

## СОВРЕМЕННЫЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

**М. Э. Соколов, Д. В. Струков**

### **ИННОВАЦИИ ИЛИ СОКРАЩЕНИЕ ЗАТРАТ? МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАКУПОК ТОВАРОВ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

В статье рассматривается принятие решений о закупке товаров для здравоохранения. Высказывается утверждение, что различия в затратах и эффективности работы систем здравоохранения частично связаны с разными структурами рынков медицинских товаров и персонала. Применяются теория игр и информационная экономика, чтобы показать особенности рынка товаров для здравоохранения и предложить более эффективную систему закупок, которая должна устранить недостатки существующих подходов к организации закупок, позволит значительно сократить затраты и стимулировать инновацию.

**Ключевые слова.** Здравоохранение, закупки, теория игр, патенты и гранты, модель Шапиро–Стиглицца.

The article dwells on government's purchase decisions in the market of healthcare goods. The article starts with an assertion that differences in efficiency and cost of healthcare systems are at least partially attributed to the different structures of the input factors markets. Authors apply game theory and informational economics theories to uncover peculiarities of the healthcare goods markets and propose what they think is a viable and robust alternative to the current system of purchasing. This system is said to eliminate drawbacks of both decentralized and government approach to purchasing. If implemented, this system is likely to dramatically reduce costs while boost innovation.

**Key words.** Healthcare, purchasing, game theory, patents and grants, Shapiro-Stiglitz model.

### **Введение**

Здравоохранение — одна из немногих отраслей, в которых различия в эффективности между странами одного уровня развития более чем заметны. В США, несмотря на более молодое население и

---

*Соколов Михаил Эдуардович* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой управления в сфере здравоохранения факультета государственного управления МГУ имени М. В. Ломоносова; *e-mail*: horos@comtv.ru

*Струков Дмитрий Валентинович* — студент 5 курса факультета государственного управления МГУ имени М. В. Ломоносова.

в среднем меньшую продолжительность жизни, расходы на здравоохранение почти втрое превышают аналогичный показатель Великобритании или Японии при том, что общий уровень цен в этих странах значительно выше.

Традиционно данные различия приписываются различию в моделях организации финансирования здравоохранения — частного страхования, государственного страхования или прямого бюджетного финансирования. Исследования здравоохранения поэтому обычно фокусируются в первую очередь на экономических проблемах страхования здоровья. Например, В.С. Хсиао выделяет восемь основных причин провалов рынков товаров и услуг для здравоохранения<sup>1</sup>. Первые четыре относятся к медицинскому страхованию — негативный отбор (*adverse selection*), исключение повышенного риска (*risk selection*), возможность чрезмерного использования услуг, тенденция к монополистическим структурам рынка. Оставшиеся не влияют на сравнение эффективности систем здравоохранения в силу повсеместной распространенности (монополизм госпиталей, информационная асимметрия, недоступность информации о цене и/или качестве до получения медицинских услуг, сложность поиска и сравнения больниц).

Однако в последнее время эффективность государственно-страховой системы приблизилась к эффективности прямого бюджетного финансирования. Более того, наиболее эффективные организации в США, совмещающие страхование и предоставление медицинских услуг (так называемые НМО — *Health Maintenance organizations*), по своей эффективности даже превосходят европейские системы здравоохранения. В работе Ричарда Фичема «Как получить больше со своего доллара? Сравнение британского государственного агентства NHS и Kaiser Permanente из Калифорнии», опубликованной в Британском медицинском журнале, сравнивается эффективность Национальной системы здравоохранения Великобритании и крупной организации медицинского обслуживания Kaiser Permanente в США. Исследователи изменяют входные данные таким образом, чтобы добиться сопоставимости условий работы<sup>2</sup>, то есть оценивают эффективность на «административном уровне» (цены на рабочую силу и медикаменты считаются не зависящими от воли сравниваемых организаций). Вывод исследования кажется несколько парадоксальным в контексте традиционных представлений о сравнительной эффективности английского и американского здравоохранения: «самая эффективная» Англия

---

<sup>1</sup> WC Hsiao *Abnormal economics in the health sector*// *Health Policy*, Volume 32, Issue 1. 1995. P. 125—139. Elsevier [Электронный ресурс]. URL: [http://econpapers.repec.org/article/eehepoli/v\\_3a32\\_3ay\\_3a1995\\_3ai\\_3a1-3\\_3ap\\_3a125-139.htm](http://econpapers.repec.org/article/eehepoli/v_3a32_3ay_3a1995_3ai_3a1-3_3ap_3a125-139.htm)

<sup>2</sup> *Richard G. A Feachem Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente* // *British medical journal*. 2002. Vol. 324. N 7330. URL: <http://www.bmj.com/content/324/7330/135.full> — С. 2

предоставляет менее качественные услуги при почти одинаковых скорректированных затратах.

