

ESTIMATION OF ACTIVITY OF MANAGERS OF PHARMACIES AND PHARMACEUTICAL FIRMS AS SUBJECTS OF MANAGEMENT BY PERSONNEL

A.S. Nemchenko, L.Y. Dyakova, A.A. Nosenko

National Pharmaceutical University, Kharkiv

Summary: the necessity of improvement of management by the personnel of pharmacies and pharmaceutical firms has been proved. The key factors of effective activity of subjects of management by personnel have been estimated. The weak tendency of transition of leaders of pharmacies and pharmaceutical firms from the management by labour to the management by a personnel has been exposed. Insufficiency of their branch professional knowledge has been set in management by human capitals and management psychology. The low level of adjustment of reverse relation with performers has been shown. The orientation of labour potential of pharmacy establishments on to commercial interest of employer but not onto the patient's interests, has been ascertained.

Key words: activity of pharmacies, manager, effectiveness, management, personnel.

Рекомендована д-м фармац. наук, проф. Т.А. Грошовим
УДК 338.5. : 336.2.027:368.06

ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА ФУНКЦІОНУВАННЯ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ЯК СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ КАТЕГОРІЇ

©Г.Л. Панфілова

Національний фармацевтичний університет, Харків

Резюме: у статті проаналізовано сучасний стан розвитку добровільного медичного страхування (ДМС) в Україні як соціально-економічної категорії та зроблено якісну оцінку основних тенденцій розвитку ринку страхових послуг. Проведений структурний аналіз обсягу страхових премій по фірмах-страховиках та визначені класи програм з ДМС. Авторами розроблені та ранжовані за пріоритетністю виконання принципи й заходи щодо впровадження ДМС за умов реформування вітчизняної системи охорони здоров'я й фармації.

Ключові слова: добровільне медичне страхування, страховий ринок, пріоритети розвитку добровільного медичного страхування.

ВСТУП. Медичне страхування для багатьох країн світу є важливою складовою соціально-політичних відносин, що формують суспільну стабільність протягом багатьох десятиріч. На жаль, в Україні ще не прийнята законодавчо-нормативна база щодо впровадження в практику суспільних відносин обов'язкового медичного страхування (ОМС). При цьому слід зазначити, що в статті 6 Закону України "Про страхування" в переліку обов'язкових видів страхової діяльності ОМС займає пріоритетну позицію [1]. Аналізуючи публікації з питань організації й функціонування медичного страхування можна відмітити, що значна увага науковців приділяється проблемам впровадження ОМС [4, 6, 7, 8]. Дослідження з питань добровільного медичного страхування (ДМС)

мають переважно фінансово-економічний характер та проводяться з метою підвищення ринкового потенціалу та конкурентоспроможності страховиків [2, 3, 5, 10]. Під впливом світової тенденції до підвищення рівня соціальних стандартів у суспільстві та стратегії побудови в Україні гуманістичної форми державного устрою треба кардинально змінити погляд на ДМС. Вказану форму страхової діяльності необхідно розглядати з трьох основних позицій: ринкової, спеціальної (страхової, медичної й фармацевтичної) та соціально-суспільної. В результаті такого комплексного підходу повинна формуватися відповідна страхова тарифна політика, інфраструктура, маркетинг і менеджмент страховиків тощо. Тому метою наших досліджень була розробка

комплексу принципів й заходів щодо оптимізації функціонування ДМС в умовах реформування вітчизняної системи охорони здоров'я й фармації. Для досягнення поставленої мети поставлено такі завдання: проаналізувати сучасний стан розвитку ДМС в Україні; систематизувати та дати оцінку існуючим тенденціям розвитку ринку ДМС; розробити комплекс пріоритетних принципів реалізації ДМС в практиці суспільних відносин за умов реформування національної системи охорони здоров'я й фармації.

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Для вирішення поставлених завдань були використані методи аналітичної й статистичної обробки даних, порівняльний, логічний, історичний, графічний та системний аналіз.

