

Институциональная ловушка в российском здравоохранении: к вопросу о госзакупках¹

О.В. ВАЛИЕВА, кандидат экономических наук. E-mail: o_valieva@mail.ru
Институт экономики и организации промышленного производства,
Новосибирский национальный исследовательский государственный
университет, Новосибирский государственный технический университет,
Новосибирск

Аннотация. В статье показано, как негативные последствия институционального обеспечения в системе здравоохранения влияют на ее эффективность. Заболеваемость растет, лекарственная обеспеченность ухудшается. Автор анализирует негативные эффекты, порождаемые серьезными барьерами – институциональной ловушкой в российском здравоохранении. Наиболее подробно рассматривается современное законодательство в сфере государственных закупок. С позиции теоретических подходов конструируются последствия принимаемых решений в части сокращения финансирования и ужесточения институциональных барьеров на рынке медуслуг, а также стимулирования импортозамещения на фармацевтическом рынке. Основной вывод – все принимаемые решения последних лет способствуют лишь усугублению проблем развития отечественного здравоохранения, ведут к деградации сектора, снижению его экономической и социальной эффективности.

Ключевые слова: здравоохранение; человеческий капитал; институциональная ловушка; государственные закупки; негативные эффекты; лекарственное обеспечение; 44-ФЗ; контрактная система; импортозамещение

Здравоохранение в РФ: что скрывают высокие рейтинги

Российский индекс человеческого развития (ИЧР), регулярно рассчитываемый ООН, выглядит вполне достойно по сравнению со многими странами (49-е место в мире по итогам 2018 г.) [Human Development Report, 2019]. В том числе наша страна занимает неплохие позиции по базовым показателям такой важной составляющей ИЧР (субиндекс «Долголетие и здоровье»), как продолжительность жизни, обеспеченность врачами и больничными койками (табл. 1).

¹ Статья подготовлена в рамках выполнения плана НИР по проекту XI.170.1.2. (№ АААА-А17-117022250128-5).

Таблица 1. Индикаторы качества здравоохранения в ИЧР по странам-лидерам и странам Брикс

Страна	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Обеспеченность врачами на 10 тыс. нас. *	Кол-во больничных коек на 10 тыс. нас. **	Страна	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Обеспеченность врачами на 10 тыс. нас. *	Кол-во больничных коек на 10 тыс. нас. **
Норвегия	82,3	46,3	39	Канада	82,3	26,1	27
Швейцария	83,6	42,4	47	Новая Зеландия	82,1	30,3	28
Ирландия	82,1	30,9	28	Великобритания	81,2	28,1	28
Германия	81,2	42,1	83	США	78,9	25,9	29
Австралия	83,3	35,9	38	Страны БРИКС			
Исландия	82,9	39,7	32	Бразилия	75,7	21,5	22
Швеция	82,7	54,0	26	Россия	72,4/ 72,1***	40,1/ 39,8***	82/ 97* **
Сингапур	83,5	23,1	24	Индия	69,4	7,8	7
Нидерланды	82,1	35,1	47	Китай	76,7	17,9	42
Дания	80,8	44,6	25	Южная Африка	63,9	9,1	нд
Финляндия	81,7	38,1	44				

Источник: [Human Development Report, 2019; Индексы и индикаторы человеческого развития, 2018].

* Среднее значение за 2010–2018 гг.

** Среднее значение за 2010–2015 гг.

*** Среднее значение за 2007–2014 гг.

К сожалению, эти формальные критерии не являются основополагающими. По уровню смертности наша страна даже близко не находится рядом с развитыми странами (табл. 2).

Таблица 2. Уровень смертности по группам, на 1 тыс. чел.

Страна	Младенческая	До 5 лет	Женщины	Мужчины	Страна	Младенческая	До 5 лет	Женщины	Мужчины
Норвегия	2,1	2,6	44	69	Канада	4,3	4,9	нд	нд
Швейцария	3,6	4,1	37	63	Финляндия	1,9	2,3	43	94
Ирландия	3,0	3,6	47	81	Великобритания	3,7	4,3	54	84
Германия	3,2	3,8	50	92	США	5,6	6,5	80	134
Австралия	3,1	3,7	45	76	Страны БРИКС				
Исландия	1,6	2,1	нд	нд	Бразилия	1,5	15,1	94	191
Швеция	2,4	2,9	40	64	Россия	6,6	7,7	120	322
Сингапур	2,2	2,8	39	63	Индия	34,6	43,0	139	212

Окончание табл. 2

Страна	Младен- ческая	До 5 лет	Жен- щины	Муж- чины	Страна	Младен- ческая	До 5 лет	Жен- щины	Муж- чины
Нидер- ланды	3,2	3,8	50	67	Китай	8,5	9,9	67	92
Дания	3,7	4,4	52	87	Южная Африка	34,2	43,3	274	396

Источник: [Индексы и индикаторы человеческого развития, 2018].

