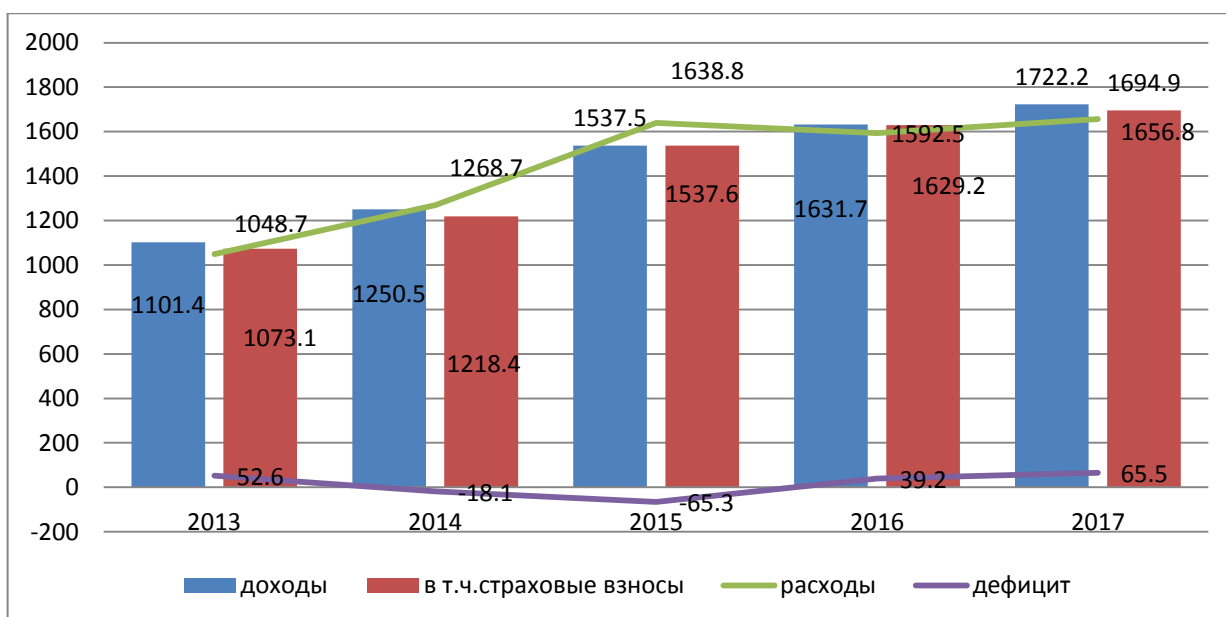


Рисунок 1 - Динамика показателей деятельности федерального фонда ОМС⁵

По данным проверки Счетной Палаты причиной дефицита являлись перешедшие с 2013 года неисполненные мероприятия региональных программ модернизации здравоохранения по статье «проектирование, строительство и ввод в эксплуатацию перинатальных центров» в общем объеме 52655,7 млн. рублей. Данная тенденция усугубилась в 2015 году, когда дефицит бюджета ФФОМС составил 65,3 млн. рублей.

Основные источники финансирования дефицита - это внутренние резервы фонда (перераспределения других статей). С 2016 г. отмечается профицит бюджета ФФОМС, однако он незначителен.

Проведение реформ привело к развитию страховых организаций. В 2017 году из общего количества (360 страховщиков) 59 страховых компаний специализировались на обязательном медицинском страховании, по сравнению с 2016г. их количество осталось без изменения. Анализ результатов их деятельности представлен в табл. 1.

⁵ Заключение на проект федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (утверждено Коллегией Счетной палаты Российской Федерации (протокол от 7 ноября 2016 г. № 58К (1133)). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://asozd2.duma.gov.ru/work%5Cdz.nsf/ByID/82A4CD24C_2D538043258066004A1828/\\$File/Заключение%20СП%20.pdf?OpenElement](http://asozd2.duma.gov.ru/work%5Cdz.nsf/ByID/82A4CD24C_2D538043258066004A1828/$File/Заключение%20СП%20.pdf?OpenElement). (дата обращения: 2.05.2017)

Таблица 1 – Динамика основных показателей работы медицинских страховых организаций (млн. руб.)⁶

