

УДК 615.12:616-052:614.27:658:817 (470.620)

ОСОБЕННОСТИ ЦЕНОВОЙ ПОЛИТИКИ ОРГАНИЗАЦИЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Селюк А.А.¹, Андреева И.Н.¹

¹ *Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», г. Пятигорск, Россия (357532, г. Пятигорск, пр. Калинина, 11)*

Проанализирована политика ценообразования на лекарственные препараты (ЛП) в аптечной сети Краснодарского края, обслуживающей преимущественно сельских жителей. Показана неэффективность использования принципа единой наценки (централизованной) на ЛП всех аптек сети, которая оказалась равной 21,4%. Проведена типология аптечных организаций на четыре кластера со сходными хозяйственно-финансовыми показателями. Наиболее рентабельны в сельской местности аптечные организации, обслуживающие от 3000 и более жителей, не имеющие конкурентов, с помещением в собственности. Даны рекомендации по использованию дифференцированного ценообразования в сетевых аптеках в зависимости от места расположения, количества обслуживаемых жителей, конкурентной среды, величины товарооборота.

Ключевые слова: ценообразование, лекарственные препараты, аптечный сегмент, аптечные организации, организации сельской местности.

FEATURES PRICE POLICY ORGANIZATIONS RURAL KRASNODAR REGION

Selyuk A.A.¹, Andreeva I.N.¹

¹ *Pyatigorsk medico-pharmaceutical institute – branch GBOU VPO «Volgograd State Medical University», Pyatigorsk, Russia (357532 Pyatigorsk, Kalinin prospect, 11)*

It has been analyzed the pricing policy at medical preparations (MP) in the pharmacy network of the Krasnodar Region, serving mainly rural residents. It is shown the ineffectiveness of the of the single (central) margin use to all MP in pharmacy network, which was found to be 21.4%. Pharmaceutical organizations are typed into four clusters with similar economic and financial indicators. The most cost-effective pharmacy organizations in rural area are that serving 3000 and more residents do not have competitors, with space in the property. They are given recommendations on the use of differential pricing in network pharmacies, depending on the location, the number of served residents, the competitive environment, and the value of trade.

Keywords: pricing, medications, pharmacy segment, pharmacy organizations, rural areas organizations.

Введение

Аптечный сегмент фармацевтического рынка является одной из важнейших и социально-значимых составляющих фармацевтической отрасли. Государственная политика в области аптечного бизнеса, связанная с регулированием цен на жизненно необходимые и важные лекарственные препараты (ЖНВЛП) и налоговым регулированием бизнеса поставила аптечный бизнес в рамки необходимости серьезных преобразований.

Прежде всего, в невыгодные условия работы попали государственные и муниципальные аптечные организации, выполняющие социальные функции по обеспечению населения лекарственными препаратами ограничительных перечней и льготному отпуску ЛП, а также аптеки среднего и малого бизнеса сельских районов.

Расширение сети аптек-дискаунтеров ставит их в сложную конкурентную среду. Ценообразование – это процесс, в рамках которого определяется, какую прибыль получит аптека. Однако в большинстве аптек он осуществляется недостаточно эффективно, в

частности потому, что применяемые во многих аптеках способы ценообразования не отвечают ключевому требованию – обеспечение конкурентоспособных цен на позиции, приносящие аптеке основной доход.

Существующие на сегодняшний день способы ценообразования в аптечных сетях можно описать тремя основными моделями ценообразования:

- ✓ децентрализованной, в рамках которой подразумевается передача ответственности формирования цен заведующим аптеками;
- ✓ частично децентрализованной, в которой правила ценообразования задаются только для определенного реестра аптечных товаров, а обязанность формирования цен на позиции, не входящие в этот реестр, возлагается на заведующих аптеками;
- ✓ централизованной, при которой правила ценообразования определяются руководством аптечной сети для всего ассортимента.

Целью данной работы явилось изучение эффективности ценовой централизованной политики аптечной сети Краснодарского края, расположенной в промышленно-сельскохозяйственном районе.

Материалы и методы исследования. Исходной информацией явились отчеты о хозяйственно-финансовой деятельности 27 аптечных организаций одного из районов Краснодарского края с преимущественно развитым сельским хозяйством за период 2009–2011 гг. и приходные накладные на товар. Вторичная информация собрана из источников литературы, интернет-сайтов, содержащих информацию по изучаемой проблематике.

В работе применяли системный, кластерный, модельный методы научных исследований, метод группировки.

Обсуждение результатов. Жителям Краснодарского края в соответствии с законодательством РФ предоставлено право на охрану здоровья, что обеспечивается государственной системой охраны окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медицинской, медико-социальной, оздоровительно-профилактической и лекарственной помощи.

Краснодарский край неоднороден в территориально-географическом и социально-демографическом отношении и занимает территорию 75 500 км². Типологизация территории на группы со схожими социально-экономическими условиями развития позволила выделить 5 кластеров, из них 3 с признаками сельскохозяйственных районов.