Общий уровень заболеваемости в стране год от года растет (табл. 3). Особенно тревожит, что увеличивается доля тех заболеваний, лечение которых требует своевременной диагностики (выявления на ранних стадиях), высокотехнологичной медицинской помощи и использования качественных медицинских препаратов.

Таблица 3. Общий уровень заболеваемости в стране в 2010-2018 гг.

Показатель	Зарегистрировано заболеваний у пациентов – всего			Структура, %		
	2010	2017	2018	2010	2017	2018
Все болезни, на 100 тыс. чел. нас. Из них:	158320,2	161734,1	163485,2	100	100	100
органов дыхания	37933,0	40346,7	40958,7	24	25	25,1
системы кровообращения	22706,3	24149,6	24891,9	14,3	14,9	15,2
органов пищеварения	11249,3	11573,0	11522,3	7,1	7,2	7
новообразования	4093,1	4895,9	5009,2	2,5	3,0	3,1

Источник. Рассчитано на основе: Здравоохранение в России, 2019. Стат. Сб./ Росстат. М., 2019.

Так что же не так с отечественной системой здравоохранения? На наш взгляд, помимо удручающей ситуации с финансированием (в России государственные расходы на здравоохранение² составляют всего 3,2% ВВП против 14% в США, 9,6% во Франции, 5,6% в Аргентине, 4,4% в ЮАР) и разрушительных последствий недавней «оптимизации» сети медучреждений³, большой вклад

² Здравоохранение в России. 2019: Стат. сб. / Росстат. М., 2019.

³ Согласно исследованию НИУ ВШЭ в 2014 г. дефицит врачей участковой службы оценивался разными экспертами на уровне 25–30% [Российское здравоохранение, 2017. С. 37]; доля участковых врачей в общей численности врачей в России составляла 10,53% против 47,15% в Канаде, 46,9% во Франции, 29,11% в Великобритании. Это показывает серьезную проблему с оказанием первичной медицинской помощи, своевременным выявлением заболеваний и их профилактикой. По данным Минздрава, сегодня в России не хватает около 2 тыс. врачей-онкологов в первичном звене – районных поликлиниках, что непосредственно отражается на уровне смертности от онкологических заболеваний. Оптимизация здравоохранения в 2014–2015 гг. привела к сокращению доступности первичной медицинской помощи, увеличению времени ожидания госпитализации, росту числа отказов в выезде бригад скорой помощи [Тагаева, Казанцева, 2017].

в развитие неэффективности системы вносят существующие институциональные ограничения.

Институциональные барьеры и негативные эффекты в российском здравоохранении

Повседневная деятельность российских организаций здравоохранения сегодня жестко регламентируется целым рядом институциональных норм. От базовых федеральных законов № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» до узкоспециализированных законов РФ № 5142–1 «О донорстве крови и ее компонентов», № 4180–1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» и т.д.⁴

В части материального обеспечения лечебного процесса в медучреждениях основным является федеральный закон «О контрактной системе» (44-ФЗ)⁵, который предписывает приобретение расходных материалов, препаратов, оборудования, инструментов и пр. товаров и услуг, необходимых для лечения больных и обеспечения деятельности медицинских организаций, проводить только через конкурсные процедуры. При этом, согласно законодательно установленному регламенту аукционов по закупке, основной критерий выбора того или иного препарата – его низкая цена (дополнительный – страна происхождения: при наличии аналогов российского производства им отдается приоритет). А механизмы отсекаания недобросовестных поставщиков, учета качественных характеристик товара (минимизация побочных эффектов, терапевтическая эффективность и т.д.) регламентом не предусмотрены.

Мы взяли интервью у главного врача одной из городских больниц г. Новосибирска, который уверяет, что «...44-ФЗ – реальное бедствие для бюджетных медицинских организаций! Взять закупку обычных медицинских шприцов. [Условиями конкурса предусмотрено] очень четкое, жесткое описание объекта закупки,

⁴ Подробнее см. Законодательство о здравоохранении и медицине. [Эл. ресурс]. URL: <https://isfic.info/medlek/rofen01.htm> (дата обращения: 12.02.2020).

⁵ Федеральный закон «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» от 05.04.2013 № 44-ФЗ; См. также федеральный закон от 27.12.2019 № 449-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд»».

вставить дополнительную позицию невозможно – ФАС не пропустит. Побеждает практически всегда один производитель (г. Елец). Вроде бы всё хорошо, но качество шприцов безобразное, хотя они и проходят по техусловиям. Далее ждём поставку, сроки срываются, [сотрудники] на телефонные звонки не отвечают, когда удаётся дозвониться, с руководством не соединяют. Попадаём [фирму-поставщика] в чёрный список, но у производителя есть ещё десяток ООО и ИП. От данного предприятия страдает половина больниц города, включая областную.