Статьи доходов	2013	2014	2015	2016	Уд. вес, %
Поступило средств - всего	840235,9	1199749,9	1360134,4	1537111,7	100
в том числе:					
средства, поступившие от ТФОМС на финансовое обеспечение ОМС в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС	718801,9	1145366,3	1291923,2	1463507	95,21
средства, поступившие из СМО в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи	22380,4	46302,2	64916,3	71783,3	4,67
средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц	11,9	12,3	14	17,2	0,00
прочие поступления целевых средств	99041,7	8069	3280,8	1804,2	0,12
Использовано средств - всего	804749,8	1137611,7	1305540	1459754,6	94,97
в том числе:					
на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС	701093,2	1127859,5	1300988,5	1454960,2	94,66
направлено в доход СМО	2245,6	3373	4198,4	4425	0,29
прочее использование целевых средств	101411	6379,3	353,1	369,4	0,02
Возврат целевых средств источнику финансирования	56164,5	46215,5	37434,2	50321,8	3,27

Целью деятельности данного института является обеспечение качества медицинских услуг, при этом, фактически выполняется другая функция. В течение 4 лет в виде санкций страховые организации получили от медицинских

⁶ Здравоохранение в России. 2017. [Электронный документ]. Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf. (дата обращения: 17.09.2017)

организаций 205 382,2 млн. рублей, 190 136 млн. руб. возвращены источнику (Фонд ОМС). Т.е. страховые организации выполнили функцию иммобилизации денежных средств Фонда ОМС и медицинских организаций. Подобная практика снижает эффективность системы общественного здравоохранения, так как, очевидно, на эти суммы услуг пациентам не было оказано. При этом, за выполнение этой работы СМО за 4 года получили в виде доходов 14 242 млн. рублей, которые также могли быть освоены медицинскими организациями в профильной деятельности.

2. Исходя из двух типов моделей финансирования здравоохранения: преимущественно прямого государственного финансирования и преимущественно страховой (финансирования застрахованными гражданами или работодателями), советская система здравоохранения имеет больше сходства с британской системой, чем с германской. Успешный опыт реформы системы здравоохранения восточной части Германии показал, что советская система была демонтирована и полностью замещена германской системой с созданием всех необходимых институтов (прежде всего «больничных касс»).

Как показало проведенное исследование, все системы здравоохранения в мире сводятся к четырем типам или их комбинациям: германской, британской, советской и американской. Обязательное медицинское страхование (ОМС) по германской системе разработано на базе взносов работников и работодателей, при этом, британская и советская системы базируются на бюджетном финансировании здравоохранения. Американская система базируется на свободном рынке медицинских и страховых услуг, при этом, наличие медицинской страховки у работника является обязательным.

Система бюджетного финансирования медицины, или советская модель функционировала в условиях плановой экономики. Германская система – это изначально страховая система, финансируемая за счет взносов работодателей и застрахованных. Британская система основана на опыте реализации советской системы ОМС. Включала общественную систему оказания медицинской помощи, при этом, больницы были национализированы, семейные врачи сохранили

независимость, а граждане — право выбора врача. Американская система функционирует в виде свободного рынка медицинских и страховых услуг.

Одной из наиболее эффективных систем здравоохранения в мире является система Израиля, который является крупнейшим в мире центром медицинского туризма. Система здравоохранения Израиля существенно отличается от американской. Застрахованный гражданин наделяется правом получения «корзины здоровья», другими словами - государственных гарантий в сфере здравоохранения, утверждаемых правительством и ежегодно пересматриваемых. В «корзину здоровья» входит: амбулаторная помощь, лечение в стационарах, физиотерапевтическое и реабилитационное лечение, оперативное вмешательство в клиниках акушерства, хирургии, и гинекологии. Государственное медицинское страхование предусматривает высокотехнологические виды помощи. Государственное медицинское страхование не включает психологическую, психиатрическую, наркологическую, стоматологическую помощь, косметические операции и др. Существует практика соплатежей при посещении узких специалистов и для некоторых видов анализов.

3. Применение таких инструментов, как шаблоны бизнес-моделей А. Остервальдера⁷, Э. Маурья⁸, разделение бизнес-моделей, сегментирование бизнес-модели системы ОМС, разделение финансовых моделей сегментов системы ОМС позволило сформулировать авторскую трактовку понятий финансовая бизнес модель системы ОМС и ее модернизации с целью повышения качества управления финансовой моделью системы ОМС для обеспечения доступности и качества медицины.

