

В России в 2009 г. лидером роста цен среди непродовольственных товаров стали медикаменты. В статье дана оценка состояния розничного рынка лекарственных средств, показан уровень конкуренции и определены причины, тормозящие его развитие.

---

---

## Взлет цен на лекарства – опять вина монополий?

С. Н. ЧИРИХИН,

*кандидат экономических наук,*

*Управление Федеральной антимонопольной службы*

*по Новосибирской области*

*E-mail: chirihin@bk.ru*

### Почему растут цены?

По оценке Росстата, лидером роста цен среди непродовольственных товаров в 2009 г. стали медикаменты. Так, в мае по отношению к декабрю 2008 г. индекс роста цен на данную категорию товаров составил 118,4%. Среди медикаментов, по которым велось наблюдение, значительный рост цен был зафиксирован на отдельные виды лекарственных средств отечественного производства (анальгин, аспирин, поливитамины без минералов), а также на дротаверин («Но-Шпа»), цены на которые только за май увеличились на 2,9–4,8%. Таким образом, сразу можно отвергнуть предположение о влиянии девальвации рубля на динамику цен: в мае 2009 г., когда процесс девальвации уже был остановлен, цены продолжали расти.

Ситуация настолько обострилась, что президент России Д. А. Медведев 19 мая 2009 г. призвал регионы уделить ценам на медикаменты особое внимание. В качестве одной из причин повышенной ценовой динамики были названы монопольные соглашения фармацевтических компаний, иными словами – недостаточный уровень развития конкуренции.



## Ситуация на рынке

По данным экспертов DSM Group<sup>1</sup>, объем российского фармацевтического рынка, включая парафармацевтику, в ценах конечного потребления составляет 14,3 млрд дол. (с НДС), или 458,0 млрд руб. Реализация лекарственных средств по итогам 2008 г. занимает в товарной структуре оборота розничной торговли 2,9% (в 1992 г. – 0,2%, в 1995 г. – 1,3%). Физические объемы реализации лекарственных средств с 1995 г. растут, причем с 2003 г. темпы их роста достигают 15–17% в год.

### Частная или государственная?

В настоящее время в России насчитывается порядка 30 тыс. аптечных учреждений (аптек и аптечных пунктов). Из них около 25% относятся к государственной и муниципальной формам собственности, остальные 75% являются частными. Ежегодно количество частных аптечных учреждений увеличивается на 1,5–2 тыс. ед., а муниципальных и государственных – снижается (например, в 2007 г. – на 300 ед.).

Подобное сокращение совпадает с общей тенденцией последних лет. Доля субъектов частной формы собственности в общем количестве аптечных учреждений постоянно увеличивается. Если в 2001 г. она составляла около 60%, в 2002 г. – 63, в 2004 г. – 65, в 2005 г. – 66,5, то в 2006 и 2007 гг. – уже 70,6 и 73,5% соответственно. Увеличились и темпы замещения: за 2005–2007 гг. прирост доли частных предприятий по отношению к государственным составил 7,0%, что превышает аналогичный показатель за 2001–2005 гг.

В табл. 1 представлено соотношение частных и государственных (муниципальных) аптечных учреждений в регионах Сибири.

Сокращение числа государственных и муниципальных аптек приводит к ухудшению обеспечения населения лекарственными средствами, в том числе льготными. Виной тому уменьшение количества учреждений, выполняющих социальные функции:

---

<sup>1</sup> www.rafm.ru

**Соотношение частных и государственных (муниципальных) аптечных учреждений в регионах Сибири в 2007 г., %**

Регион	Аптеки	
	частные	государственные и муниципальные
Омская область	90	10
Новосибирская область	85	15
Кемеровская область	83	17
Иркутская область	82	18
Республика Тыва	82	18
Республика Бурятия	73	27
Томская область	68	32
Забайкальский край	65	35
Республика Алтай	64	36
Республика Хакасия	64	36
Алтайский край	55	45
Красноярский край	37	63

**Источник:** ФАС России.

отпуск лекарственных средств по льготным рецептам, производственное изготовление препаратов, продажа наркотических и психотропных лекарственных средств, формирование наиболее широкого ассортимента дешевых лекарств и др.

### Уровень конкуренции

Концентрация населения и платежеспособного спроса в крупных городах и прилегающих к ним населенных пунктах приводит к неравномерному размещению аптечных учреждений в регионах. Это, в свою очередь, влечет за собой неодинаковый уровень конкуренции (вплоть до отсутствия конкурентной среды) на различных по численности населения рынках.