Второй пример: дезинфицирующие средства. Изучаем рынок тщательно, находим то, что нам подходит, выставляем на 1 млн руб. (10 месяцев работы больницы)! Выходит производитель [данного товара] и ещё одна фирма [посредник], которая в итоге и побеждает (!!!). Товара у данной фирмы нет, они обращаются на завод, где им отвечают: вот наши цены, а на торгах вы ушли ниже себестоимости производства. В итоге контракт сорван, руководство компании ни на какие контакты не идёт, вся переписка производится через почту России, сроки огромные. Миллион зарезервирован на данный контракт, других свободных средств на дезинфекцию не предусмотрено. Разбор полётов занял 6 месяцев, в результате больница занимала дезсредства в других больницах».

Несовершенное законодательство в сфере государственных закупок поднимает еще одну серьезную проблему – недостаточное и неэффективное лекарственное обеспечение жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными препаратами (ЖНВЛП) в системе государственного здравоохранения. Помимо низкой финансовой обеспеченности отрасли, свою негативную роль здесь играют институциональные составляющие, связанные, во-первых, с системой распределения денежных средств (тут и низкая эффективность системы обязательного медицинского страхования, и неотработанность процедуры включения частных компаний в систему перераспределения государственных средств); во-вторых, с организацией импорта фармпрепаратов (спектр институциональных барьеров в этой части включает как прямые запреты на импорт отдельных препаратов на рынки РФ, так и нерасторопность, а в ряде случаев – преступную халатность лицензирующих органов, из-за просчетов которых новейшие высокоэффективные медикаменты оказываются недоступны

российским гражданам); в-третьих, с попытками в рамках контрактной системы искусственно ограничить конкуренцию за счет приоритетных условий для отечественных производителей. Речь идет все о том же 44-ФЗ (с рядом подзаконных актов), которые прещают допуск к торгам импортные медикаменты, если поданы, как минимум, две заявки на поставку отечественных аналогов. Этого требует Постановление Правительства РФ от 30.11.2015 за № 1289⁶, подготовленное Минпромторгом в целях реализации плана первоочередных мероприятий по обеспечению устойчивого развития экономики и социальной стабильности.

Увлечение органов государственной власти протекционизмом и импортозамещением в фармацевтической сфере порой оборачивается серьезными проблемами для пациентов, снижая качество человеческого потенциала⁷. Так, после того как был прекращен ввоз в Россию немецкого противоопухолевого препарата «Винкристин Тева», и онкобольные были переведены на лечение его отечественным аналогом «Веро-Винкристин», в Красноярском крае у нескольких пациентов-детей отказали ноги⁸.

Медики сообщают, что у некоторых больных наблюдаются осложнения при переходе на российские инсулины (одним из ярко выраженных побочных эффектов является развитие аллергических реакций). В январе 2020 г. сообщество российских онкологов обратилось в Миздрав РФ с призывом «решить вопрос о закупке лекарственных препаратов для лечения детей

⁶ Постановление Правительства РФ от 30 ноября 2015 г. № 1289 «Об ограничениях и условиях допуска происходящих из иностранных государств лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд» [Эл. ресурс]. URL: <https://base.garant.ru/71264810/#friends> (дата обращения: 25.01.2020).

⁷ В попытке «обеспечить максимально справедливую конкуренцию» законодатели обязали медиков указывать в конкурсной документации не коммерческое, а международное непатентованное наименование (МНН) медпрепаратов, очевидно, предполагая, что единое МНН автоматически обеспечивает полную сопоставимость лечебного эффекта. Однако практикующие врачи (и пациенты) настаивают, что это не так. Особенно среди новых, высокоэффективных препаратов «полных аналогов» практически не бывает. Дженерики всегда отличаются по выраженности лечебного воздействия, наличию побочных эффектов и т.д.

⁸ «У детей отказывают ноги»: онкобольных лечат российским препаратом с побочками [Эл. ресурс] // Московский комсомолец. Красноярск 08.11.2019 // URL: <https://kras.mk.ru/social/2019/11/08/u-detey-otkazyvayut-nogi-deputat-rasskazal-ob-otsutstvii-importnogo-lekarstva-ot-raka-i-pobochkakh-rossiyskogo-preparata.html?fbclid=IwAR3zda1xnzhBIRaPr7vjUoWLR9ztJ1wT5KDQCInGkgRvEl2Eb5mepj9PhSQ> (дата обращения: 25.01.2020).

онкологического и гематологического профиля по торговым наименованиям, а не по МНН (международному непатентованному наименованию); ускорить регистрацию ЖНВЛП с доказанной эффективностью для лечения пациентов с онкологическими и гематологическими заболеваниями, не зарегистрированными в России»⁹. Это обращение связано с ухудшением лекарственного обеспечения медицинских учреждений, низким качеством российских дженериков, недостаточностью их ассортиментного ряда (российские фармкомпании выпускают не всю линейку, дозировки и лекарственные формы медикаментов).