Под финансовой моделью ОМС автор понимает систему отношений между государством в лице Фонда ОМС, работодателями и гражданами РФ по поводу формирования, распределения и использования денежных средств для решения задач по обеспечению граждан медицинской помощью. Для моделирования системы ОМС на основе рассмотренных шаблонов необходимо определить

⁷ Остервальдер А. Построение бизнес-моделей: Настольная книга стратега и новатора. – М.: Альпина Паблишер, 2016. С.68

⁸ Маурья Э. Бережливый стартап. - [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://lpgenerator.ru/blog/2015/09/22/kak-sozdat-shablon-biznes-modeli-ili-lean-canvas/> (дата обращения: 21.12.2017)

состав системы, ее границы, определить связи между отдельными элементами (субъектами системы), охарактеризовать качество моделируемой среды.

Авторская адаптация шаблонов А. Остервальдера и Э. Маурья позволила спроектировать шаблон системы ОМС с учетом особенностей этой системы (таблица 2).

Вход: ФАКТОРЫ развития модели ОМС	Экономический фактор	Экологический фактор	Социальный фактор
Уникальное ценностное предложение – Целеобразующий процесс			
Концепция (миссия)		Тип эффективной системы здравоохранения (ЭСЗ)	
Основная проблема			
Решение		Альтернативные решения	
Количественные (натуральные и финансовые) показатели модели ОМС			
Метрики	Затраты		Доходы
Субъекты модели ОМС			
Производители услуг	Потребительские сегменты	Заинтересованные стороны	
Выход: Условия сбалансированности модели ОМС			
Внутреннее (финансовый эффект)		Внешнее (социально-экономический эффект)	

Рисунок 2 - Базовый теоретический конструкт финансовой бизнес-модели ОМС⁹

Нефинансовые переменные часто исключаются из модели, при этом они имеют на нее большое влияние. Необходимость включения в финансовую модель нефинансовых переменных, наглядного расчета влияния нефинансовых факторов на денежные взаимосвязи и послужила мотивирующим импульсом к созданию и применения бизнес-моделей в виде визуализированных шаблонов.

Таким образом, финансовая модель представляет собой финансовую основу бизнес-модели, (финансовую проекцию системы ОМС), позволяющую оценивать ее состояние, сбалансированность, проводить прогнозирование и осуществляется управление.

В свою очередь, под модернизацией обязательного медицинского страхования понимается проактивный социально-экономический процесс управления системой ОМС, обеспечивающий опережающие изменения, занимающихся подготовкой системы общественного здравоохранения к изменениям внешней среды.

⁹ Составлено автором по результатам исследования.

4. Структура финансовой модели системы ОМС включает четыре составляющие, выделенные по критериям доходности, затратности и сбалансированности: страховая гарантийная, инфраструктурная и инновационная, на основе которых формируются новые инструменты управления, позволяющие сбалансировать финансовые модели и обеспечить устойчивый рост доступности и качества медицины

Отделение гарантийной модели от страховой обусловлена необходимостью определения границ страховой бизнес-модели, в том числе, ее финансовой части (гарантийной финансовой модели).

Выделение инфраструктурной и инновационной модели обусловлено рекомендациями А. Остервальдера по оптимизации бизнес-модели для целей ее управления. Разделение бизнес-моделей позволит сфокусироваться на связях их элементов. Данный анализ позволил очертить новые границы финансовых моделей и начать их разделение. В настоящее время, безусловно, финансовая модель системы ОМС находится в трансформационном (переходном) состоянии. Фактически, финансовые границы рассматриваемых 4 бизнес-моделей размыты. Эти модели финансируются из разных источников, с участием финансовых посредников.

Одним из эффективных инструментов оптимизации бизнес-моделей является их разделение на гарантийную и страховую бизнес-модели, так как они, несмотря на родственную природу, имеют четкую границу применения. Обе бизнес-модели работают на принципе вероятности наступления страхового (или гарантийного случая). Страховая модель применима для работающего населения, не имеющего хронических заболеваний, мешающих трудоспособности.

Типологизация моделей была проведена по сходству ключевых характеристик (рис. 3-6).