Таким образом, необходимо объяснить различия в уровне качества и стоимости медицинских услуг иными факторами, отличными от моделей финансирования здравоохранения, такими, как, например, способ организации рынка медицинских товаров и услуг. Это направление исследований привлекательно еще и потому, что расходами на закупку товаров для здравоохранения относительно легко управлять. Как показывает приведенный ниже график, Канада всего за 10 лет смогла значительно сократить издержки на закупку медицинских препаратов, в то время как изменение системы финансирования здравоохранения на практике весьма затруднительно, если возможно вообще (рисунок).

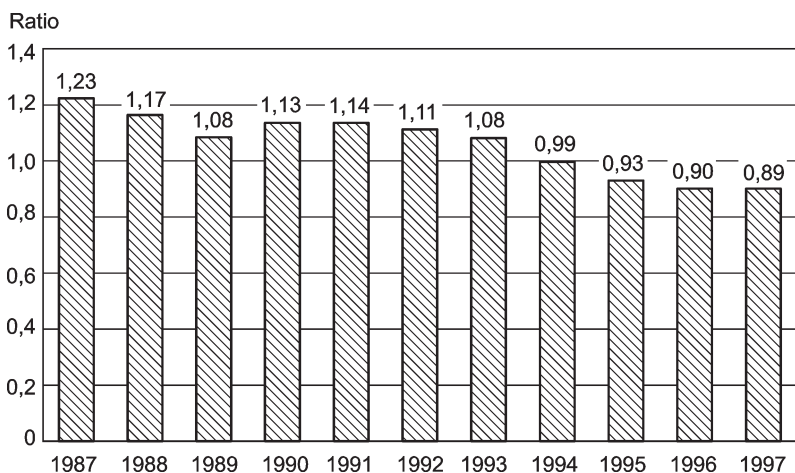


Рис. Соотношение цен канадских препаратов и «среднемировой цены»<sup>3</sup>

Попытки снизить затраты на закупку медицинских препаратов встречают вполне понятное сопротивление фармацевтических компаний, которые утверждают, что низкие закупочные цены неизбежно приведут к снижению инновационной активности. Однако этот аргумент не столь безупречен, как может показаться на первый взгляд. Инновации для фармацевтических компаний являются прежде всего способом сохранения патентной защиты своих препаратов. Как показывает анализ данных о клинических испытаниях препаратов компании Roche, большая часть ресурсов направляется на расширение области применения существующих препаратов. Главная мотивация

<sup>3</sup> Corvari R.J., Ottawa O. Trends in patented drug prices // Patented Medicine Prices Review Board. [Электронный ресурс]. URL: cepmb.gc.ca. С. 9.

для компаний в данном случае — не значительное увеличение продаж, а продление сроков патентной защиты и создание лекарств на замену теряющих патентную защиту старых препаратов (которые не всегда являются более эффективными). Даже в начале 90-х гг. — в период бурной инновационной активности фармацевтических компаний — большую часть новых препаратов составляли так называемые *me-too drugs*<sup>4</sup>, то есть лекарства, мало отличающиеся от конкурентов, но позволяющие компаниям остаться на том или ином рынке.