Среднее количество хозяйствующих субъектов (сетей и одиночных аптек) в России в 2008 г. составляло: в небольших муниципальных образованиях (меньше 100 тыс. чел.) – 3,4; в небольших городах (меньше 100 тыс. чел.) – 6,5; в больших

(100–500 тыс.) – 15,8; в крупных (500–1000 тыс.) – 40,9; в городах-миллионерах – 61,2<sup>2</sup>.

Для оценки уровня конкуренции необходим расчет суммарной доли трех наиболее крупных хозяйствующих субъектов на рассматриваемом рынке, а также доли лидера. Выделяются три уровня концентрации рынка: высокий (доля тройки лидеров – 70–100%), умеренный (45–70%) и низкий (меньше 45%). В табл. 2 показан средний уровень концентрации рынка лекарственных средств в муниципальных образованиях различной величины.

Таблица 2

**Средний уровень концентрации рынка лекарственных средств в муниципальных образованиях различной величины в Сибири в 2007 г., %**

Муниципальное образование	Доля тройки лидеров	Доля лидера
Небольшие муниципальные образования (меньше 100 тыс. чел.)	88,4	63,9
Небольшие города (меньше 100 тыс. чел.)	77,99	40,28
Большие города (100–500 тыс. чел.)	66,86	37,93
Крупные города (500–1000 тыс. чел.)	54,47	28,36
Города-миллионеры (более 1 млн чел.)	53,72	29,94

**Источник:** ФАС России.

Рынок медикаментов продолжает оставаться развивающимся сектором российской экономики и, несмотря на активный рост аптечных учреждений и сетей в регионах страны, даже в городах с численностью свыше 100 тыс. человек его концентрация превышает средний уровень.

В городах с численностью более 500 тыс. жителей средние значения свидетельствуют об умеренном уровне концентрации фармрынка. В больших городах они почти достигают высокого уровня – рынок умеренно концентрированный, тяготеющий к высококонцентрированному. В небольших городах, в том числе центральных для субъектов РФ, уровень концентрации еще выше.

<sup>2</sup> ФАС России.

Налицо прямая зависимость между величиной муниципального образования по численности населения и уровнем концентрации рынка розничной продажи лекарственных средств. Почти в четверти муниципальных образований с численностью менее 100 тыс. жителей действует только один хозяйствующий субъект (аптечное учреждение или аптечная сеть), то есть рынок аптечных услуг монополизирован. В муниципальных образованиях аптечных учреждений нет совсем, то есть рынок просто отсутствует.

Один хозяйствующий субъект действует чаще всего в районах с низкой численностью населения и невысоким уровнем платежеспособного спроса. В Сибири наибольшее число таких муниципальных образований находится в Алтайском крае – 55. Как правило, по причине непривлекательности сельских районов для частных фармацевтических организаций монополистами на фармрынках в отдаленных и малочисленных районах становятся ГУПы и МУПы. Еще в трети муниципальных образований с численностью менее 100 тыс. чел. действует 2–3 хозяйствующих субъекта, что также свидетельствует о высокой концентрации данных рынков. На территории таких районов наибольшую долю имеют государственные и муниципальные предприятия. Уровень концентрации в городах с численностью населения 100–500 тыс. чел. является достаточно высоким (табл. 3).

На рынке большинства сибирских городов и муниципальных районов имеются хозяйствующие субъекты с признаками доминирования. Если в небольших муниципальных образованиях это чаще всего связано с недостатком аптечных учреждений из-за невысокой рентабельности бизнеса, то в городах, где аптек много, доминируют крупные аптечные сети, создаваемые с целью выживания в конкурентной борьбе. Признаки доминирования имеются даже в некоторых крупных городах и городах-миллионерах (табл. 4).

Во многих муниципальных районах и небольших городских округах Сибири рынок является высококонцентрированным с небольшим количеством участников; в четверти из них рынок монополизирован. Характерной же особенностью городов с численностью населения от 100 тыс. чел. является развитие рынка по олигопольному признаку, то есть основное место в розничной продаже лекарственных средств занимают 3–4 субъекта, на долю которых приходится более 50% рынка.