ФАКТОРЫ развития модели ОМС	Экономический фактор Неудовлетворенная потребность в доступной и качественной медицинской помощи у большинства населения	Экологический фактор – негативное влияние экологической обстановки на увеличение потребности в медицинских услугах	Социальный фактор – образ жизни населения, слабая доступность регулярного оздоровления работающего население увеличивает потребность в медицинских услугах.
Уникальное ценностное предложение – Целеобразующий процесс			
Сохранение и восстановление здоровья работающего населения		Минимизация потерь социальных страховых фондов работающего населения	
Концепция (миссия)		Тип ЭСЗ	
Социальное страхование, основанное на принципе богатый платит за бедного		Трансформационная система Советская - Германская	
Основная проблема			
Обеспечение финансовой сбалансированности страхового сегмента системы ОМС			
Решение		Альтернативные решения	
Общедоступный полис ОМС не связанный размером страхового взноса		Самолечение, Коммерческая медицина Медицинский туризм, Благотворительная медицина	
Количественные (натуральные и финансовые) показатели модели ОМС			
Метрики	Структура затрат	Структура доходов	
Количество застрахованных Сумма премии (страховых взносов) Страховые выплаты Средняя премия и выплата	Страховые выплаты Содержание страховых организаций Содержание страховых фондов	Страховые взносы Взносы за неработающее население бюджетов Дополнительные поступления из бюджетов разных уровней	
Субъекты модели ОМС			
Производители услуг	Потребительские сегменты	Заинтересованные стороны	
Лечебные организации: амбулаторно-поликлинические, стационары, скорой помощи	Работающее население Трудоспособное неработающее население Пенсионеры Инвалиды Дети	Социальные фонды Бюджеты разных уровней	
Условия сбалансированности модели ОМС			
Внутреннее: Ограничение страховой ответственности в пределах фактически исполняемых услуг		Внешнее: Оценка потребителей качества предоставленных услуг	

Рисунок 3 - Теоретический конструкт страховой бизнес-модели системы ОМС¹⁰

Страховая бизнес-модель типологизируется как трансформационная советская модель, эволюционирующая в германскую, потому что именно она имеет наиболее ярко выраженный социальный страховой характер и соответствующие принципы функционирования (богатый платит за бедного, стандартное страховое покрытие при дифференцированных страховых платежах).

¹⁰ Составлено автором по результатам исследования.

ФАКТОРЫ развития модели ОМС	Экономический фактор увеличивающаяся у населения потребность в дорогостоящем лечении	Экологический фактор – негативное влияние экологической обстановки на увеличение потребности в медицинских услугах	Социальный фактор – образ жизни населения, слабая доступность регулярного оздоровления работающего население увеличивает потребность в медицинских услугах.
Уникальное ценностное предложение – Целеобразующий процесс			
Обеспечение доступности дорогостоящего лечения		Финансовая гарантия дорогостоящего лечения застрахованного	
Концепция (миссия)		тип ЭСЗ	
Государственное социальное страхование, основанное на принципе полной доступности медицины для застрахованных		Трансформационная Советская - Британская	
Основная проблема			
Обеспечение финансового источника гарантийного сегмента системы ОМС			
Решение		Альтернативные решения	
Использование фонда ОМС для гарантийных выплат Разделение гарантийной и страховой программы		Самолечение, Самострахование Благотворительная медицина	
Количественные (натуральные и финансовые) показатели модели ОМС			
Метрики	Структура затрат		Структура доходов
Количество гарантийных случаев; Средняя гарантийная выплата	Гарантийные выплаты		Страховые взносы Взносы за неработающее население бюджетов; Дополнительные поступления из бюджетов разных уровней
Субъекты модели ОМС			
Производители услуг	Потребительские сегменты		Заинтересованные стороны
Лечебные организации: амбулаторно-поликлинические, стационары, скорой помощи	Работающее население Неработающее население Пенсионеры, Дети Хронические больные, больные с тяжелыми заболеваниями		Социальные фонды Бюджеты разных уровней Благотворительные организации
Условия сбалансированности модели ОМС			
Внутреннее: Ограничение гарантийной ответственности		Внешнее: Оценка потребителей качества предоставленных услуг	

Рисунок 4 - Теоретический конструкт гарантийной бизнес-модели системы ОМС¹¹

Гарантия предполагает наличие дополнительных источников финансирования. Гарантийная бизнес-модель близка к страховой, но имеет вторичный, обеспечительный характер и свою нишу для применения (страховая бизнес-модель не применима для случаев с хроническими больными, из-за 100% вероятности наступления страхового случая).