При выборе лечения различных форм заболеваний, как и при закупке медицинских препаратов, оборудования и расходных материалов приоритетом не может являться экономия бюджетных средств! Целью должно быть обеспечение здоровья граждан, рост качества и продолжительности жизни.

За рубежом для оценки эффективности медицинского вмешательства активно используется концепция QALY (quality-adjusted life-year), которая измеряет качество жизни и количество дополнительных лет жизни, обеспечиваемых в результате выбора того или иного вида лечения. Концепция может применяться на всех уровнях здравоохранения [Мусина, Федяева, 2017]. Ее ключевая цель – определение сравнительной эффективности разработанных клинических программ и приоритетов в здравоохранении, лекарственной терапии и медицинских вмешательствах, как для отдельных пациентов, так и целых групп [Whitehead, Ali, 2010; Ягудина и др., 2010]. Этот метод широко используют Великобритания и США, устанавливая различные стоимостные пороги лечения разного рода заболеваний. В России концепция не нашла применения, хотя, на наш взгляд, была бы полезна, например, при сопоставлении качества лечения отечественными и зарубежными аналогами медицинских препаратов.

Закон о госзакупках как институциональная ловушка

По нашему мнению, закон «О контрактной системе» в здравоохранении – это типичный пример институциональной ловушки – устойчивой неэффективной нормы, закрепленной

⁹ Старков М. Про рак в своем отечестве [Эл.ресурс] // Фармацевтический вестник. 2020. № 3 (1000). URL: <https://pharmvestnik.ru/articles/Pro-rak-v-svoem-otechestve.html> (дата обращения: 08.02.2020).

в существующих правилах игры и остающейся неизменной даже при негативных эффектах и высоких общественных издержках. Основными причинами являются сложившиеся механизмы координации (общепринятые нормы поведения, отклонение от которых невыгодно основным участникам), обучения (преобладание устойчивой практики реализации принятой нормы), сопряжения (встроенности в другие нормы и законы), а также культурная инерция и лоббирование [Полтерович, 2007. С. 89]. Как отмечает В. М. Полтерович, «единожды попав в институциональную ловушку, система выбирает неэффективный путь развития, причем со временем переход на эффективную траекторию может оказаться уже нерациональным» [Полтерович, 1999. С. 13].

Практика реализации закона «О контрактной системе» позволяет отнести его к институциональной ловушке на основе целого ряда существования устойчивых негативных эффектов:

- население не получает доступного и качественного лечения¹⁰;
- страдает система государственного здравоохранения в целом по причине низкой эффективности проведения закупок и лечения. Относительная экономия по 44-ФЗ в 2018 г. составила всего 5,54%¹¹;
- законопослушные зарубежные и отечественные компании не могут встроиться в систему госзакупок из-за запретительно высоких административных барьеров, откатов и коррупции¹²;
- низкое качество законов в российском здравоохранении ведет к большим потерям общественного благосостояния;

¹⁰ Семенова М. «Сделайте что-нибудь, вы же врач!». Почему в наших больницах умирают люди, которых можно было спасти. [Эл.ресурс] // РИА Новости. 10.02.2020. URL: <https://ria.ru/20200210/1564291847.html> (дата обращения: 13.02.2020).

¹¹ Рохмистров М. С. Уже пять лет в системе закупок нет значимых положительных изменений – Счетная палата представляет мониторинг за 2018 г. [Эл.ресурс] // Счетная палата. 13 июня 2019. URL: <http://audit.gov.ru/news/uzhe-pyat-let-v-sisteme-zakupok-net-znachimyh-polozhitelnyh-izmenenij-schetnaya-palata-predstavlyaet-37416> (дата обращения: 13.02.2020).

¹² Существует масса схем, которые позволяют не допустить нежелательные компании к участию в тендерах. Это и картельные сговоры, и кумовство, и условия проведения самих тендеров. Даже включение в перечень ЖНВЛС сопряжено с целым рядом трудностей. См., например: Силовики пришли за таблетками [Эл.ресурс] // Новая газета. 2011. № 73. 8 июля. URL: <https://novayagazeta.ru/articles/2011/07/07/44786-siloviki-prishli-za-tabletkami>(дата обращения 13.02.2020); Бопма Ю. Миллиарды откатов. Как делают состояния на госзакупках [Эл.ресурс] // Аи Ф. 19.04.2016. URL: https://aif.ru/money/corruption/milliardy_otkatov_kak_delayut_sostoyaniya_na_goszakupkah (дата обращения: 13.02.2020).

- из-за снижения уровня и качества жизни снижется человеческий потенциал, что ведет к потерям бюджета, в конечном итоге – к реализации негативных сценариев социально-экономического развития страны.