РЕЗУЛЬТАТИ Й ОБГОВОРЕННЯ. За даними Ліги страхових організацій України (ЛСОУ), в країні більш ніж 150 страховиків мають ліцензію на здійснення ДМС [11]. Фактично здійснюють ДМС приблизно двадцять компаній. Це такі фірми, як ЗАТ Акціонерна страхова компанія "Інтер Транс Поліс", ЗАТ СК "Інтер-Поліс", ЗАТ "Кредо-Класік", НАСК "Оранта", ВАТ СК "Алькона", ЗАТ СК "Даск",

"АСКА", "ІНГО-Україна", "ПРОСТОстрахування", "PZU Україна", "Київ-Енерго-Поліс", "Провідна", "Про 100-страхування", СТ "Іллічівська", "Транс-медстрах-Україна" та інші [3, 11, 13, 19]. ДМС в Україні розвивається в умовах законодавчо-правової невизначеності впровадження ОМС, відсутності довіри населення до страховиків, низької платоспроможності громадян, політичної нестабільності. Ставлення населення до ДМС змінюється дуже повільно [7, 8]. Більшість громадян вважають, що основний фінансовий тягар у підтримці власного здоров'я повинен бути покладений на державні органи. Наявність незначних позитивних зрушень в консервативному відносно ДМС менталітеті громадян має прямий вплив на рівень розвитку ринку страхових послуг.

Результати обробки спеціальних інформаційних джерел дозволяють стверджувати, що ринок ДМС в Україні знаходиться в фазі стабільного та відносно повільного росту [5, 11, 13-15]. Систематизація аналітичної інформації, що характеризує сучасний стан ДМС в Україні, представлено в таблиці 1. Зупинимось на стислій характеристиці деяких із зазначених тенденцій.

Таблиця 1. Аналітичний огляд сучасного стану ринку ДМС в Україні

| Характеристики або тенденції розвитку | | |
|--|--|---|
| Позитивні | Негативні | Невизначений тип |
| <ul style="list-style-type: none"> - наявність комплексного страхового продукту (юридичні або фізичні особи; різний рівень програм страхування; зміст страхової послуги); - розширення спектра послуг; - диференціація вартості страхових полісів; - створення стратегічних альянсів страховиків з промислово-фінансовими групами й банками; - поступове збільшення обсягів ринку ДМС; - формування власної медичної й фармацевтичної інфраструктури (клініки, аптеки) страховиками; - підвищення рівня конкуренції; - розвиток альтернативних каналів збуту та власної мережі філій; - наявність обов'язкової франшизи у договорах (від 20 до 50 %), що дозволяє зменшувати тариф на 18-20 %; - впровадження нових технологій продажу страхових продуктів | <ul style="list-style-type: none"> - низький рівень продуктивної реклами страховиків на послуги з ДМС; - відсутність програм страхування соціально незахищених верств населення (наркозалежні, психоневрологічні хворі, люди похилого віку, хворі на ВІЛ/СНІД, алкоголізм, туберкульоз, інваліди дитинства тощо); - висока вартість страхових послуг для більшості населення; - організаційна невизначеність при наданні медичної допомоги за страховками в регіонах, віддалених від страховиків; - відсутність чіткого контролю страховиків за якістю наданої медичної й фармацевтичної допомоги за полісами; - збільшення тарифів на 1,5-2 % (9 місяців 2007 року); - низький рівень страхової культури населення, недовіра до страховиків у більшості громадян; - незацікавленість страховиків результатами надання пацієнтам якісної та доступної медичної й фармацевтичної допомоги | <ul style="list-style-type: none"> - значна перевага корпоративного страхування над операціями зі страхування окремих фізичних осіб; - обсяг платежів від фізичних осіб скорочується, але збільшується кількість договорів (пересегментація ринку) переважно з юридичними особами |

За даними Держфінпослуг, з 2003 по 2006 рік чисті страхові премії зросли на 213,11 млн грн (приріст становить 86,1 %), а страхові виплати на 101,08 млн грн або на 61,9 %. Результати аналізу динаміки змін вказаних показників пред-

ставлені в таблиці 2. Встановлено, що середнє значення коефіцієнта росту \bar{K}_1 страхових премій за період, що досліджувався, дорівнював 1,23, а страхових виплат (\bar{K}_2) – 1,18.