Таблица 3

**Уровень концентрации рынка лекарственных средств  
в некоторых городах Сибири с численностью населения  
100–500 тыс. чел. в 2007 г., %**

<b>Город</b>	<b>Доля тройки лидеров</b>
Рубцовск (Алтайский край)	100
Киселевск (Кемеровская область)	88,81
Бийск (Алтайский край)	82,49
Прокопьевск (Кемеровская область)	81,57
Норильск (Красноярский край)	67,32
Ангарск (Иркутская область)	78,46
Ленинск-Кузнецкий (Кемеровская область)	80,41
Северск (Томская область)	69,16

**Источник табл. 3, 4:** ФАС России.

Таблица 4

**Хозяйствующие субъекты, занимающие на рынке лекарственных  
средств городов Сибири долю более 35%, 2009 г.**

<b>Город</b>	<b>Хозяйствующий субъект</b>
Рубцовск (Алтайский край)	МУП «ЦГА»
Прокопьевск (Кемеровская область)	ООО «Лео»
Бийск (Алтайский край)	ООО «Аптечная сеть "Эвалар"»
Норильск (Красноярский край)	ООО «Медпроект»
Ангарск (Иркутская область)	ООО «Фармгарант»
Ленинск-Кузнецкий (Кемеровская область)	ОАО «Аптеки Кузбасса»
Киселевск (Кемеровская область)	ООО «Лео»
Абакан (Республика Хакасия)	Муниципальное предприятие «Аптека № 24»
Северск (Томская область)	МП «Городские аптеки»
Кемерово (Кемеровская область)	ЗАО «Эдельвейс-1»
Новосибирск (Новосибирская область)	МУП г. Новосибирска «Новосибирская аптечная сеть»
Омск (Омская область)	Группа юр. лиц в составе: государственное предприятие Омской области «Омское лекарство», ОАО «Омское лекарство»

Несмотря на снижающуюся долю государственного сектора, государственные и муниципальные аптеки чаще доминируют на местных локальных рынках, чем частные. Значительные доли на рынках лекарственных средств сибирских городов занимают федеральные сети, такие как ГУП «Фармация», ООО «Имплозия», ОАО «Аптечная сеть 36,6».

Наиболее стабильно поддерживает лидирующее положение ГУП «Фармация». Не исключено, что это объясняется стремлением местных властей сохранить на рынке предприятия государственной и муниципальной форм собственности, поскольку в основном только эти аптечные учреждения имеют производственные отделы, выполняют социальные функции, отпускают наркотические и психотропные препараты, организуют свою сеть в отдаленных и труднодоступных районах. Однако во многих регионах данная аптечная сеть все же сменила форму собственности на муниципальную (МУП) и частную (ООО, ОАО, ЗАО).

В целом конкуренция на розничном рынке лекарственных средств Сибири развивается как среди крупных национальных аптечных сетей, так и среди региональных. Доля одиночных аптек незначительна.

Увеличение количества аптечных сетей и их рост объясняются более высокой рентабельностью бизнеса по отношению к мелким и одиночным аптечным учреждениям, усилением позиций и конкурентных преимуществ, более выгодными условиями оптовых закупок за счет больших объемов и многими другими факторами. При этом зачастую качество и культура обслуживания, полнота ассортимента, наличие дефектуры (временного отсутствия лекарства) для сетевых аптек отходят на второй план. Ассортимент сетевых аптек значительно отличается от одиночных и тем более государственных (муниципальных) в сторону увеличения доли дорогостоящих лекарственных средств.

В ряде регионов Сибири количество аптечных учреждений крайне мало и находится в диспропорции к количеству проживающего населения. При норме 4–5 тыс. чел. на одну аптеку в некоторых областях это число достигает 6–8 тыс. чел. Даже в больших городах (например, в Новокузнецке)

отношение количества аптек к проживающему населению порой крайне мало. В регионах, где аптек недостаточно, рынок чаще всего является высококонцентрированным. Высокая плотность аптечных учреждений в 2007 г. (меньше 4 тыс. чел. на одну аптеку) наблюдалась в Омской (2,06), Томской (3,01) и Иркутской (3,41) областях, Красноярском крае (3,27) и Республике Алтай (3,34); норма (4–5 тыс. чел.) – в Республике Бурятия (4,40); недостаток (более 5 тыс. чел.) – Новосибирской (5,25) и Кемеровской (7,82) областях, Забайкальском (5,57) и Алтайском (7,49) краях, Республике Хакасия (5,48)<sup>3</sup>.