Покажем, как все это работает на конкретном примере. В конце 2019 г. в стране разразился скандал, когда выяснилось, что 42 региона оказались без лекарств, притом, что к концу ноября число несостоявшихся аукционов на поставку медикаментов составило 75 тысяч¹³ (это каждая четвертая закупка). Это было вызвано тем, что вступил в силу Приказ Минздрава РФ № 871¹⁴, устанавливающий такие жесткие ограничения на формирование начальной максимальной цены контракта, что поставщики предпочли проигнорировать торги из-за отсутствия потенциальной прибыли. Помимо этого, на рынке образовался дефицит части лекарств из-за недопроизводства их отечественными фармацевтическими компаниями¹⁵. В результате пострадали граждане, получающие жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты.

С целью улучшения ситуации с закупками импортных препаратов в конце 2019 – начале 2020 гг. были внесены поправки в Постановление № 1289 и введены нормы, позволяющие зарубежным производителям участвовать в закупках наравне с отечественными, но только в том случае, если производство соответствующих препаратов полностью локализовано в России или странах ЕвразЭС¹⁶. Однако прежние институциональные нормы, закрепленные в законодательстве о госзакупках и санкции, предусмотренные за их нарушение,

¹³ В Генпрокуратуре заявили о проблемах с поставками лекарств в 42 регионах [Эл. ресурс] // РИА Новости, 16.12.2019. URL: <https://ria.ru/20191216/1562449901.html> (дата обращения: 25.01.2020).

¹⁴ Имеется в виду вступление в силу приказа Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2017 г. № 871н «Об утверждении Порядка определения начальной (максимальной) цены контракта, цены контракта, заключаемого с единственным поставщиком (подрядчиком, исполнителем), при осуществлении закупок лекарственных препаратов для медицинского применения».

¹⁵ Минздрав изменит порядок закупки лекарств после срыва 30% аукционов [Эл. ресурс] // РБК, 12.09.2019. URL: <https://www.rbc.ru/society/12/09/2019/5d765d929a79473f9dad2164> (дата обращения: 25.01.2020).

¹⁶ См. федеральный закон № 449-ФЗ от 27.12.2019 «О внесении изменений в Федеральный закон «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» и Постановление Правительства РФ от 30 ноября 2015 г. № 1289 «Об ограничениях и условиях допуска происходящих из иностранных государств лекарственных препаратов...» (с изменениями и дополнениями).

отнюдь не стимулируют государственные учреждения быстро менять приоритеты.

Так, вводимые в 2020 г. в результате дополнений, закрепленных в 449-ФЗ, коррективы принципиально не изменяют институциональную среду в сфере госзакупок лекарственных препаратов. Поправки лишь еще больше бюрократизируют законодательную базу, вводя новые условия (указание страны поставщика, срок выпуска), новый порядок определения начальной максимальной цены контракта при закупке товаров для медицинского применения (заказчик обязан собирать и анализировать общедоступную информацию о ценах и отправить запросы о предоставлении ценовой информации поставщикам) и пр. Перерегистрация цен на медпрепараты в 2020 г. (на 6,9%) не решает проблемы низкой восприимчивости государственных органов к ценовым колебаниям на рынке, которые в условиях высокой неопределенности в экономике становятся особенно частыми и непредсказуемыми. Все эти дополнения принципиально не изменяют ни регламент государственных закупок в здравоохранении, ни их структуру.

Вероятно, запуск Минздравом новой платформы, аккумулирующей информацию о ценах на медпрепараты в России, несколько облегчит жизнь медорганизациям. По крайней мере, им будет проще ориентироваться в ценовой ситуации на рынке. Но вот решение Минпромторга изменить обязательную долю российских препаратов на рынке с 50% до 32,9%¹⁷, на наш взгляд, имеет скорее декоративный характер и не способно повлиять на структурные проблемы, сложившиеся в госзакупках в здравоохранении, поскольку для оценки результативности этой меры снова используется количественный параметр – денежный эквивалент, а не качественный – скорость излечения, отсутствие побочных эффектов и пр. параметры.

Помимо всего вышесказанного, настоящим бичом для закупщиков (и не только в здравоохранении) является проблема двойственных ведомственных толкований и правоприменительной практики в сфере госзакупок. Так, в отношении препаратов инсулиновой группы еще в 2007 г. было получено официальное

¹⁷ *Вирченко К.* Минпромторг предлагает снизить ориентир по доле отечественных лекарств в потреблении // Ведомости. 14.01.2020.

разрешение Минздравсоцразвития и Минэкономразвития на закупку их не только по МНН, но и по торговым наименованиям – на том основании, «что различные торговые наименования инсулинов и циклоспоринов несовместимы между собой и не взаимозаменяемы». Однако органы ФАС в разных регионах дают прямо противоположные оценки такой практики. В одних случаях – поддерживают в виде исключений, заложенных в 44-ФЗ, в других (и таких гораздо больше) – строго наказывают¹⁸.