Отметим, что и гарантийные отношения основываются на вероятностном наступлении гарантийного события, однако, в системе ОМС гарантии должны распространяться на всех застрахованных. Разделение финансовой модели

¹¹ Составлено автором в по результата исследования.

призвано обозначить границы ответственности гарантийного сегмента и источников его обеспечения.

ФАКТОРЫ развития модели ОМС	Экономический фактор Увеличивающаяся потребность в высокотехнологичной медицине	Экологический фактор негативное влияние экологической обстановки на увеличение потребности в медицинских услугах	Социальный фактор образ жизни населения, слабая доступность регулярного оздоровления работающего население увеличивает потребность в медицинских услугах.
Уникальное ценностное предложение – Целеобразующий процесс			
Обеспечение доступности высокотехнологичного лечения		Государственный заказ на строительство лечебной инфраструктуры	
Концепция (миссия)		тип ЭСЗ	
Государственное социальное страхование, основанное на принципе полной доступности медицины для застрахованных		Трансформационная Советская - Британская	
Основная проблема			
Обеспечение инфраструктурной доступности высокотехнологичной медицины системы			
Решение Строительство современной лечебной инфраструктуры, модернизация существующей		Альтернативные решения Самолечение Самострахование Благотворительная медицина	
Количественные (натуральные и финансовые) показатели модели ОМС			
Метрики	Структура затрат	Структура доходов	
Количество гарантийных случаев Средняя гарантийная выплата	Капитальные затраты	Поступления из бюджетов разных уровней	
Субъекты модели ОМС			
Производители услуг	Потребительские сегменты	Заинтересованные стороны	
Лечебные организации: амбулаторно-поликлинические, стационары, скорой помощи	Работающее население Неработающее население Пенсионеры Дети	Социальные фонды Бюджеты разных уровней Коммерческие лечебные организации	
Условия сбалансированности			
Внутреннее: Соответствие капитальных затрат и инвестиционных источников		Внешнее: Оценка потребителей качества предоставленных услуг	

Рисунок 5 - Теоретический конструкт инфраструктурной бизнес-модели системы ОМС¹²

Инфраструктурная бизнес-модель имеет вектор развития в сторону эффективного государственного финансирования, обеспечивающего как строительство инфраструктуры, так и осуществление дорогостоящего лечения за счет государства.

Отметим, что страховая и инновационная модели имеют конфликтные векторы развития, так как страховая имеет стандартное страховое покрытие, а

¹² Составлено автором по результатам исследования.

инновационная – коммерческое и функционирует на принципе дифференциации покрытия пропорционально уплаченным взносам.

ФАКТОРЫ развития модели ОМС	Экономический фактор Увеличивающаяся потребность в высокотехнологичной инновационной медицине	Экологический фактор негативное влияние экологической обстановки на увеличение потребности в медицинских услугах	Социальный фактор образ жизни населения, слабая доступность регулярного оздоровления работающего население увеличивает потребность в медицинских услугах
Уникальное ценностное предложение – Целеобразующий процесс			
Обеспечение технологической инновационной медицины		Коммерциализация инноваций	
Концепция (миссия)		Тип ЭСЗ	
Государственное стимулирование и поддержка инновационных разработок в сфере медицины		Трансформационная Советская - Американская	
Основная проблема: Обеспечение технологической доступности медицины системы ОМС			
Решение		Альтернативные решения	
Финансирование востребованных научных исследований в сфере медицины		Самолечение Самострахование Благотворительная	
Количественные показатели модели ОМС			
Метрики	Структура затрат		Структура доходов
Количество гарантийных случаев Средняя гарантийная выплата	Затраты на научные исследования Затраты на внедренческие процедуры		Поступления из бюджетов разных уровней
Субъекты модели ОМС			
Производители услуг	Потребительские сегменты		Заинтересованные стороны
Лечебные организации: амбулаторно-поликлинические, стационары, скорой помощи	Работающее население Неработающее население Пенсионеры Дети		Социальные фонды Бюджеты разных уровней Коммерческие лечебные организации
Условия сбалансированности			
Внутреннее: Соответствие затрат и доходов от коммерциализации инноваций		Внешнее: Оценка потребителей качества предоставленных услуг	