Таблиця 2. Аналіз динаміки чистих страхових премій та страхових виплат по операціях з ДМС в Україні за 2003-2006 роки

| № за/п | Показники | Од. виміру | Роки | | | | Коефіцієнт росту, К | | |
|--------|------------------|------------|-------|-------|-------|--------|---------------------|-----------|-----------|
| | | | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2004/2003 | 2005/2004 | 2006/2005 |
| 1 | Страхові премії | млн грн | 247,4 | 313,7 | 370,8 | 460,51 | 1,27 | 1,18 | 1,24 |
| 2 | Страхові виплати | млн грн | 163,4 | 181,4 | 221,4 | 264,48 | 1,11 | 1,22 | 1,20 |

Вказане співвідношення показників слід оцінити як позитивну тенденцію розвитку ДМС щодо до страховиків. Можна спрогнозувати, що в 2007 році страхові премії та виплати на ринку ДМС становили приблизно понад 566,43 млн грн та 312,09 млн грн відповідно. Структурний аналіз обсягу страхових премій за 2006 рік показав, що до трійки лідерів слід віднести такі компанії, як "Інтер Транс Поліс" (43,7 млн грн), "Провідна" (37,7 млн грн) та "ІНГО-Україна" (34,5 млн грн) [12, 15]. Рейтинг страховиків за 2006 рік наведено на рисунку 1. Як бачимо, десятка лідируючих страхових компаній формує практично половину (44,8 %) обсягу страхових премій. В

2003 році 80 % страхових премій на ринку приходилось лише на 16 компаній із 80 фірм, що отримали ліцензію на здійснення ДМС [2]. Таким чином, з 2003 року на ринку відбулась значна сегментація. За даними аналітичних оглядів, середня вартість медичної страховки на місяць сягає 200-250 дол США, а за програмами "еліт-класу" – 5000 дол США [3, 5, 13]. Переважно страховики пропонують комплексні програми ДМС, які передбачають сегментацію клієнтів по юридичних або фізичних особах, за рівнем вимог (класу програм страхування) та змісту страхового медичного полісу.

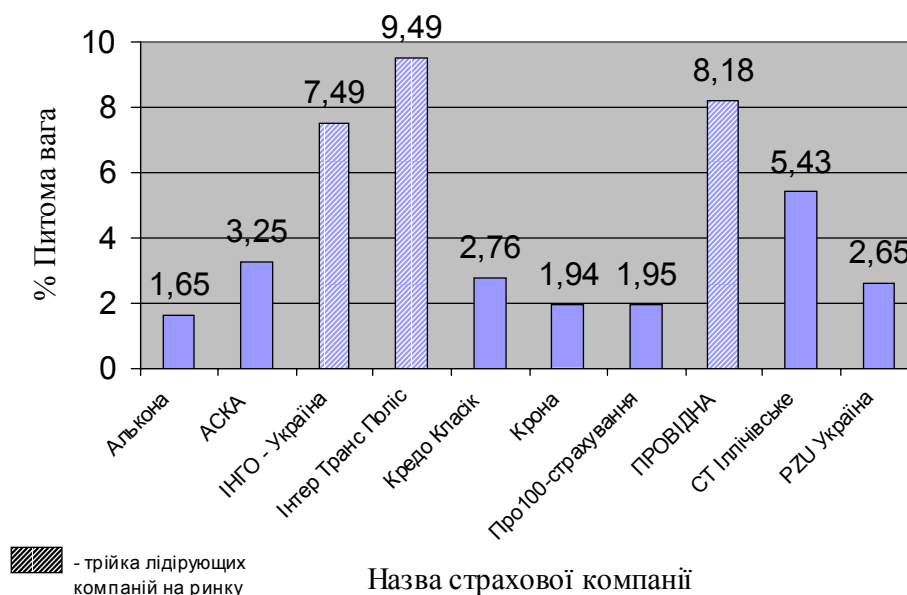


Рис. 1. Структурний аналіз обсягу страхових премій у 2006 році.