Дополнительные проблемы порождает чувствительность сферы госзакупок к изменениям в смежных правовых полях, бюджетном финансировании. Так, с 1 января 2020 г. вступили в силу особенности реализации федерального бюджета на 2020 г. и плановый период 2021–2022 гг. В новых правилах появился механизм актуализации размера федеральной субсидии регионам: сумма трансферта из федерального бюджета уменьшается для тех из них, которые смогли в предыдущий период добиться экономии при заключении контрактов за счет федеральной субсидии¹⁹. Эта норма демотивирует регионы на проведение эффективных закупок, формирует условия неопределенности, особенно в случаях изменения числа заболевших. Уже сейчас многие СМИ пишут о широко распространенной практике ограничения постановки пациентов на учет по разным формам заболеваемости, назначении им группы инвалидности. При сжатии федерального финансирования, очевидно, следует ожидать усиления этой негативной тенденции, когда больные люди оказываются лишены помощи от государства.

Новые законодательные нормы продолжают встраиваться в неэффективный закон, поддерживают устоявшиеся стереотипы поведения и закрепляют устойчивые связи. Это приводит к неэффективным равновесным состояниям системы, улучшить которые без серьезных социальных и экономических реформ практически невозможно.

¹⁸ Борзова М. Закупка по МНН или по торговому наименованию? [Эл. ресурс] // Ремедиум. 12.03.2018. URL: <http://remedium.ru/state/detail.php?ID=73561> (дата обращения: 25.01.2020). DOI: <http://dx.doi.org/10.21518/1561-5936-2017-4-26-31>

¹⁹ Сидяев Д. Памятка: как госзакупки будут меняться в 2020 году [Эл. ресурс] // Госконтракт. 31.12.2020. URL: <https://goscontract.info/podgotovka-k-tenderu/pamyatka-kak-goszakupki-budut-menyatsya-v-2019-i-2020-godu?fbclid=IwAR2Y7YDTxUyArq4ckaerjuRfvJxW2mwyE52qonisQZCBOe4IGYdArrjw4I> (дата обращения: 25.01.2020).

Последствия принимаемых решений с точки зрения теоретического моделирования

Практика VS Теория

Негативные эффекты проблемы недофинансирования государственного сектора здравоохранения могут быть проиллюстрированы на примере альтернативных вариантов выбора между разными типами благ и соответствующими им типами систем здравоохранения. Либо система здравоохранения – это частное благо (как в США), либо она преимущественно – общественное благо (как в России). Необходимо отметить, что и в том, и в другом случаях должны существовать институциональные инструменты, поддерживающие жизнеспособность этих благ: частная система страхования в США и государственное финансирование в России.

В теоретических конструкциях, при государственной системе здравоохранения, как только государство сокращает свое финансирование, должны возникать следующие эффекты (при прочих равных условиях):

1) рост спроса и предложения на рынке частных медицинских услуг; как следствие – сокращение занятости в государственном секторе и бюджетных расходов на заработную плату медицинского персонала; усиление конкуренции в частном секторе, ведущее к снижению цен на услуги;

2) возникновение перераспределительных эффектов – высвобожденные бюджетные средства направляются на реализацию национальных проектов и программ с положительным внешним/внутренним эффектом.

Что получается на практике. В России в условиях падения доходов населения, нестабильности национальной валюты, ужесточения правил и процедур осуществления профессиональной деятельности в здравоохранении (бюрократизация, лицензирование, стандартизация, введение штрих-кодирования, увеличение налоговой, административной нагрузки и пр.) и постоянных изменений в институциональной сфере (44-ФЗ, требования контрольно-надзорных органов и т.д.) происходит *повсеместное сокращение предложения на рынке медицинских услуг и рост цен*. Особенно это чувствительно в тех сферах, в которые частные фирмы ввиду высоких трансформационных и транзакционных издержек и низкого уровня доходов населения зайти не в состоянии

(как пример: многофункциональные больницы с дорогостоящим лекарственным обеспечением и высокотехнологичным оборудованием). В силу этого возникает неудовлетворенный спрос на услуги государственного здравоохранения, который по мере падения доходов населения будет расти. Дефицит предложения на рынке медицинских услуг из-за высоких административных барьеров сопровождается недостатком качественных медицинских препаратов, что негативно сказывается уже не только на объеме, но и на качестве предоставляемых услуг, усугубляет социальное напряжение в обществе и усиливает недовольство государственной политикой в сфере здравоохранения. Уже сейчас Минздрав не финансирует покупку ряда дорогостоящих препаратов, применяемых для лечения редких заболеваний. Например, деньги на лекарства для лечения спинальной мышечной атрофии (около 48 млн руб. в год на одного пациента) предлагается собирать частным благотворительным фондам²⁰.