Рисунок 6 - Теоретический конструкт инновационной бизнес-модели системы ОМС¹³

Структурирование базовой модели позволит управлять финансовыми потоками с целью обеспечения их сбалансированности. Разделив финансовую модель системы ОМС на 4 сегмента (бизнес-модели), которые, безусловно, будут стремиться к интеграции, можно их дифференцировать для целей управления, разграничив их по источникам доходов и расходов. Сбалансированность предложенной финансовой модели может быть достигнута путём поиска новых источников доходов.

¹³ Составлено автором по результатам исследования

5. Реализация модернизации финансовой модели обязательного медицинского страхования должна быть обеспечена соответствующим инструментарием, который также будет направлен на снижение транзакционных издержек, оптимизацию бюджетных расходов в результате ранней диагностики и профилактики заболеваний и совершенствование системы подушевого финансирования организаций здравоохранения.

По результатам исследования предложена авторская трактовка институционализации инструментария страхового администрирования (рис. 1), позволяющая раскрыть содержательную специфику процессов управления финансовыми потоками в рамках ОМС.

В рамках модернизации страховой бизнес-модели предложено упразднить страховые медицинские организации в виду их неэффективности из-за столкновения интересов ЛПУ и СМО, это сэкономит 17 млрд. рублей (1%) бюджета ФФОМС в год, повысит прозрачность расчетов и усилит мотивацию ЛПУ к оказанию качественных медицинских услуг.

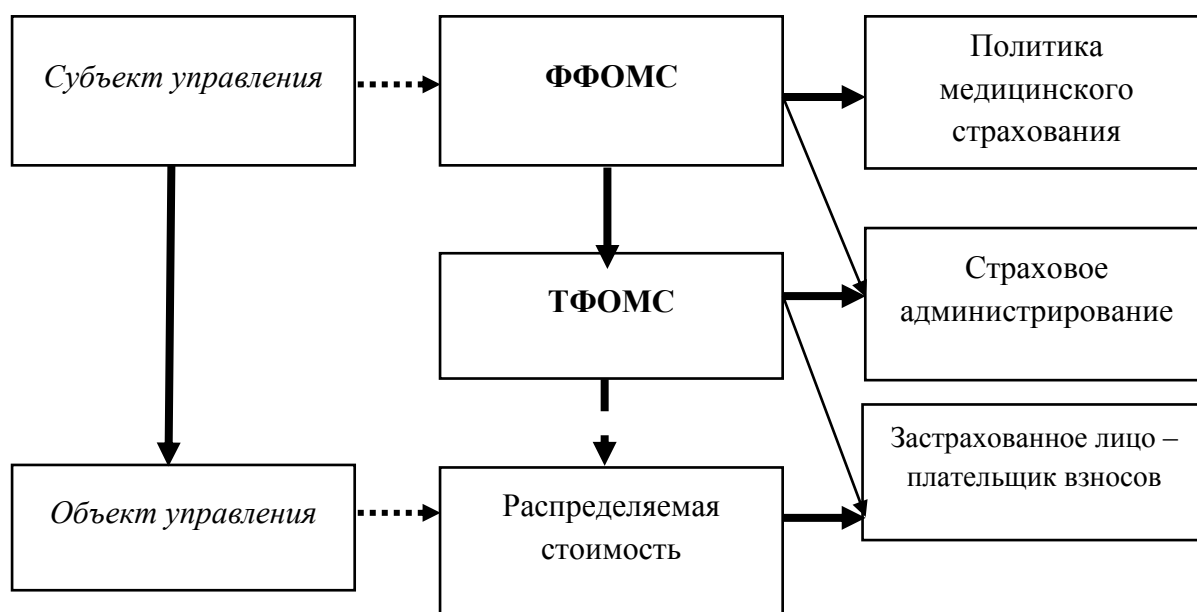


Рисунок 1 - Институционализация инструментария страхового администрирования в финансовой модели системы ОМС¹⁴

Предложена методика определения подушевых нормативов (табл. 2) на

¹⁴ Составлено автором по результатам исследования

основе профильных клинко-затратных групп (КПГЗ), клинко-статистических групп (КСГ) и стационарных клинко-статистических групп (СКСГ), позволяющая рассчитать реальную стоимость финансирования отдельных медицинских организаций первичной медицинской помощи и оценить её реальные ресурсные возможности и ожидаемые финансовые затраты.