Таблица 1

**Разделение новых лекарств по степени эффективности (1987–1991)**

Категория FDA	Число лекарств, утвержденных в период 1987–1991 гг.	Процент от общего количества.
1А — Значительная ценность для лечения	41	16
1В — Незначительная ценность	80	31
1С — Нет заметных улучшений по сравнению с существующими препаратами	137	53

Более того, несмотря на огромные прибыли фармацевтических гигантов, в течение последнего десятилетия наблюдалась устойчивая тенденция снижения количества утвержденных медицинских препаратов при росте стоимости и продолжительности их разработки. Европейская и японская фармацевтические отрасли, представленные в основном гигантскими вертикально интегрированными компаниями (из 4 крупнейших фармацевтических компаний 3 — европейские), продемонстрировали стойкое снижение результативности НИОКР, в то время как США (страна с большим количеством мелких инновационных компаний) до последнего времени удавалось поддерживать количество создаваемых новых лекарств на примерно одинаковом уровне<sup>5</sup>. С другой стороны, эти и другие данные свидетельствуют также и том, что американская рыночная система закупок способствует инвестициям в НИОКР в большей степени, чем система закупок в европейских странах и Японии.

Таким образом, государства всего мира стоят перед двоякой задачей сокращения затрат на здравоохранение и стимулирования инноваций, в то время как существующие системы покупки медицинских товаров позволяют выполнить в лучшем случае одну из них, что

<sup>4</sup> См.: *Schondelmeyer S.W.* Rx R&D Myths: The Case Against The Drug Industry's R&D "Scare Card" [Электронный ресурс]. URL: <http://www.citizen.org/documents/rdmyths.pdf>

<sup>5</sup> European federation of pharmaceutical industries and associations. The Pharmaceutical Industry in Figures. P.6. URL: <http://www.bioin.or.kr/upload.do?cmd=download&seq=6806&bid=stat>

указывает на необходимость изменения системы закупок в здравоохранении. Однако конструирование системы закупок невозможно без учета некоторых особенностей экономики здравоохранения, которые подробно описаны ниже.

### **Теоретические основы организации системы закупок**

Сформулированная выше задача была бы невыполнимой, если бы не одно обстоятельство. Фармацевтические компании — особенно в странах с рыночной системой закупок (США и Швейцария) — несут наибольшие издержки не в связи с разработкой и производством препаратов, а в связи с их маркетингом и продвижением. Крупнейшие медицинские компании тратят в пределах 30–40% поступлений от продаж на коммерческие и административные расходы, а штат торговых представителей в таких компаниях достигает почти половины персонала. Необходимость создания дорогостоящей инфраструктуры для продвижения медикаментов ограничивает вход на рынок новых игроков. Показательна информация в годовом отчете Allegran inc. за 2008 г., компании с рыночной капитализацией в 20 млрд долл., которая была вынуждена отказаться от маркетинга препаратов, рассчитанных на врачей общей практики, так как не имела достаточных маркетинговых ресурсов.

Ниже приведены три модели, показывающие:

- как возникают общественные потери в результате маркетинговой деятельности медицинских компаний;
- почему их нельзя сократить обычными методами (например, с помощью налогов);
- почему гранты являются предпочтительным способом стимулирования инновации по сравнению с патентами.

### **Врачи решают, а пациенты платят**

В настоящее время модели, объясняющие функционирование механизмов неценовой конкуренции, обычно предполагают существование потребителя как активного действующего субъекта, осуществляющего выбор. В отличие от данной ситуации, потребитель медицинских товаров осуществляет покупки по предписанию врача. В этой ситуации может легко возникнуть конфликт интересов, так как заинтересованность врача в работе с медицинскими представителями зачастую более высока, чем в лечении пациентов.

Очевидно, что деятельность врачей в соответствии с агентским договором не повышает, а в некоторых случаях и понижает потребительскую ценность лечения для пациента. Конечно, к косвенным выгодам для пациента можно отнести лучшее знание доктором назначаемых препаратов, большую заинтересованность в лечении пациента, более высокий уровень инноваций в медицине, однако эти выгоды не могут

быть подвергнуты точной количественной оценке. С другой стороны, подобная деятельность является источником расходов как для фармацевтической компании, так и для общества в целом.

Данный тезис может быть подтвержден следующей простой моделью. Рассмотрим ситуацию, в которой две компании конкурируют за рынок одного препарата. Предположим, одна из них решила не заключать агентские договора с врачами и действовать «честно». В этом случае ее конкурент сможет, установив незначительные агентские вознаграждения врачам, получить почти весь рынок, так как последние предпочтут работать с более выгодной для них компанией.

Более формально данная ситуация может быть представлена в виде бескоалиционной неантагонистической игры с полной информацией, в которой на первом шаге компании выбирают объем вознаграждения врачам, рекомендуя им лекарства, а на втором шаге определяется цена данных препаратов.