- **Развитые промышленные и сельскохозяйственные территориальные образования:** Ейский, Абинский, Гулькевичский, Северский, Белореченский, Динской,

Павловский, Горячеключевский, Славянский, Тимашевский, Тупасинский, Каневской, Темрюкский, Усть-Лабинский, Крымский, Ленинградский районы.

Кластер характеризуется высокой плотностью населения, занятого в сфере промышленного и сельскохозяйственного производств.

• **Районы с развитой сельскохозяйственной промышленностью и земледелием и преимущественно сельским населением:** Абинский, Тбилисский, Курганинский, Кореновский, Староминский, Красноармейский, Новокубанский, Апшеронский, Брюховецкий, Выселковский, Кущевский, Калининский районы.

Кластер характеризуется средней плотностью населения, преимущественно сельского.

• **Сельскохозяйственные районы:** Приморско-Ахтарский, Щербиновский, Мостовский, Тихроецкий, Новопокровский, Успенский, Крыловский, Кавказский, Отрадненский, Белоглинский районы.

Кластер представлен преимущественно районами с сельским населением, со слабо развитой инфраструктурой и низкой плотностью населения.

Анализ организационной и производственной особенностей диспозиционирования аптечных организаций показал, что их численность на 01.01.2012 г. достигла 2900 аптек. Розничная сеть в основном сформирована аптеками готовых ЛП (96,2%), организационной формы «Общество с ограниченной Ответственностью» (53,9%). Высока в крае доля аптечных организаций государственной формы собственности (27,7%), около 4% аптек сохранили производственные функции.

В сельской местности расположено около 40% аптечных организаций, преимущественно мелкорозничных. В сельской местности, наряду с обществами с ограниченной ответственностью (50,4%), распространены аптечные организации, зарегистрированные в форме предпринимательства без образования юридического лица (5,4%).

Для проведения исследований разработали алгоритм исследования уровня цен в аптечных учреждениях одной сети Краснодарского края:

1-й этап – выбор аптечных организаций для мониторинга и изучение их показателей;

2-й этап – отбор показателей – факторов, влияющих на рентабельность аптечных организаций;

3-й этап – группировка аптек по отобранным признакам;

4-й этап – определение эффективности существующей политики ценообразования в каждом кластере и выводы.

В качестве факторов, характеризующих эффективность работы аптечной организации, исследовали: товарооборот, прибыль, валовой доход, издержки, прибыль, рентабельность, а также издержки на 1 руб. валового дохода, прибыль на 1 руб. издержек.

В результате анализа всех перечисленных факторов с использованием метода группировки нами выделены 4 кластера аптечных организаций, наиболее близких между собой. Интерпретация полученных типологий приведена в таблице.

Типология аптечных организаций сельских аптек Краснодарского края

Признаки	1-й кластер (1)	2-й кластер (5)	3-й кластер (15)	4-й кластер (6)
Товарооборот, тыс. руб.	>30000	8000–20000	3000–8000	380–1000
Издержки, тыс. руб.	>10000	1200–2000	400–700	300–400
Прибыль, тыс. руб.	>1000	700–1200	200–500	–150+200
Издержки на 1 руб. валового дохода	≈1,0	0,62	0,61	0,65–1,7
Прибыль на 1 руб. издержек, руб.	0,08	0,5–0,65	0,6–0,7	0,03–1,41
Прибыль на 1 руб. доходов, руб.	0,075	0,32–0,4	0,4	0,03–1,69
Средняя наценка на товар, %	21,0	23,0	21,0	21,3
Рентабельность, %	8,0	50,0–65,0	60,0–70,0	3,0–41
Прибыль на 1 руб. наценки, руб.	0,08	0,3–0,5	0,3–0,4	0,03–1,69
Наличие конкурентов (радиус 500 м)	>7	≈2	≈2	Нет
Количество населения на 1 аптеку	2,500	4000	3000	1000

Анализ показателей эффективности ценообразования в изученных типологиях аптек показал, что политика использования единой для всех аптечных организаций сети наценки не может обеспечить высоких показателей хозяйственной деятельности всех аптек. Наиболее рациональным является дифференцированный подход установления наценки на аптечные товары, принадлежащие к разным категориям в зависимости от формата аптечной организации и наличия конкурентного окружения.

Так, в первом кластере насчитывается только одна аптека, обслуживающая 2500 человек, имеющая товарооборот более 30 млн руб./год, наличие семи конкурентов создает напряженную конкурентную среду, но, вместе с тем, рентабельность 8,0% свидетельствует о прочных позициях на рынке.

Рекомендацией для аптек 1-го кластера может служить необходимость изучения конкурентной среды, ориентирование на цены конкурентов, а также требуется разработка программы формирования лояльности клиентов за счет дискаунтерных программ (ориентирующих на покупателей чувствительных к цене), прежде всего, дорогостоящего сегмента. Кроме того, необходимо пересмотреть ассортиментные позиции с целью расширения ассортимента ЛП из перечня, нерегулируемого ценообразования и товаров нелекарственного ассортимента. Для этого необходима оптимизация процесса формирования

ассортимента для осуществления системного определения товарных позиций, входящих в ядро ассортимента аптеки (или аптечной сети). Как правило, его составляют 150–200 наименований ЛС, в число которых обычно попадают наиболее популярные препараты.

