

- неэффективная дистрибуция;
- завышенные ожидания;
- неэффективные усилия по продвижению;
- внутренние противоречия.

Следует отметить, что процесс создания брэндов достаточно сложен. Цена ошибки может составлять астрономическую сумму. Поэтому многие компании предпочитают не заниматься этим самостоятельно, а обращаются за помощью в специализированные организации.

Оценивая рынок брэндов в Республике Беларусь, можно уверенно говорить о том, что в данный момент этот рынок свободен, и устойчивых брэндов в Беларуси нет. Это связано с тем, что большинство белорусских потребителей в качестве основных критериев выделяют «небрэндовые» - цену, а затем качество. Немаловажную роль в этом играет уровень доходов.

На белорусских предприятиях имеет место отсутствие марочных умений и навыков, отсутствие принципа «марочного» управления, скептическое отношение к западным технологиям брэндинга. Кроме того, на большинстве предприятий республики доминирует концепция производственного мар-

кетинга: главное - произвести продукт, и его обязательно купят. Поэтому необходимо отметить, что отечественным производителям для формирования собственных узнаваемых брэндов потребуются большие усилия и средства, чтобы перехватить инициативу у зарубежных конкурентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Котлер Ф., Армстронг Г., Сондерс Д., Вонг В. Основы маркетинга. – М.: Вильямс, 1999.
2. Смит П., Бэрри К., Пулфорд А. Коммуникации стратегического маркетинга. – М.: Юнити-Диана, 2001.
3. Моисеева Н. К., Рюмин М. Ю., Слушенко М. В., Будник А. В. Брендинг в управлении маркетинговой активностью. – М.: Омега-Л, 2003 – 410 с.
4. Большой экономический словарь. / Под ред. А. Н. Азри-мьяна. – М.: Институт новой экономики, 2002. – 1280с.
5. Моисеева Н. К., Рюмин М. Ю., Слушенко М. В., Будник А. В. Брендинг в управлении маркетинговой активностью. – М.: Омега-Л, 2003 – 410 с.

УДК 338:61

Вакульская О.А.

МЕТОДЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Основным способом решения проблемы адаптации бюджетной модели здравоохранения к условиям рыночной экономики является институт медицинского страхования. Медицинское страхование — один из самых технологически сложных видов страхования, проведение которого требует значительных, последовательных, долговременных усилий всех его участников, в первую очередь страховщика и медицинских учреждений. В подавляющем числе публикаций о медицинском страховании анализируются и систематизируются системы медицинского страхования развитых стран мира. Сразу бросается в глаза огромное разнообразие подходов, финансовых, экономических и организационных механизмов медицинского страхования. Это и не удивительно. Ведь медицинское страхование — это инструмент, составная часть механизма финансирования любой из национальных систем финансирования здравоохранения. Мировая индустрия медицинского страхования вселяет в страховщиков уверенность в перспективности медицинского страхования как сектора страхового рынка, его социальной значимости. Страховщики вынуждены прилагать максимум энтузиазма и усилий для увеличения объемов медицинского страхования, внедрения новых страховых продуктов. Для развития рынка медицинского страхования очень важно объединить усилия страховщиков, других заинтересованных в этом сторон с тем, чтобы добиться ощутимых практических результатов, пусть в рамках того или иного эксперимента.

Система обязательного медицинского страхования выполняет две основные задачи:

- 1) получение дополнительного независимого от бюджета источника финансирования медицинской помощи, увязанного с объемом государственных гарантий;
- 2) обеспечение эффективного использования финансовых ресурсов ОМС для реализации государственных гарантий.

Финансирование медицинской помощи в системе ОМС ведется страховщиком, имеющим, как правило, экономический интерес к эффективному использованию страховых средств. Он, как правило, имеет договорные обязательства

перед страхователями по предоставлению медицинской помощи в установленном государством объеме и с установленным качеством. Страховщик имеет также договорные отношения с производителями медицинских услуг, в которых оговаривается объем и качество медицинской помощи. Таким образом, система ОМС:

- регулируется государством, устанавливающим объем своих обязательств, размер и порядок уплаты страховых взносов и т.д.;
- страховые взносы носят целевой характер и их использование строго контролируется;
- финансируется страховщиками, обеспечивающими необходимую эффективность, защиту прав граждан за счет системы контрактных отношений.