Предположим, что компании выбрали цены на свои продукты. Если компании устанавливают неравный объем вознаграждения врачам, то компания, платящая большее вознаграждение, будет монополистом для всех клиентов, готовых заплатить за ее продукты; оставшаяся часть рынка будет обслуживаться компанией с меньшими выплатами врачам. Это дает нам следующие уравнения для прибыли ( $Z$ ) конкурентов.

– для конкурента, установившего более высокое вознаграждение:

$$Z = (Q(M_i) - aP_i)(P_i - c),$$

$$Z^* = (Q(M_i)/2 + ac/2)(Q(M_i)/2a - 3c/2);$$

– для конкурента, установившего более низкое вознаграждение:

$$Z_i = aP_i(P_j - P_i + M_j - M_i),$$

$$Z^* = ((P_j + M_j - M_i) - c/2a - c)(a(P_j + M_j - P_i - M_i)).$$

Здесь  $M_i$ ,  $M_j$  — расходы на продвижение препаратов первой и второй фирм соответственно,  $P_i$ ,  $P_j$  — установленные ими цены,  $c$  — постоянные издержки. Для упрощения анализа выбрана линейная функция спроса на товары компаний ( $Q_i = Q_0 - a(P_i + M_i)$ ), где  $P$  — цена, а постоянные издержки предполагаются нулевыми.

Вторая часть выражения, описывающего прибыль второй фирмы, всегда положительна (объем спроса не может быть отрицательной величиной, а вот первая может принимать отрицательные значения):

$$((P_j + M_j - M_i) - c - c/2a) < 0 \Leftrightarrow (P_j + M_j - M_i)/c < 1 + 1/2a.$$

Поэтому ни одна из фирм не выберет стратегии с низкими маркетинговыми расходами, то есть обе фирмы придут к равным маркетинговым расходам, таким, что они максимизируют доход врача:

$$M_{\max} = (Q_0 - aP_i)/2a.$$

При данном уровне маркетинговых расходов ни одной из фирм не выгодно изменять свои маркетинговые расходы. Если фирма увеличит

свои маркетинговые расходы, это будет равнозначно снижению данного типа расходов (так как в обоих случаях доходы врачей уменьшатся). В обоих случаях компания переместится из области равных маркетинговых расходов в область, где суммарные выплаты конкурента больше, то есть уменьшит свой доход.

Таким образом, данная модель показывает, что при наличии посредника, влияющего на решения потребителя, данный посредник может получать ренту за счет своего положения. Оба конкурента вынуждены платить ему значительные вознаграждения за деятельность, не выходящую за пределы его нормальных должностных обязанностей. Кроме того, неравновесность ситуации  $(0,0)$  показывает, что административные методы запрещения агентских вознаграждений приведут к поиску альтернативных способов выплаты, так как это выгодно любой из компаний.

Цена, устанавливаемая монополией в случае, аналогичном рассматриваемому, будет определяться из условия равенства первой производной по цене функции прибыли нулю, то есть  $((P-c)(Q_0 - aP))' = 0$ , где  $c$  означает предельные издержки. Данное условие выполняется, если  $P = Q_0/2a + c/2$ , то есть на  $Q_0/2a - c/2$  больше ее предельных издержек. Эта величина в точности равна доходу врача, получаемому в нашей модели по агентскому договору. Таким образом, доктор в нашем случае получает монопольную ренту, которая может оказаться для потребителя даже более тяжелой, чем рента настоящего монополиста (затраты, сопутствующие выплате агентских вознаграждений, увеличивают предельные издержки фирм).

Необходимо отметить, что в реальности ситуация должна быть несколько лучше, чем следует из выводов данной модели. Во-первых, среди патентованных лекарств не существует абсолютных субститутов, так как большинство из них имеют сходные, но не идентичные области применения. В силу этого врачи получают вознаграждения только в случае, если препараты имеют пересекающиеся области применения (кроме случая, когда компания стимулирует врачей к применению лекарства в случаях, не предусмотренных законом). Во-вторых, различные врачи имеют различный профиль пациентов в зависимости от их доходов. Это приводит к возможности разделения рынка на несколько сегментов. В-третьих, существуют и постоянные издержки маркетинговой деятельности, что означает невыгодность для обеих фирм заключать агентские договора с некоторыми врачами.