За последние три года к положительным тенденциям розничного рынка лекарственных средств можно отнести рост количества аптечных учреждений и усиление конкуренции между ними. Это стимулирует аптечные учреждения к повышению качества оказываемых услуг, расширению ассортимента предлагаемой медицинской продукции; увеличению доли и расширению ассортимента парафармацевтической продукции и сопутствующих товаров, формированию различных систем скидок. Все больше аптек переходят на круглосуточный режим работы.

К негативным явлениям чаще всего относят постоянный рост цен на лекарства и ухудшение обеспечения лекарственными средствами населения, в том числе льготных категорий граждан. В ряде территорий Сибири низка доступность аптечных учреждений из-за их удаленности. Как правило, это связано с тем, что в сельской местности фельдшерско-акушерские пункты лишены права продажи лекарственных средств.

## Барьеры входа на рынок

Низкий уровень обеспеченности населения аптеками может означать, что у ряда территорий имеются серьезные административные и экономические барьеры для входа на рынок.

### Административные

■ Трудности при получении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности. Во-первых, у индивидуального предпринимателя должно быть высшее или среднее

---

<sup>3</sup> ФАС России.

фармацевтическое образование и сертификат специалиста, что установлено постановлением правительства РФ от 06.07.2006 № 416 как обязательное лицензионное условие.

Во-вторых, для получения лицензии на розничную торговлю необходимо предоставить договор аренды помещения. Это значит, что предприниматель будет оплачивать аренду даже при отсутствии деятельности, пока идет процесс согласования, что увеличивает затраты входа на рынок. При этом срок рассмотрения документов занимает от 30 дней до трех месяцев.

Усложненный процесс, высокая стоимость лицензирования фармацевтической деятельности и аккредитации аптечных учреждений, включение дополнительных требований в условия и длительное рассмотрение заявок на лицензирование – все это серьезно сдерживает развитие малого бизнеса на фармрынке.

■ Величина устанавливаемых торговых надбавок. Во-первых, перечень жизненно-необходимых лекарственных средств, составленный с целью государственного регулирования ценообразования, можно оценить как необоснованно избыточный. Во-вторых, уровень установленных торговых наценок не позволяет аптечным учреждениям использовать дифференцированную систему ценообразования (например, повысить цену на предметы гигиены или изделия медицинского назначения, тем самым получая возможность снижения цен на дорогостоящие жизненно важные препараты). Это вынуждает применять предельную наценку при формировании розничных цен практически на все лекарственные средства и изделия медицинского назначения.

Кроме того, органами власти субъекта РФ устанавливаются фиксированные торговые надбавки. Но порой действующие аптечные сети зарегистрированы в других регионах (где уровень торговых надбавок ниже), и на них данные ограничения не распространяются. Это ставит местные аптечные учреждения в неравные условия.

■ Усложненный процесс регистрации и согласований. Для осуществления своей деятельности на фармрынке предприниматели обязаны получить разрешительные документы и согласования местных администраций, Роспотребнадзора,

Росздравнадзора, органов архитектуры, пожарной инспекции, СЭС и т. д. Такое количество согласований достаточно сложно и требует много времени.

■ Проверки, действия контролирующих органов. Барьер связан с большим количеством контролирующих органов, плановых и внеплановых проверок, жесткими требованиями, предъявляемыми к аптечным учреждениям, а также более высокими штрафами для юридических лиц по сравнению с индивидуальными предпринимателями при одинаковом уровне доходов. Негативное влияние оказывает и необъективное отношение контролирующих органов ко всем участникам рынка.

■ Несвоевременная и низкая оплата услуг и лекарственных средств по программе дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО). Так как государственные и муниципальные аптечные учреждения часто действуют в небольших муниципальных образованиях, во многих случаях их оборот по программе почти в два раза превышает собственный. Однако за свою работу по ДЛО они получают небольшую долю от стоимости принятых к зачёту услуг. В результате учреждение большую часть работ выполняет бесплатно, а средства, полученные от собственной розничной реализации, расходует на покрытие расходов по выполнению программы (зарплата, налоги, коммунальные платежи, услуги связи, канцелярские расходы и т. д.).

Для выживания и дальнейшего развития аптечные организации государственного и муниципального секторов вынуждены объединяться в региональные и местные сети. Это приводит к некоторому усилению концентрации рынка, однако позволяет им продолжать участвовать в программах ДЛО, сохранять производственные отделы, дает возможность поддерживать приемлемые цены, обслуживать инвалидов и выполнять прочие социальные функции.

■ Высокие затраты на особые условия хранения лекарственных средств, их изготовление и уничтожение.