Система обязательного медицинского страхования сочетает достоинства государственной системы здравоохранения (обеспечение не меньших социальных гарантий) и частного медицинского страхования (обеспечение эффективности и защиты прав пациентов). Система ОМС предполагает большие, чем в государственной системе, административные расходы.

Первый фактор, по которым различаются модели ОМС, это степень охвата населения страны этим видом страхования. Во многих странах, которые начали внедрять этот вид страхования в начале - середине XX века степень охвата населения ОМС менялась постепенно. Сначала страхованием охватывались фабричные рабочие крупных предприятий, затем мелких и т.д. В настоящее время принято говорить о всеобщем или не всеобщем охвате ОМС населения. Например, в России, Канаде и многих других странах обязательное медицинское страхование является всеобщим. В Германии же лица с доходом выше установленного государством могут выходить из системы социального медицинского страхования (тогда они страхуются в системе частного медицинского страхования). Исключение зажиточных граждан из системы ОМС является уступкой богатым слоям общества, так как именно они платят самые большие страховые взносы, пропорциональные их доходам.

Вакульская Ольга Александровна, аспирант каф. экономической теории Брестского государственного технического университета.

Беларусь, БГТУ, 224017, г. Брест, ул. Московская, 267.

Среди схем организации ОМС различают монопосоничскую и немонопосоничскую модели.

При монопосоничской модели ОМС на рынке медицинских услуг действует лишь один покупатель — страховщик. Модель такого типа характерна для Канады и Франции. К достоинствам такой модели можно отнести ее простоту и низкие административные расходы на содержание лишь одного крупного страховщика. Недостатком этой модели является, прежде всего, то, что страховщик не имеет больших экономических стимулов в борьбе за улучшение помощи застрахованным — ведь и так все вынуждены страховать у него. Кроме того, являясь монопольным покупателем медицинских услуг, такой страховщик может диктовать производителям невыгодные условия.

Последний из указанных недостатков этой модели компенсирует наличие в системе независимого звена (например, как в Канаде, где врачи, в сущности, являются независимыми предпринимателями). Защищая свои интересы, независимое звено подрывает монополизм единого страховщика. Что касается первого недостатка, то в этом случае очень важна роль общественного мнения — в развитых демократических странах, где здоровье является высокой ценностью, и мнение населения обязательно учитывается — в этом случае правительство и монопольный страховщик находятся под действенным контролем.

Модели с несколькими страховщиками бывают различными. Исторически первой появилась модель страхования с разделением контингентов застрахованных. При такой модели страховых организаций, ведущих ОМС, много, но определенные группы населения страхуются, преимущественно, у конкретных страховщиков. Как правило, разделение контингентов происходит по профессиональному или социальному признаку. Например, некая страховая организация страхует шахтеров, другая — муниципальных служащих и т.д.

Профессионально ориентированные страховые организации (больничные кассы) первыми появились в Германии. К достоинствам такой модели можно отнести то, что относительно однородные контингенты застрахованных часто профессионально сплочены (например, профсоюзом) и им легче контролировать деятельность страховщика. Последнему, с другой стороны, проще учесть особенности медицинского обслуживания однородных контингентов населения (например, с точки зрения профилактики).

К недостаткам подобной модели следует отнести отсутствие конкуренции среди страховщиков, что снижает стимулы к повышению эффективности. Кроме того, при этой модели существует следующая проблема. Известно, что различные профессиональные группы имеют отличающийся средний заработок. Например, доход шахтеров может быть меньшим, чем у государственных служащих, а заболеваемость у первых — выше. Поскольку основным постулатом социального медицинского страхования является предоставление всем гражданам одинакового набора услуг, то расходы на медицинское обслуживание одного шахтера будут выше, чем одного служащего. В результате страховой взнос шахтера будет выше, чем взнос служащего. Это и наблюдается в Германии, где на одной территории размер страхового взноса в различных профессиональных кассах может колебаться от 8 до 16 процентов к заработку. При этом больший процент платят группы наемных работников с низким средним заработком, что вряд ли строго соответствует принципам социальной справедливости.

Вторым вариантом модели ОМС с несколькими страховщиками является модель регулируемой конкуренции. Эта модель разработана относительно недавно.

При этой модели может существовать произвольное число страховщиков, которые ведут конкуренцию на страховом поле ОМС за охват наибольшего числа граждан. Считается, что конкуренция заставляет страховщиков вести страхование наиболее эффективно, лучше учитывать интересы застрахованных граждан, поскольку в противном случае те просто сменят страховщика.