### **Модель Шапиро—Стиглицца**

Если деятельность компаний приводит к потерям для общества — и эти компании обладают значительным свободным денежным потоком — возникает желание обложить данный вид деятельности

налогом. В этом разделе показывается, почему эта мера не будет эффективна.

Для формального анализа рассматриваемой ситуации может быть применена модель Шапиро–Стиглица, созданная первоначально для анализа рынка труда, но нашедшая в дальнейшем множество разнообразных применений и обобщений<sup>6</sup>. Она сравнивает приведенную полезность от следования «недобросовестной» стратегии (в нашем случае получение вознаграждения от фармацевтической компании) и добросовестного поведения. Основным выводом модели можно считать неравенство:  $V_E - V_U > \bar{e}/q$ , где  $V_E$  — ожидаемый доход работающего врача,  $V_U$  — ожидаемый доход после применения санкций за дисциплинарные проступки,  $\bar{e}$  — агентские вознаграждения, а  $q$  — вероятность обнаружения негативных последствий агентской деятельности.

Разница  $V_E$  и  $V_U$  показывает разницу нормального и «штрафного» ожидаемого дохода врача. Таким образом, поликлиника должна иметь возможность снизить заработную плату работника на сумму, достаточную для выполнения неравенства, чтобы заставить его отказаться от агентской деятельности.

Средняя заработная плата врачей в США составляет 180 000 долл. в год, минимальная годовая заработная плата из расчета 40-часовой рабочей недели составляет приблизительно 15 000 долл. Агентские вознаграждения колеблются в широких пределах, поэтому будем считать достоверной цифру в 20 000 долл. Подставив эти данные, мы найдем необходимую вероятность обнаружения в 14% достаточной для запрета агентской деятельности. Однако, исходя из стоимости медицинской страховки в 144 долл. и максимальной премии в 1 млн долл., можно утверждать, что фактическая вероятность совершения замеченной врачебной ошибки любого рода намного ниже.

Таким образом, очевидно, что данная цифра (14%) намного превышает фактическую вероятность дисциплинарных взысканий врачей в США по всем причинам. Кроме того, в случае нарушения зарплаты никогда не снижается до столь низкого уровня. Таким образом, никакой разумный уровень налога не может заставить врача отказаться от агентских договоров при существующей системе контроля за их деятельностью. Полное их запрещение затруднительно в силу сочетания практических и юридических проблем. Например, в США большая часть врачей даже не являются работниками по трудовому договору, то есть запрет заключать определенный вид договоров не может исходить от клиники. Кроме того, выплаты врачам обычно имеют вид бесплатных образцов, образовательных программ или обедов за счет

---

<sup>6</sup> Петрунин Ю.Ю. Как прибить желе к стенке? Модели нечеткой логики в этике бизнеса // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 21. Управление (государство и общество). 2007. № 3. С. 1–17.



медицинского представителя — ни один из этих видов поощрений невозможно проконтролировать.

## Патенты и гранты

В последнее время недостатки патентов как метода стимулирования инновационной активности стали предметом оживленного обсуждения среди экономистов. Например, в 1996 г. Н. Крамер<sup>7</sup> предложил систему выкупа патентов на открытом аукционе, позволяющую избежать негативных сторон патентной защиты. Частично это связано с тем, что неизбежное следствие патента — монополия на производство определенного нового или улучшенного продукта — приводит к общественным потерям. Но, помимо этого, давно известного и чисто экономического аргумента, внимание экономического сообщества к альтернативным по отношению к патентам методам вознаграждения инноваторов обусловлено также общим снижением эффективности инвестиций в НИОКР, падением их объема в абсолютном выражении и другими проблемами.

В работе русско-американских экономистов А. Цивински и М. Голосова в соавторстве с В. Чори был проанализирован выбор оптимального метода защиты интеллектуальной собственности в зависимости от того, является ли информация о ценности изобретения частной (доступной только изобретателю) или публичной (доступной изобретателю и некоторому органу, устанавливающему размер гранта). Оба варианта редко встречаются на практике, поэтому здесь мы остановимся только на последнем, наиболее общем варианте — ситуации, при которой общественная ценность инновации оценивается в начале некоторым конкурентом (точный перевод, по смыслу статьи скорее можно говорить об аудиторе), а затем на основании заключения этого аудитора принимается решение о выплате гранта регулирующим органом. При этом аудитора можно подкупить, причем необходимый размер взятки считается пропорциональным отклонению объявленной ценности идеи от ее фактической стоимости.