■ Протекционизм местных администраций по отношению к муниципальным предприятиям, а также отдельным хозяйствующим субъектам, в том числе крупным аптечным сетям. Так, в некоторых случаях условия конкурсного отбора поставщиков

фармацевтических средств для муниципальных нужд формируются с нарушениями законодательства. Кроме того, региональные и местные администрации могут оказывать государственным и муниципальным аптекам содействие в получении кредитов и льгот в налогообложении, предоставлять им лучшие места для размещения по сравнению с частными аптеками, снижать стоимость экспертизы для аккредитации. Такие действия влияют на конкурентную среду и являются незаконными.

Зачастую конкуренция на фармацевтическом рынке сдерживается именно в тех регионах, где значительно влияние государственных и муниципальных сетей, таких, например, как ГУП «Фармация», которые имеют поддержку со стороны региональных и местных администраций. В то же время большинство субъектов проблемой развития фармрынка считают отсутствие или недостаточность государственной и муниципальной поддержки аптечных учреждений в целом.

### **Экономические**

⇒ Низкая платежеспособность населения, особенно в сельской местности, сочетающаяся с постоянным ростом цен на лекарственные средства.

⇒ Проблемы с помещениями для торговли; высокие капитальные затраты на приобретение помещений в собственность, длительный процесс перевода жилого помещения в разряд нежилого, высокая арендная плата, нестабильность арендных отношений при отсутствии гарантии продления договоров аренды (по окончании действия договора аренды помещение выставляется на продажу на конкурсной основе и может быть приобретено более состоятельным участником конкурса).

⇒ Преимущества действующих на рынке хозяйствующих субъектов, в том числе аптечных сетей, перед потенциальными участниками рынка.

В тех муниципальных образованиях, где рынок достаточно концентрирован и не является конкурентным, барьером становится присутствие крупных хозяйствующих субъектов, имеющих признаки доминирования и оказывающих существенное влияние на конъюнктуру. Закрепившиеся на рынке хозяйствующие субъекты, имеющие прочные долговременные связи с поставщиками, информационную базу, крупные

размеры хозяйственного оборота, развитую аптечную сеть, пользующиеся протекционизмом властей, имеют явные конкурентные преимущества перед вновь создаваемыми организациями. У крупных сетей есть возможность снижать цены, предоставлять скидки постоянным покупателям, проводить рекламные кампании, поэтому небольшие сети и одиночные аптечные учреждения в условиях конкуренции оказываются малорентабельными.

⇒ Малая или отрицательная доходность – низкий уровень рентабельности, нехватка оборотных средств, значительная величина стартовых инвестиций при длительных сроках окупаемости, отсутствие доступных кредитных ресурсов.

Недостаток собственных оборотных средств на фоне обострения конкуренции постепенно приводит к снижению товарооборота аптечных учреждений (особенно муниципальных), уменьшению закупок необходимых, но дорогостоящих медикаментов, сокращению ассортимента, снижению прибыльности и в конечном итоге – уходу аптек с рынка. Достаточно высокие первоначальные затраты сдерживают открытие новых аптек, не входящих в сети.

Низкая рентабельность государственных и муниципальных аптечных учреждений объясняется тем, что им приходится заниматься заведомо убыточными социально-значимыми направлениями деятельности. В их числе – обеспечение населения сильнодействующими, наркотическими, психотропными средствами, онкологическими, противотуберкулезными лекарственными препаратами, отпускаемыми по льготным и бесплатным рецептам, а также изготовление лекарственных форм в аптечных условиях, что требует дополнительного финансирования. Уровень рентабельности у таких аптек ниже, чем у частных, еще и потому, что они получают товар через определенных оптовых посредников, а частные аптеки могут работать с любым субъектом оптовой торговли. Во избежание значительного повышения цен на лекарства государственные аптеки, как правило, не используют предельную розничную надбавку к цене оптовика.

⇒ Трудности с поставщиками продукции, в том числе рост закупочных цен и отсутствие прозрачного ценообразования

на лекарственные средства, а также агрессивная стратегия новых поставщиков по продвижению своих товаров на рынок. Еще одна проблема – отдаленность районов Сибири от основных оптовых поставщиков и высокая стоимость транспортировки – приводит к дефициту лекарственных средств на местном рынке, так как многие из них приобретаются только по заявкам покупателей.