Таблица 2 - Расчет подушевого норматива¹⁵

Глубина фондодержания	Тип ЛПУ	Формула расчета	Обозначения
Без фондодержания	Мелкие амбулатории	$[ПН1_i] = \frac{\sum_{j=1}^n ([КПГЗ_{ij}] * [Т_j])}{[ЗЛ_j]}$	КПГЗ _{ij} – количество в год j-ых клинко-профильных групп заболеваний для i-ой половозрастной группы (ПВГ);
Полное фондодержание	Поликлиники и диагностические центры	$[ПН2_i] = \sum_{j=1}^n \left(\frac{[КПГЗ_{ij}] * [Т_j]}{[ЗЛ_i]} \right) + \sum_{j=1}^n \left(\frac{[КСГ_{ij}] * [Т_j]}{[ЗЛ_i]} \right)$	КСГ _{ij} – число j-х клинко-статистических групп для i-ой ПВГ;
частичное фондодержание	средние и крупные поликлиники	$[ПН3_i] = \frac{\sum_{j=1}^n ([КПГЗ_{ij}] * [Т_j])}{[ЗЛ_i]} + \frac{\sum_{j=1}^n ([СКСГ_{ij}] * [Т_j])}{ЗЛ_i}$	СКСГ _{ij} - число j-х стационарных клинко-статистических групп для i-ой ПВГ Т _j – плановая стоимость (тариф) в рублях j-х КПГЗ (КСГ, СКЗГ); ЗЛ _i – число застрахованных лиц i-ой ПВГ

Определение подушевых нормативов основывается на оценке планируемых затрат на реализацию конкретной медицинской деятельности по лечению и профилактике различных заболеваний, определенных как «базовые» по каждому классу болезней, с учетом возраста, пола и применяемых методов лечения.

¹⁵ Составлено автором по результатам исследования.

С помощью предложенной методики планирование затрат ФФОМС на содержание лечебных учреждений станет более эффективным, обеспечивая тем самым нормальную и бесперебойную работу, выводя качество услуг здравоохранения на новый уровень.

В рамках инновационной бизнес-модели предложено внедрение инновационного проекта Интеллектуальная система раннего выявления признаков инфекционных заболеваний (ИС РВ «ПРИЗ»).

Ежегодно за счет средств ОМС выплачивается около 100 млрд. рублей на лечение ОРВИ. ОРВИ составляет 80% в структуре инфекционных заболеваний, а выплаты по временной нетрудоспособности по этой группе заболеваний составляют 90% от всех выплат.

ИС РВ «ПРИЗ» является объединением автоматизированной системы управления производством (АСУП) с системой контроля и разграничения доступа промышленного предприятия с новым элементом – аппаратно-программным комплексом ИС РВ «ПРИЗ» (сервер с программным обеспечением, позволяющим по внешним признакам (отёчность слизистых глаз, крыльев носа, повышения температуры тела и т.д.) распознавать признаки инфекционных больных, а так же система датчиков, тепловизоров).

Данные элементы устанавливаются на проходных (на входе в организацию) с тем, чтобы при выявлении признаков инфекционных заболеваний работник направлялся на осмотр врача в медпункт или, при необходимости, в ближайшее ЛПУ, либо, в случае отсутствия подозрений после осмотра врача, на рабочее место.

Реалистичность данного проекта не вызывает сомнений, а при наличии реальных стейкхолдеров (бизнес и государство) предполагаемый срок реализации проекта составит 2 года.

Эффект от внедрения интеллектуальной системы «ПРИЗ» можно рассчитать с помощью следующей формулы:

$$\mathcal{E} = \sum_{i=1}^n (P_i^{\text{нз}} - P_i^{\text{оз}}) * (1 - E), \text{ где}$$

\mathcal{E} – экономический эффект;

P_i^{H3} – стоимость лечения не осложненного ОРВИ;

P_i^{O3} – стоимость лечения осложненного ОРВИ;

E – погрешности работы системы.