Формирование цен на позиции ядра ассортимента в аптечной сети всегда должно осуществляться централизованно, даже если в аптечной сети принята децентрализованная модель ценообразования. Это позволяет руководству контролировать прибыльность ключевых товарных позиций.

Основная часть аптечного ритейла изучаемого района представлена аптеками 2-го и 3-го кластеров, обслуживающих 4000 и 3000 человек соответственно. Рекомендацией для этих аптек может быть включение в ассортимент товара с нерегулируемым ценообразованием и увеличение наценки на ЖНВЛП до 23,0%. Высокая рентабельность аптек обеспечивается тем, что все помещения собственные.

Прежде всего необходимо обеспечить конкурентоспособные цены на высокодоходную часть ассортимента, обеспечивающую аптечной сети основной приток денежных средств. Для этого нужно распределять позиции ядра ассортимента по ценовым сегментам, выбирать в каждом из них наиболее показательные товары и проводить регулярный конкурентный анализ. На основании такого анализа принимаются решения об изменении уровня наценки на все позиции ценового сегмента. Границы ценовых сегментов можно определить следующим образом: дешевые ЛС (до 50 руб.), недорогие (50–150 руб.), препараты средней ценовой категории (150–500 руб.), дорогие препараты (500–1500 руб.), медикаменты высшей ценовой категории (от 1500 до 5000 руб. и выше). Для дешевого, недорогого и среднего ценовых сегментов предлагается следующая методика измерения уровня цен относительно конкурентов.

Аптечных организаций 4-го кластера в районе всего шесть; товарооборот не превышает 1 млн руб./год. Рентабельность низкая или убыточная. Эти аптеки отличаются тем, что населенные пункты имеют минимальное количество жителей, конкурентов у аптек нет. Наценка может быть максимальной на все ЛП, но для социальных групп населения возможно введение дискаунтерных программ. Возможно закрытие нерентабельных аптек и открытие точек реализации при ФАПах.

Для улучшения лекарственного обеспечения граждан в сельских поселениях имеют разрешительные документы на апрель 2012 г. на право розничной реализации лекарственных препаратов 372 обособленных подразделений МО (65 врачебных амбулаторий, 303 ФАПа и 4 отделения врача общей практики). Установлено, что выручка от реализации ЛП через ФАПы в среднем составляет от 4 тыс. руб. в месяц (от 200 до 800 руб. в день).

Как показали авторские исследования, основными факторами, влияющими на эффективное централизованное ценообразование, обеспечивающее рентабельность аптечных организаций, расположенных в сельских районах, являются:

- ✓ количество населения, обслуживаемое аптекой (оптимально 3000–4000);
- ✓ отсутствие конкурентов и благоприятная конкурентная ситуация (не более 2);
- ✓ достаточное количество ассортиментных позиций, в том числе нелекарственного ассортимента;
- ✓ масштаб населенного пункта, определяемый количеством жителей.

При отсутствии таких условий необходим дифференцированный подход к применению наценки.

Вывод. Таким образом, проведенные исследования по установлению эффективности ценообразования на ЛП в аптечных сетях, работающих в сельской местности, показали, что рациональным является использование дифференцированной модели ценообразования с учетом типологий аптечных организаций и факторов, оказывающих влияние на рентабельность аптек.

Список литературы

1. Анохин Д. Управление ценообразованием: как использовать маркетинговые хитрости // Фармацевтическое обозрение. – 2009. – № 3. – С. 38–29.
2. Болотский Б.С., Мазеин В.К. Регулирование цен на лекарственные средства // Аптечный бизнес. – 2009. – № 6. – С. 10–12.
3. Елисеев В.А., Андреева И.Н. Управление ассортиментом предприятия, направленное на эффективное обеспечение населения иммуномодуляторами // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2010. – № 4. – С. 65–68.
4. Глазков В.Г. Фармацевтическая индустрия: инновации и цены // Вестник Российской экономической академии им. Г.В. Плеханова. – 2009. – № 3. – С. 10–14.
5. Лаврентьева А. Изменения в государственном регулировании цен на ЛС – новые вызовы для учебников фармрынка. – Ремедиум: итоги 2009 года. – 2009. – С. 180–120.
6. Тельнова Е.А., Румянцева А.С., Петроченков Г.А. Система ценообразования на лекарственные средства, вчера, сегодня, завтра // Вестник Росздравнадзора. – 2008. – № 4. – С. 9–17.

Рецензенты:

Парфейников С.А., д.фарм.н., профессор, заведующий кафедрой УЭФ ФПО Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский институт» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пятигорск.

Денисенко О.Н., д.фарм.н., профессор, заведующий кафедрой Фармации ФПО Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский институт» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пятигорск.