Казалось бы — пусть свободно конкурируют: формируют контингенты застрахованных, собирают взносы, финансируют медицинскую помощь.

Однако на самом деле конкуренция в ОМС должна быть регулируемой. Почему?

Выше уже отмечались различия в стоимости медицинской помощи различным контингентам населения. Остановимся на этом чуть подробнее. Ожидаемая стоимость медицинской помощи зависит от следующих факторов:

- от возраста (например, пожилым гражданам медицинская помощь требуется чаще, чем молодым);
- от пола (например, дополнительные расходы на родовспоможение);
- от условий труда (лица, работающие во вредных условиях, болеют чаще);
- от доступности медицинской помощи (житель отдаленного села чаще получает медицинскую помощь в участковой больнице, чьи услуги относительно дешевы, тогда как житель крупного города часто лечится в дорогостоящих клиниках);
- от наличия хронических заболеваний (лица с такими заболеваниями потребляют медицинскую помощь значительно чаще, чем здоровые граждане).

Безусловно, названы далеко не все факторы, влияющие на ожидаемую стоимость медицинской помощи. Если при этом вспомнить, что в различных социальных группах различается и средний доход, а одним из принципов модели регулируемой конкуренции является единая ставка страхового взноса для лиц наемного труда, то станет ясна стратегия страховщиков при свободной конкуренции на страховом поле ОМС.

Страховщики станут стараться страховать молодых, здоровых и богатых, тогда как пожилых, больных и бедных страховать не станет никто — собранных взносов просто не хватит для оказания медицинской помощи этим контингентам. Американцы называют такую тактику страховщиков "сбором спелых вишен".

В чем же состоит регулирование конкуренции в системе ОМС? Регулирование заключается в перераспределении страховых взносов между страховщиками в соответствии с ожидаемой потребностью медицинской помощи застрахованных ими контингентов в объеме и на условиях государственных гарантий (программ обязательного медицинского страхования).

Таким образом, средства, получаемые конкретным страховщиком, должны зависеть не от размера страховых взносов, собранных с застрахованных контингентов, а от того, например, молодых или старых граждан он застраховал. Тот страховщик, который застраховал молодых граждан, должен получить средств ОМС в расчете на одного застрахованного меньше, чем страховщик, чей контингент старше.

Принят термин, что финансирование страховщиков в системе регулируемой конкуренции осуществляется по дифференцированным подушевым нормативам в расчете на одного застрахованного.

Подушевая формула — это математическая модель, которая определяет размер финансирования группы по некоторой социальной программе в зависимости от определенных социальных параметров членов этой группы и предсказывает расходы на выполнение социальной программы. Размер финансирования группы S определяется формулой

$$S = \sum_{i \in \Omega} F(p_i, h), \quad (1)$$

где p_i — множество социальных параметров члена группы i ;

h — множество коэффициентов, определяемых из исторической статистики;

$F(p_i, h)$ — подушевая формула, определяющая размер финансирования по социальной программе на члена группы.

Суммирование выполняется по всем членам группы Ω .

Если разделить и умножить правую часть (1) на $C = S/N$ и определить $f(p_i, h) = F(p_i, h)/C$ как по-

правку к среднегрупповому нормативу финансирования, лучшим

$$S = C \cdot \sum_{i \in \Omega} f(p_i, h), \quad (2)$$

где C - это среднегрупповой норматив финансирования,

S - сумма финансирования социальной программы;

N - число членов группы.

Слова "математическая модель" означают, в частности, что в общем случае могут существовать различные правила финансирования групп, то есть различные подушевые формулы, которые будут определять отличные друг от друга суммы финансирования групп. Поэтому подушевые формулы можно сравнивать как по исходным предположениям, лежащим в основе построения подушевой формулы, так и по точности предсказания фактического потребления средств социальной программы.

Существует, по меньшей мере, две схемы финансирования страховщиков в системе ОМС с регулируемой конкуренцией.

Одна из них предусматривает, что одна из страховых организаций является выделенной, ответственной за перемешивание взносов и дифференциацию финансирования страховщиков. Все остальные страховщики направляют выделенному страховщику некоторую установленную законодательно долю собранных взносов. Эта сумма и используется для дифференциации средств ОМС в соответствии с ожидаемыми расходами на оказания помощи. Такая схема применяется в Чешской республике.