Так, комплексні страхові продукти включають страхування при наданні стаціонарного, амбулаторно-поліклінічного лікування, стоматологічної та швидкої медичної допомоги. На ринку існують також і більш диференційовані програми, наприклад, страхування молоді або лише фармацевтичної допомоги, медичної допомоги під час пологів, у випадках захворювання на грип тощо. Аналізуючи дані пропозицій вітчизняних страховиків, можна виділити три основні класи програм з ДМС: "економ"; "стандарт" або "класик"; "еліт або VIP-рівень". Так, вартість найдешевших страхових продуктів "економ" класу становить

приблизно 300 у.о. на рік (швидка допомога, амбулаторне й стаціонарне лікування, фармацевтична допомога). Програми класу "еліт" коштують в декілька разів більше – від 1 000 у.о. та вище [5]. На тлі зростання вартості медичних та фармацевтичних послуг у найближчій перспективі навряд чи слід очікувати зменшення вартості медичних полісів.

Відсутність у страховиків власної медичної й фармацевтичної інфраструктури призводить до неможливості контролю за якістю наданої допомоги застрахованим. Крім цього, це призводить до організаційної невизначеності в процесі

надання допомоги хворим у віддалених до страховиків регіонах. Тому за останні роки деякі страхові компанії вже організували діяльність мережі клінік або будують власні медичні центри (НАСК "Оранта", "ТАС", "Добробут", "РОСНО Україна", "Трансмедстрах-Україна", "Княжна" [13, 19]).

З метою розширення доступності на послуги ДМС деякі фірми стали використовувати обов'язкову франшизу від 20 % до 50 % при укладенні договорів. Франшиза – це обумовлене договором страхування частки збитків, яка не підлягає відрахуванню страховиком. Це призводить до зменшення тарифів в середньому на 18-20 % та підвищення конкурентоспроможності страховиків.

Страховий ринок фізичних осіб, на якому здійснюються операції з ДМС, є досить ризикованими. На думку спеціалістів, спрацьовує так званий "принцип антиселекції", коли потенційне бажання застрахуватись на випадок хвороби мають переважно хворі громадяни. Тому працювати на ринку ДМС економічно вигідніше за програмами корпоративного або сімейного страхування (збільшення застрахованих → збільшення премій → зменшення фінансових ризиків). За останні роки в ДМС сформувалась стійка тенденція переваги корпоративного медичного страхування над страхуванням фізичних осіб. Так, протягом декількох десятиріч корпоративне медичне страхування здійснюють: "Трансмедстрах – Україна" з 1990 року (залізничники та члени їх родин); "Алькона" (працівники атомних станцій, металургічних комплексів м. Маріуполь), ЗАО СК "Київ-Енерго-Поліс" (співробітники АК "Київ-енерго"), СК "ІНТО" (моряки, працівники порту м. Одеса) та інші [9, 13, 19].

У 2006 році в ДМС мала місце тенденція збільшення кількості укладених договорів з громадянами практично на 23 % на тлі збільшення страхових платежів приблизно на 24 %, а страхових виплат на 20 % [5, 12, 15]. Цей факт є наслідком збільшення попиту громадян із середнім достатком до програм ДМС за "економ" та "стандартним" пакетом.

Важливою позитивною тенденцією на ринку ДМС, що сформувалась за останні роки, є створення страхових компаній з участю іноземного капіталу. Так, НАСК "Оранта" та один з лідерів медичного страхування Ізраїлю, фірма "Phoenix", у наступному році запланували створити нову спеціалізовану страхову компанію з ДМС. У рамках вказаного проекту НАСК "Оранта" та компанія "MAXWELL" (США) повинні створити мережу медичних клінік [11]. Крім цього, пожвавлення інтересу до ДМС спостерігається і з боку великих вітчизняних підприємств і банків. В результаті

цього у свій час в Україні були створені стратегічні альянси: "Промінвестбанку" та АСТ "Вексель"; "Укрсоцбанку" й АСК "Укрсоцстрах" та НАСК "Оранта"; банку "Аваль" та СК "Еталон" тощо [13,19]. За кордоном ініціатива створення вказаних груп належить переважно страховикам, які є важливою інфраструктурі фінансового ринку країн [14,16-19]. Страховики є основними інвесторами національних економік. Так, у США економічні ресурси на 30 % сформовані компаніями зі страхування життя. Для Швейцарії цей показник сягає 70 % [10]. В Україні існує протилежна тенденція. Так, за умов існування планової економіки та монополії Держстраху ринок страхових послуг був відсутній й основну економічну роль в країні відігравали великі промислові підприємства, транспортні організації й банки. Тому вони й стали ініціаторами створення вказаних альянсів та основними інвесторами на страховому ринку взагалі та ДМС зокрема.