Основной вывод из анализа рассматриваемой модели формулируется следующим образом: высокие затраты на манипулирование воспринимаемой стоимостью товара (в том числе в виде взяток) стимулируют разработчика к раскрытию действительной информации относительно качества товаров. Это особенно важно для здравоохранения, так как завышение общественной ценности лекарства возможно в равной мере и для системы патентной защиты, и для грантов, однако стоимость фальсификации результатов клинических испытаний очень высока в обоих случаях.

---

<sup>7</sup> *Chari V.V., Golosov M., Tsyvinski A.* Prizes and patents: using market signals to provide incentives for innovation [Электронный ресурс] URL С. 5 // <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.148.1559&rep=rep1&type=pdf>

## Механизм закупок товаров для здравоохранения

Товары и услуги для здравоохранения отличаются от товаров и услуг в других отраслях по крайней мере по трем основным аспектам. Во-первых, ценность лекарств и медицинских аппаратов может быть определена объективными методами, о которых будет сказано далее. Во-вторых, ценность товаров для здравоохранения в наименьшей степени зависит от непредсказуемой в принципе реакции на них конечных потребителей. И, наконец, ценность медицинских товаров для общества в целом может превосходить ценность их для конкретного индивида (например, лекарства для лечения инфекционных или венерических заболеваний).

Все эти факторы, а также наличие большого количества заинтересованных групп, конкурирующих за ресурсы системы здравоохранения (различные виды больных), позволяет разработать достаточно прозрачную и объективную систему определения общественной ценности лекарств, стимулирующую инновацию, эффективную с точки зрения затрат.

Россия имеет все шансы продвинуться дальше других в реформировании системы закупок — деятельность медицинских компаний еще не достигла в России такого размаха, как на Западе. В то же время демографические проблемы современной России — низкая продолжительность жизни, высокая смертность, большое количество больных хроническими заболеваниями, низкое качество жизни — требуют неотлагательного решения данной проблемы.

Для организации закупки медицинских препаратов можно использовать две модели. Первая, более предпочтительная, подразумевает закупку лицензий на производство патентованных препаратов на территории РФ и размещение заказов на производство препаратов на конкурсной основе. Вторая модель в целом аналогична первой, однако производство сохраняется у держателя патента, а доход компании в этом случае состоит из двух частей, одна из которых — это компенсация расходов на исследования и разработки, а вторая, равная предельным издержкам, должна компенсировать затраты на производство.

В обоих случаях у компании не возникает стимулов продвигать свой товар, так как ее прибыль не зависит от объема производства. Первая модель способствует развитию фармацевтического производства на территории РФ.

Обе модели подразумевают существование у государственного органа значительных дискреционных полномочий, что всегда потенциально коррупциогенно. Борьба с коррупцией в рассматриваемой сфере деятельности может осуществляться тремя основными способами: установление правил оценки лицензий, общественный контроль и гласность, введение системы оценки по результатам. Специфика здравоохранения, как уже показано выше, позволяет достаточно точно

и объективно сравнить общественную ценность двух препаратов, для чего существуют хорошо разработанные методики.

Наиболее полным и широко применяемым в реальной практике регулирующих органов является подход, использующий в качестве метрики эффективности новых препаратов и приборов показатель QALY — количество добавленных лет жизни, скорректированных с учетом качества жизни. В данном случае увеличение продолжительности жизни (с учетом возраста больного) умножается на коэффициент качества жизни, определяемый на основании экспертных или опросных методик. В работе Национального института клинического совершенствования в Великобритании используется оценка качества жизни на основании результатов ответа на вопрос: «от скольких лет здоровой жизни вы бы готовы были отказаться, чтобы избежать N лет в определенном болезненном состоянии». Другой метод — метод визуальных аналогий — основан на данных опроса, в котором испытуемым предлагается разместить курсор между двумя альтернативами так, чтобы он показывал положение между ними исследуемого объекта. Еще один способ оценки качества жизни — так называемая стандартная игра — сравнивает два исхода: жизнь в болезненном состоянии или радикальное лечение (с возможностью немедленной смерти). Риск смерти, который готовы принять на себя пациенты, ради немедленного излечения от болезни, и будет равен разнице единицы (максимального качества жизни) и качества жизни в болезненном состоянии.