Достоинством такой схемы является ее экономичность, поскольку для перераспределения средств не создается дополнительной структуры. С другой стороны, наличие выделенной страховой организации делает не вполне равноправной конкуренцию среди страховщиков, усложняет контроль за страховщиками (поскольку страховщики не будут представлять выделенной организации-конкуренту детальную информацию о своей деятельности).

Другой схемой регулируемой конкуренции предусматривается, что сбор и перемешивание страховых взносов на ОМС осуществляется специальными государственными организациями — фондами. Эти организации по дифференцированным подушевым нормативам финансируют конкурирующих страховщиков и осуществляют контроль за использованием последними средств ОМС. Эта схема реализована в России и Нидерландах.

Наличие независимого фонда делает конкуренцию среди страховщиков более равноправной. Фонд должен обеспечить эффективный контроль за использованием страховых средств. Недостатком подобной схемы является необходимость дополнительных административных расходов.

При выборе для реализации одной из схем регулируемой конкуренции следует учитывать степень законопослушности граждан и руководителей в данной стране. В развитом правовом государстве с детальным правовым регулированием мо-

дели регулируемой конкуренции схема с выделенной страховой организации вполне имеет право на существование.

Финансирование конкурирующих страховых компаний, скорее всего, невозможно выполнить иначе, чем по подушевой формуле. Действительно, интересы каждой страховой компании сосредоточены в первую очередь на медицинском обслуживании своих застрахованных. Их интересует, прежде всего, оплата своей деятельности, адекватная предстоящим расходам на застрахованный контингент, которая является мерой текущего состояния здоровья контингента, критерием которого служит правильно построенная подушевая формула.

Модель регулируемой конкуренции может вырождаться для тех муниципальных образований, в которых имеется только одна страховая компания или единственный производитель медицинских услуг. В этих случаях реальная конкуренция страховщиков невозможна, и все финансовые средства обязательного медицинского страхования концентрируются у единственного получателя (подушевая формула хотя и работает, но выдает тривиальный результат). Но это означает, что в общем случае распределение финансовых средств между страховыми компаниями, действующими на территории государства, можно производить по подушевой формуле, независимо от того, есть его муниципальных образованиях реальная конкуренция страховщиков или она отсутствует, хотя в последнем случае распределительные механизмы можно упростить и тем самым сократить накладные расходы.

В заключение хочется отметить, что в модели регулируемой конкуренции есть еще один элемент для возможного воздействия на эффективность использования ресурсов ОМС. Речь идет о ценовой конкуренции — в Голландии, например, страховщик может обсуждать с конкретным медицинским учреждением тарифы на услуги. Такая схема достаточно эффективна при наличии большого числа конкурирующих медицинских учреждений и их высокой транспортной доступности для населения (что характерно для Запада, где почти все население имеет автомобили и в наличии хорошая дорожная сеть). Следует отметить, что в Голландии страховой взнос на ОМС делится на две части: одну большую часть гражданин направляет в фонд, а другую (так называемый регистрационный взнос) платит непосредственно страховщику. Благодаря ценовой конкуренции и возможности некоей модификации программы ОМС, страховщики могут менять размер регистрационного взноса, используя его как элемент конкуренции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Фрид Э.М., Окушко Н.Б. «Финансирование услуг обязательного медицинского страхования по подушевой формуле» // Проект реформирования здравоохранения - Кайзер Перманентэ Интернэшнл, 1993.
2. Решетников А.В. Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. - М: «Финансы и статистика», 1998.

УДК 656.062

Еловой И.А.

ЛОГИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ТРАНСПОРТНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННО-КОММЕРЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Конкурентная среда на рынке товаров постоянно изменяется, что приводит к появлению новых управленческих проблем как общего характера, так и в логистике. В существующих условиях с помощью логистики решаются проблемы процесса стратегического управления закупками, перемещением и хранением материалов, комплектующих и готовых

изделий (и соответствующими информационными потоками) при производстве готовой продукции с ее маркетинговыми каналами, позволяющие максимизировать текущую и будущую рентабельность за счет выполнения заказов и распоряжений с минимально возможными затратами [1, с.13].

Еловой Иван Александрович, к.т.н., доцент, зав. каф. «Управление грузовой и коммерческой работой» Белорусского государственного университета транспорта.

Беларусь, БелГУТ, 246653, г. Гомель, ул. Кирова, 34.