По итогам исследования сформулированы следующие рекомендации по обеспечению сбалансированности рассмотренных моделей ОМС:

Обеспечение сбалансированности страховой модели путем исключения финансовых посредников (страховых организаций) из системы ОМС, усиления требований к застрахованным лицам, ограничения страхового случая («корзины здоровья»).

Обеспечение сбалансированности гарантийной модели путем концентрации выполнения гарантийных обязательств в высокотехнологичных клинических центрах и развития платных высокотехнологичных услуг для граждан и иностранцев (медицинский туризм, медицинская благотворительность).

Сбалансированность инфраструктурной модели обеспечивается через двойное назначение (некоммерческое и коммерческое) инфраструктурных объектов, эффективного управления медицинскими объектами как многопрофильными.

Устойчивое развитие инновационной модели критично для развития системы ОМС и может развиваться на принципах коммерциализации инноваций.

По результатам диссертационного исследования опубликованы следующие работы:

**Публикации в изданиях, рекомендуемых ВАК Министерства
образования и науки РФ**

1. *Соколов А. А.* Трансформация общественного здравоохранения России: анализ сбалансированности [Текст] / А. А. Соколов, Д. А. Артеменко // Финансы и кредит. 2017. № 42 (762). С. 2498-2510. - 0,8/0,4 п.л.

2. *Соколов А. А.* Необходимость реформирования финансовой модели общественного здравоохранения в Российской Федерации [Текст] / А. А. Соколов // Финансовые исследования. 2017. №3 (56). С. 68-75. - 0,4 п.л.

3. *Соколов А. А.* Анализ современного состояния реформирования системы здравоохранения России [Текст] / А. А. Соколов // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки СКАГС. 2017. №3. С. 215-220. - 0,4 п.л.

4. *Соколов А. А.* Реформа системы обязательного медицинского страхования: финансовый аспект [Текст] / А. А. Соколов // Экономика. Бизнес. Банки. 2018. №2(23). С. 179-190. - 0,7 п.л.

Другие публикации

5. *Соколов А. А.* Страхование администрирование в системе обязательного медицинского страхования (на примере ТФОМС Ростовской области). [Текст] / А. А. Соколов, Д. А. Артеменко // Научный вестник ЮИМ. 2015. №4. С. 4-7. - 0,5 / 0,3 п.л.

6. *Соколов А. А.* Финансовые инструменты стратегии обеспечения качества и доступности медицины в России [Текст] / А. А. Соколов, Д. А. Артеменко / Перспективы и ограничения устойчивого социоэкономического развития России: экономические и правовые аспекты. Москва, Краснодар, 2016. – С. 203-223. - 1,3/0,6 п.л.

7. *Соколов А. А.* Страхование природа архитектуры системы здравоохранения России [Текст] / А. А. Соколов // Финансовые инструменты регулирования социально-экономического развития регионов. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. Махачкала. 2016. С. 374-377 - 0,25 п.л.

8. *Соколов А. А.* Модернизация финансовой модели общественного здравоохранения в России: экосистемный подход [Текст] / А. А. Соколов // Сборник статей III международной школы молодых ученых в сфере экономики и права на Юге России. Москва. 2016. С. 139-145. - 0,4 п.л.

9. *Соколов А. А.* Разработка принципов обеспечения эффективности модернизации финансовой модели экосистемы общественного здравоохранения [Текст] / А. А. Соколов // Научный вестник ЮИМ. 2017. №1. С. 21-27. - 0,75 п.л.

10. *Соколов А. А.* Анализ международной практики модернизации национальных систем здравоохранения [Текст] / А. А. Соколов // Научный вестник ЮИМ. 2017. №2. С. 96-103. - 0,9 п.л.

11. *Соколов А. А.* Необходимость модернизации системы здравоохранения [Текст] / А. А. Соколов // Вестник дагестанского государственного университета. Серия 3 «Общественные науки». 2017. Том 32. Выпуск 4. По материалам международной научно-практической конференции «Модернизация экономических систем: опыт и перспективы» (27-28 апреля 2017г.) С.97-102. - 0,4 п.л.

12. *Соколов А. А.* Анализ национальных систем общественного здравоохранения [Текст] / А. А. Соколов // Сборник статей международной научно-практической конференции Национальные экономики в условиях локальных и глобальных трансформаций. Армения, Грузия. 2017. С. 151-155. - 0,3 п.л.