У результаті проведених досліджень були розроблені та ранжовані за пріоритетністю виконання принципи й заходи щодо впровадження ДМС за умов реформування вітчизняної системи охорони здоров'я й фармації. До тріади пріоритетних принципів реалізації ДМС відносяться принципи першого рівня, що мають переважно соціально-економічний характер, до другого – ринково-інформаційний, а до третього – ті, які повинні реалізовуватись в стратегічній перспективі. Реалізація вказаних принципів може здійснюватись як в зовнішньому, так й внутрішньому середовищі ринку медичного страхування. Так, до принципів першого ряду пріоритетності слід віднести: впровадження в практику медичних стандартів, поступове зниження тарифів відповідно до соціально-економічних показників; впровадження контролю з боку страховиків за якістю допомоги, що надається; зіставлення існуючих програм страхування з ОМС; співпраця з медичними, фармацевтичними професійними спілками та громадськими об'єднаннями; розширення спектра соціальних програм ДМС за рахунок перерозподілу коштів резервних фондів; створення страховиками інтегрованої медичної й фармацевтичної інфраструктури. Серед ринково-інформаційних необхідно назвати такі: підвищення прибутковості діяльності; публічність й гнучкість тарифної політики; впровадження раціональних схем використання ресурсів; поглиблена сегментація послуг в бік підвищення їх доступності; участь у розробці відповідної нормативно-правової бази; подальша диверсифікація капіталу та розширення інвестиційної діяльності, створення єдиної інформаційної бази з ДМС; побудова позитивного іміджу страховиків у суспільстві; більш активна

Організація роботи аптечних підприємств

Organization of pharmaceutical structures' work

маркетингова політика у регіонах; співпраця з підприємствами, банками та іншими організаціями з метою реалізації страхових продуктів за новими технологіями. І до пріоритетів третього рівня ми відносимо необхідність співпраці з міжнародними страховими організаціями та підтримка вітчизняної медичної й фармацевтичної науки та освіти. Таким чином, реалізація вказаних пріоритетів діяльності відповідно до їх рангу дозволить, на нашу думку, переформувати діяльність вітчизняних страховиків в бік виконання, перш за все, соціально-суспільних завдань, що покладені на ДМС.

ВИСНОВКИ. 1. За даними ЛСОУ, із 150 страховиків, що отримали ліцензію на здійснення ДМС, приблизно 86 % фірм фактично не займаються вказаним видом страхової діяльності. Це є наслідком відсутності відповідної нормативно-правової бази, довіри населення до страховиків, низької платоспроможності громадян, політичної нестабільності, соціальної невизначеності ролі ДМС у суспільстві.

2. Встановлено, що за останні роки обсяг розвитку ДМС повільно зростає. Так, середній коефіцієнт росту \bar{K}_1 страхових премій з 2003 по 2006 рік становив 1,23, а страхових виплат – 1,18 відповідно.

Література

1. Закон України "Про страхування" // Урядовий кур'єр. – 1996. – 18 квітня (із змінами, внесеними згідно із законами: № 306/97– ВР від 4.06.97; № 586/97–ВР від 21.10.97; № 684/97– ВР від 3.12.97).
2. Бовкун А. Медицинское страхование дешевле // Галицкие контракты. – 2003. – № 4. – С. 4-5.
3. Богута Н. Добровольно, но очень дорого // <http://e-news.com.ua/ru/show/50155.html>.
4. Иматова Н.И. Медицинское страхование в Украине: мифы и реальность // Провизор. – 2005. – С. 3-6.
5. Капшук О.Г., Ситник А.П., Пашенко В.М. Сучасний стан і перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні // Медицина транспорту України. – 2007. – № 2. – www.mztu.com.ua.
6. Кричковська А.М., Марінцова Н.Г., Червцова В.Г., Новіков В.П. Оптимізація методології формування державної частки фінансування системи охорони здоров'я // Фармацевтичний журнал. – 2007. – № 3. – С. 10-15.
7. Немченко А.С., Панфилова А.Л. Еще раз о медицинском страховании // Провизор. – 2001. – № 12. – С. 12-15.
8. Немченко А.С., Панфилова А.Л. Лечатся ли хронические болезни отечественного здравоохранения в условиях медицинского страхования. Мнение специалистов // Провизор. – 2006. – № 9. – С. 33-38.
9. Щедрый П.В. Организационно-экономические пред-