Оптовые фирмы выставляют свои условия, труднопреодолимые для единичных аптечных учреждений, и их выполнение в результате может привести к закрытию аптеки. В то же время у сетевиков есть преимущества перед мелкими аптеками в отношениях с поставщиками: при значительно превышающих оговоренные пределы суммах закупок они могут получить дополнительные скидки. Это дает возможность увеличить торговую наценку, что положительно сказывается на финансовом состоянии сетевых аптек, дает возможность снижать розничные цены и (или) предоставлять скидки для населения.

⇒ Ограничение по спросу. В значительной части муниципальных образований – небольших городах и муниципальных районах – аптечные учреждения имеют небольшой товароборот из-за низкой численности и плотности населения. Естественно, это является препятствием для развития уже действующих, и тем более – создания новых аптечных учреждений, а значит, сомнительны перспективы развития конкуренции. К тому же барьер усиливается при сокращении численности населения.

Характерная особенность для небольших курортных муниципальных образований – сезонность спроса на лекарственные средства.

⇒ Рост тарифов на коммунальные услуги и электроэнергию; высокий уровень транспортных тарифов и сборов, отдаленность от транспортных коммуникаций; несовершенство системы налогообложения и высокая налоговая нагрузка (высокий единый налог на вмененный доход, отсутствие его дифференциации в зависимости от режима работы налогоплательщика, местонахождения и т. п.).

Среди других проблем деятельности на рынке можно выделить недостаточное количество квалифицированных специалистов – провизоров и фармацевтов, особенно в сельской местности.

Большая часть из перечисленных барьеров входа на рынок является существенной для небольших субъектов рынка и касается одиночных частных аптечных учреждений, которые, как правило, относятся к субъектам малого предпринимательства. Они сталкиваются с трудностями как на этапе создания аптечного бизнеса (лицензирование, поиск помещений и кредитных ресурсов, дефицит кадров и др.), так и в процессе деятельности и развития (контролирующие органы, протекционизм органов власти, невыгодные торговые надбавки, доминирование на рынке крупных хозяйствующих субъектов, в том числе сетей, проблемы с поставщиками продукции и др.). Эти проблемы заслуживают особого внимания, так как именно увеличение на рынке лекарственных средств количества предприятий малого бизнеса способствует снижению его концентрации.

Для государственных и муниципальных аптечных учреждений проблемы недостатка оборотных средств, низкой рентабельности деятельности из-за высоких издержек на выполнение социальных функций (производство лекарственных препаратов, отпуск по льготным ценам и пр.) являются основным барьером развития, и это объясняет тенденцию их постепенного ухода с рынка.

Между тем существуют барьеры, универсальные для любых, в том числе крупных, хозяйствующих субъектов. Это проблемы низкой платежеспособности населения, особенно в сельских районах, а также основной массы потребителей лекарств (пожилых людей, инвалидов и др.), ограниченность спроса из-за низкой численности жителей в небольших отдаленных от региональных центров муниципальных образованиях.

По причине убыточности на фармрынке наблюдается процесс сокращения числа мелких аптечных учреждений (киосков и аптечных пунктов), а также производственных аптек и сельских аптечных пунктов. Это объясняет усиливающуюся

тенденцию к формированию крупных сетей, рост их влияния на региональных рынках и постепенный уход одиночных учреждений. Вероятнее всего, эта тенденция будет продолжаться.

В настоящее время в целях борьбы с завышением цен на лекарства в ряде регионов (например, в Ульяновской области) считается, что необходимо в качестве первоочередной меры развивать государственную торговлю медицинскими препаратами вплоть до занятия соответствующими аптечными учреждениями доминирующих позиций на местном фармрынке. Представляется, что это – далеко не лучшее решение проблемы. Во-первых, государственные учреждения испытывают серьезные трудности и постепенно уступают рынок частным аптекам вследствие их конкурентного давления. Во-вторых, государственные предприятия уже в полной мере показали свою несостоятельность в любой сфере обслуживания населения. В-третьих, в российской экономике существуют отрасли с преимущественно государственным участием (например, нефтепродуктообеспечение), и эффективной их деятельность назвать никак нельзя, в том числе и в части проведения ценовой политики.

Лучшим выходом из положения является скрупулезная и кропотливая работа местных и государственных органов власти по устранению и уменьшению барьеров входа на фармрынок, в первую очередь это касается административных, регулирование которых напрямую находится в ведении этих органов. Необходимо в полной мере привести в действие общеизвестное правило рыночной экономики – высокие барьеры неминуемо ведут к картелизации рынка с высокими ценами, в то время как их снижение уменьшает и даже сводит к нулю вероятность ценового сговора между участниками рынка.