Информация, получаемая при проведении клинических испытаний и опросов, вполне достаточна для принятия решений на основании любого из перечисленных выше методов. Выгода для компании от фальсификации результатов клинических испытаний более высока при сохранении status-quo, так как общая прибыль компании в этом случае выше. Кроме того, условия лицензии могут предусматривать компенсацию со стороны лицензиата в случае, когда фактическая эффективность лекарства ниже заявленной.

Покупка препаратов на более ранних стадиях, до получения одобрения их зарубежными и российскими регулирующими органами должна быть ограничена или запрещена, так как первоочередная задача — ликвидировать отставание качества медицинского обслуживания, а не опередить зарубежную медицину. К тому же такое право привело бы к недопустимому объему дискреционных полномочий данного органа и создало опасность принятия субъективных решений.

Распространять данную систему закупок на все лекарства бессмысленно, так как это приведет к снижению прозрачности и громоздкости системы принятия решений. Должны быть установлены ограничения, запрещающие покупку лицензий на производство препаратов, если их объем продаж ниже определенного уровня. Также данная организация не должна заниматься закупкой непатентованных лекарств-

дженериков, так как они недороги и маркетинговая деятельность компаний — производителей их нецелесообразна, особенно с учетом существования списков рекомендуемых и оплачиваемых государством препаратов. Единственное дополнение, которое может быть сделано по отношению к данной системе — это установка твердых и заранее объявленных цен на рекомендуемые дженерики.

К сожалению, движения за защиту прав потребителей медицинских товаров еще не получили в России широкого распространения, поэтому эффективность раскрытия информации ограничена пассивностью гражданского общества. Однако учитывая, что деятельность по закупкам медицинских товаров не связана с сохранением государственной тайны или любой иной конфиденциальной информации, полная доступность документов о его деятельности и порядок предъявления исков, аналогичный искам о защите прав потребителей (без уплаты государственной пошлины), будут стимулировать общество к более полному контролю деятельности по закупкам медицинских товаров.

Все это позволяет говорить о возможности создания эффективной системы закупок, способствующей как инновационному развитию отрасли, так и сдерживанию затрат на здравоохранение.

### Список литературы

*Петрунин Ю.Ю.* Как прибить желе к стенке? Модели нечеткой логики в этике бизнеса // Вест. Моск. ун-та. Сер. 21. Управление (государство и общество). 2007. № 3.

*Чубарова Т.В.* Финансово-экономические аспекты российского здравоохранения: альтернативные подходы // Современное здравоохранение: возможности и пределы настоящего. М., 2008.

*Corvari R.J., Ottawa O.* Trends in patented drug prices // Patented Medicine Prices Review Board. [Электронный ресурс]. URL: [cepmb.gc.ca](http://cepmb.gc.ca)

World Health report 2008 [Электронный ресурс]. URL: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf)

*Chari V.V., Golosov M., Tsyvinski A.* Prizes and patents: using market signals to provide incentives for innovation [Электронный ресурс]. URL: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.148.1559&rep=rep1&type=pdf>

*Hsiao W.C.* Abnormal economics in the health sector // Health Policy. Vol. 32. Issue 1. P. 125—139. April. 1995. [Электронный ресурс]. URL: [http://econpapers.repec.org/article/eeehepoli/v\\_3a32\\_3ay\\_3a1995\\_3ai\\_3a1-3\\_3ap\\_3a125-139.htm](http://econpapers.repec.org/article/eeehepoli/v_3a32_3ay_3a1995_3ai_3a1-3_3ap_3a125-139.htm)

*Richard G., Feachem A.* Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente // British medical journal. 2002. Vol. 324. № 7330. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.bmj.com/content/324/7330/135.full>

*Schondelmeyer S.W.* Rx R&D Myths: The Case Against The Drug Industry's R&D "Scare Card" [Электронный ресурс]. URL: <http://www.citizen.org/documents/rdmyths.pdf>