3. На сьогодні ринок страхових послуг з ДМС достатньо сегментований. Встановлено, що в 2006 році приблизно половина обсягу страхових премій здійснювалась десятима компаніями-лідерами (ЗАТ "Кредо-класік", "ІНГО-Україна", "Провідна", СТ "Іллічівське", "АСКА" та інші).

5. Систематизація існуючих характеристик та тенденцій розвитку ДМС в Україні показала наступне. Ринок ДМС знаходиться у фазі розвитку й формування власної інфраструктури з притаманними цьому періоду негативними та позитивними рисами.

6. Аналіз пропозицій вітчизняних страховиків за класами стандартних програм страхування показав, що для більшості населення вказані пакети страхування залишаються недоступними. Вирішення вказаної проблеми можливе за рахунок більш широкого впровадження сімейного ДМС.

7. За умов реформування національної системи охорони здоров'я й фармації необхідно переформувати діяльність страховиків в бік більш соціально орієнтованих програм. Розроблена триада пріоритетних принципів й заходів допоможе сформувати сучасну стратегію та тактику розвитку компаній, що здійснюють ДМС в Україні.

посылки развития медицинского страхования // Провизор. – 1998. – № 12. – С. 15-20.

10. Шишкович В. Герлианский альянс. Банковская практика за рубежом // Страховое дело. – 2001. – № 4(28). – С. 2-9.

11. Шарпова О., Звягинцева І. Північний поліс // Український діловий тижневик "Контракти". – 2007. – № 39. – С. 3-4.

12. Auditor's conclusion regarding the reliability of financial statements of Joint-Stock "Inter Trans Policy" Insurance Company for the 2006 year // www.itp.org.ua.

13. Business Information Network // <http://bin.com.ua>.

14. Chinitz D. Balancing competition and solidarity in health. – Buckingham: Open University Press. – 1998. – P. 180-182.

15. Final highlights of Business Joint-Stock Insurance company "Inter Trans Policy" for the 2006 year // www.itp.org.ua.

16. Greenberg P.E., Finkelstein S.N., Bemdot E.R. Calculating return on investment from reducing workplace illness // Drug Benefit Trends. – 1998. – № 10 (3). – P. 44-57.

17. Health Systems: Facts and Trends 1990-1991 // Health Policy Studies. – 1993. – № 3. – P. 150-158.

18. Vinonen M., Springett J. Public health, primary health care and health insurance // Eurohealth. – 1998. – V. 4. – P. 17-20.

19. www.medstat.com.ua

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КАК СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ КАТЕГОРИИ

Г.Л. Панфилова

Национальный фармацевтический университет, Харьков

Резюме: в статье проанализировано состояние развития добровольного медицинского страхования (ДМС) в Украине как социально-экономической категории и дана качественная оценка основных тенденций развития рынка страховых услуг. Проведен структурный анализ страховых премий по фирмам-страховщикам и определены классы программ по ДМС. Авторами разработаны и ранжированы по приоритетности реализации принципы и мероприятия внедрения ДМС в условиях реформирования отечественной системы здравоохранения и фармации.

Ключевые слова: добровольное медицинское страхование, страховой рынок, приоритеты развития добровольного медицинского страхования.

THEORY AND PRACTICE OF FUNCTIONING OF VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE AS SOCIAL-ECONOMIC CATEGORY

H.L. Panfilova

National Pharmaceutical University, Kharkiv

Summary: the contemporary development status of voluntarily medical insurance (VMI) in Ukraine as a social and economic category has been analysed in the article. Authors gave high-quality estimation of basic tendencies of market development of insurance services. The structural analysis of volumes of insurance bonuses of firms-insurers has been conducted. Classes of program on VMI (have been) defined. Authors developed principles and measures, which are necessary to realize in the conditions of reformation of national system of health care and pharmacy.

Key words: voluntary medical insurance; insurance market; priorities of development of voluntarily medical insurance.