Можно было бы смягчить проблему дефицита медуслуг в госсекторе адекватным регулированием частного сектора. Например, компенсировать за счет средств ФОМС частным медучреждениям долю расходов по обслуживанию населения. Чем масштабнее будет вовлечение частного здравоохранения в систему государственного страхования, тем быстрее система сможет войти в состояние равновесия. Проблему с госзакупками необходимо решать принципиально и разрешить государственным учреждениям закупать оборудование и лекарства напрямую у производителей. Нехватка средств в ФОМС просто обязывает государство пересмотреть размеры отчислений в систему социального страхования. Однако эти направления выхода из институциональной ловушки в российском здравоохранении даже не обсуждаются.

Теория VS Практика

Следующая проблема – низкая доступность качественных импортных препаратов в результате проводимой политики импортозамещения. Согласно теории, импортозамещающий

²⁰ Чернова Н. Оптимизаторы здравоохранения оставили страну без жизненно необходимых лекарств [Эл.ресурс] // Новая газета. 2020. № 5. 20 января // URL: https://novayagazeta.ru/articles/2020/01/18/83504-kuda-katyatsyatabletki?fbclid=IwAR0FHp2p0q21Uj-L90N580Vz_m8XQBhsORhhCbWoz8y6joAkXU5Giozdh3o (дата обращения: 08.02.2020).

рост – это расширение отечественного производства тех товаров, которые страна импортирует. Он предполагает увеличение производства конкурирующих с импортом товаров, рост спроса на них, падение спроса и цен на импорт, и под влиянием конкуренции общее снижение цен. Однако фактически мы наблюдаем институциональное ограничение поставки импортных лекарственных препаратов, не сопровождающееся повышением качества замещающей их отечественной продукции, имеющей серьезные побочные эффекты. При этом из-за ограничения конкуренции рост цен на отечественные препараты растет. Все это приводит к росту общественных издержек и потерям общественного благосостояния из-за роста летальных исходов, осложнений, инвалидизации, увеличения государственных выплат и компенсаций, падения качества жизни.

Очевидно, государственные чиновники, принимающие судьбоносные решения в отношении развития здравоохранения, не всегда четко представляют себе, к каким последствиям они могут привести. Так, в 2015 г. в стратегии «Фарма 2020» была зафиксирована цель – к 2020 г. обеспечить внутреннее потребление лекарственных препаратов не менее чем на 85% товарами собственного производства. Но за пять лет попросту невозможно наладить полный производственный цикл сложнейших лекарств, и на практике «лекарственная безопасность обернулась лекарственной катастрофой»²¹. Начался массовый исход иностранных компаний с рынка России при неспособности наших производителей заместить импортную продукцию отечественной аналогичного качества и в нужном объеме. Под угрозой оказалось лечение больных муковисцидозом, раком, с эпилептическим синдромом, сахарным диабетом и др.²².

Институциональная блокировка, возникающая в результате задержки или отказа в лицензировании импортных препаратов, приводит к прямому запрету их ввоза на территорию РФ. Ограничение импорта в виде лицензирования или введения импортных квот относится к нетарифным методам регулирования международной торговли. При этом в результате ограничения поставок на внутреннем рынке растет цена на лекарства, а весь

²¹ Чернова Н. Оптимизаторы здравоохранения, 2020.

²² Там же.

дополнительный доход получают фармдистрибьютеры (в случае с тарифными методами регулирования доходы бы уходили в бюджет). Страдают при этом потребители, поскольку любое ограничение торговли ведет к уменьшению выбора и росту цен [Сонин, 2019].

Отметим, что, согласно теории специфических факторов производства Самуэльсона-Джонсона, сложившееся положение дел будет только усугубляться. Российские фармацевтические компании, привыкшие к тепличным условиям, будут всемерно сопротивляться включению страны в международную торговлю, чтобы не потерять в доходах из-за усиления конкуренции с мировыми производителями. В результате цены на отечественные препараты будут расти, а их качество – снижаться.

Таким образом, сложившаяся в российском здравоохранении институциональная среда ведет к обострению рисков повышения цен на отечественные препараты и снижения их качества, получению сверхприбылей посредниками, ухудшению качества оказания медицинских услуг и в целом – к деградации сектора, снижению его экономической и социальной эффективности.

Литература

Индексы и индикаторы человеческого развития: Обновленные статистические данные 2018. ООН [Эл. ресурс] // URL: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update_ru.pdf (дата обращения: 02.02.2020).

Мусина Н. З., Федяева В. К. Методы расчета QALY как интегрального показателя эффективности в процессе комплексной оценки лекарственных препаратов // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2017. 10(1). С. 66–71.

Полтерович В. М. Элементы теории реформ / В. М. Полтерович. М.: Экономика, 2007.

Полтерович В. М. Институциональные ловушки и экономические реформы // Экономика и математические методы. 1999. Т. 35. Вып. 2. С. 3–20 [Эл. ресурс] // URL: http://mathecon.cemi.rssi.ru/vm_polterovich/files/ep99001.pdf (дата обращения: 02.02.2020).

Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы [Текст]: Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения / рук. авт. колл. С. В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017.

Сонин К. И. Когда кончится нефть и другие уроки экономики. М.: АСТ: CORPUS, 2019.

Тагаева Т. О., Казанцева Л. К. Общественное здоровье и здравоохранение в России // ЭКО. 2017. № 2. С. 63–81. DOI: <http://dx.doi.org/10.30680/ECO0131-7652-2017-2-36-81>

Ягудина Р. И., Куликов А. Ю., Литвиненко М. М. QALY: история, методология и будущее метода // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2010. Т. 3. № 1. С. 7–11.

Human Development Report 2019. Beyond income, beyond averages, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century. (2019). United Nations Development Programme (UNDP). Available at: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2019.pdf> (accessed 02.02.2020).

Whitehead, S.J, Ali, S. (2010). Health outcomes in economic evaluation: the QALY and utilities. *British Medical Bulletin*, Vol. 96, Issue 1, December, Pp. 5–21. Available at: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldq033>

Статья поступила 26.01.2020.

Статья принята к публикации 10.02.2020.

Для цитирования: *Валиева О. В.* Институциональная ловушка в российском здравоохранении: к вопросу о госзакупках // ЭКО. 2020. № 3. С. 44–60. DOI: 10.30680/ECO0131-7652-2020-3-44-60.

Summary

Valieva, O.V., Cand. Sci. (Econ.), Institute of Economics and Industrial Engineering, SB RAS, Novosibirsk State University, Novosibirsk State Technical University, Novosibirsk

Institutional Traps in Russian Healthcare System

Abstract. The paper shows how negative consequences of institutional support of healthcare adversely affect its efficiency. The incidence of deaths is growing while medicine supply is deteriorating. The author analyses negative effects generated by one of the most serious barriers, namely the institutional trap in the Russian healthcare. Close consideration is given to the current legislation in the field of public procurement. Theoretical approaches help clarify consequences of decisions taken to curb financing and tighten administrative barriers in the market of medical services as well as stimulate import replacement at the pharmaceutical market. The author comes to conclusion that all decisions made in the last years aggravate problems of the national healthcare system, lead to its further degradation and reduce its economic and social efficiency.

Keywords: *healthcare; human capital; institutional trap; public procurement; negative effects; medicine supply; 44-FZ; contract system; import replacement*

References

- Indexes and indicators of human development: updated statistical data 2018. (2018). UNDP. Available at: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update_ru.pdf (accessed 02.02.2020). (In Russ.).
- Musina, N.Z., Fedyayeva, V.K. (2017). The use of as an integral measure of effectiveness in the evaluation of medical technologies. *Farmakoekonomika. Modern*

Pharmacoeconomic and Pharmacoepidemiology. Vol. 10. No.1. Pp. 66–71. (In Russ.) Available at: <https://doi.org/10.17749/2070-4909.2017.10.1.066-071>

Polterovich, V.M. (1999). Institucional'nye lovushki i ekonomicheskie reformy. *Economics and Mathematical Methods*. Vol. 35. No. 2. Pp.3–20. ..Available at: http://mathecon.cemi.rssi.ru/vm_polterovich/files/ep99001.pdf (accessed 02.02.2020). (In Russ.).

Polterovich, V.M. (2007). *Elementy teorii reform*. Moscow. Ekonomika Publ. (In Russ.).

Russian health care in new economic conditions: challenges and prospects. (2017). Report of ... Higher School of Economics on problems of health care development / ed. in chief S.V. Shishkin; Vysshaya shkola ekonomiki. Moscow. Higher School of Economics Publishers. (In Russ.).

Sonin, K. I. (2019). *When the oil runs out and other economic lessons*. Moscow. Publishers AST CORPUS. (In Russ.).

Tagaeva, T.O., Kazantseva, L.K. (2017). Public Health and Health Service in Russia. *ECO*. No. 2. Pp. 63–81. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.30680/ECO0131-7652-2017-2-36-81>

Yagudina, R., Kulikov, A., Litvinenko M. (2010). QOALY: Histori, Methodology and the Method Future. *Farmakoekonomika. Modern Pharmacoeconomic and Pharmacoepidemiology*. Vol. 3. No. 1. Pp. 7–11. (In Russ.).

Human Development Report 2019. Beyond income, beyond averages, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century. (2019). United Nations Development Programme (UNDP). Available at: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2019.pdf> (accessed 02.02.2020).

Whitehead, S.J, Ali, S. (2010). Health outcomes in economic evaluation: the QALY and utilities. *British Medical Bulletin*, Vol. 96, Issue 1, December, Pp. 5–21. Available at: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldq033>

For citation: Valieva, O.V. (2020). Institutional Traps in Russian Healthcare System. *ECO*. No. 3. Pp. 44-60. (In Russ.). DOI: 10.30680/ECO0131-7652-2020-3-44-60.