

Лекарственное обеспечение населения Российской Федерации в амбулаторных условиях: состояние, проблемы, развитие

Г.Э. Улумбекова

Ассоциация медицинских обществ по качеству медицинской помощи и образования

В статье обсуждаются состояние, проблемы и развитие бесплатного лекарственного обеспечения населения РФ в амбулаторных условиях. Проанализированы объемы лекарственного обеспечения, их динамика в период с 2004 по 2012 г. в рублях и долларах США, приведен опыт лекарственного обеспечения в России и развитых странах. Выявлено, что, несмотря на ежегодный рост объемов лекарственного обеспечения населения РФ в амбулаторных условиях (среднегодовой темп в постоянных ценах – 24% в рублях и 33% в долларах США), в 2011 г. это обеспечение в РФ было в 6,7 раза ниже, чем в странах – членах Организации экономического сотрудничества и развития в среднем, и в 5,7 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС в среднем. Определено, что при реализации государственных программ лекарственного обеспечения населения РФ имеются существенные организационные и методические недостатки, препятствующие эффективному использованию имеющихся ресурсов. Сформулированы основные направления развития лекарственного обеспечения населения РФ в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: лекарственное обеспечение населения, государственные программы лекарственного обеспечения населения, «референтная» цена на лекарственные препараты, перечень лекарственных препаратов.

The article discusses the state-of-art, problems and development of free medicamentous supply to out-patient units for the population in Russian Federation. Volumes of medicamentous supply, their dynamics from 2004 till 2012 in roubles and USA dollars were analyzed. Experience of medicamentous supply in Russia and in other countries is presented. It has been found out that despite of the annual growth of medicamentous supply to out-patient units in Russian Federation (average annual rate – 24% in roubles and 33% in USD), in Russia in 2011 this supply was 6.7 times less that in OECD countries and 5.7 times less in average than in “new” countries in Europe. It has also been found out that the effective realization of state programs on medicamentous supply of the population of Russian Federation is prevented by some organizational and methodological drawbacks. Main directions for developing better supply of medicamentous preparations to the population of Russian Federation via out-patient units were defined as well.

Key words: medicamentous supply, state programs on medicamentous supply to population, “referential” price for medicamentous preparations, list of medicamentous preparations.

В указе Президента РФ от 7 мая 2012 г. [13] перед здравоохранением России к 2018 г. поставлены серьезные задачи:

1. Увеличить общую продолжительность жизни (ОПЖ) на 3,7 года (с 70,3 года до 74 лет), что потребует снижения общего коэффициента смертности (ОКС) на 15% (с 13,5 до 11,4 случая на 1000 населения).
2. Снизить младенческую смертность на 12% (с 7,3 до 6,4 случая на 1000 родившихся живыми).
3. Снизить смертность от болезней системы кровообращения на 17% (с 749,0 до 622,4 случая на 100 тыс. населения).
4. Снизить смертность от новообразований на 6% (с 202,6 до 190,0 случая на 100 тыс. населения).
5. Увеличить долю населения, удовлетворенного качеством и доступностью медицинской помощи, в 2 раза (с 34 до 70%).

Для достижения этих целей Минздравом России были разработаны и утверждены Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [4] и Стратегия лекарственного обеспечения населения РФ до 2025 г. [12]. Однако в этих документах общие объемы лекарственного обеспечения (ЛО) населения за счет общественных или государственных средств не обозначены, а проведение «пилотных» проектов по отработке механизмов и порядка ЛО населения отнесены к 2015–2016 гг.

Вместе с тем в современных условиях программы ЛО в амбулаторных условиях имеют важнейшее значение для достижения целей по улучшению здоровья и повышению удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи. Так, 64% населения РФ при опросах считают, что средства здравоохранения в первую очередь необходимо потратить на лекарственные средства (ЛС) [7].

Успехи стран ЕС в снижении смертности от предотвратимых причин (минимум в 2 раза) за последние 20 лет были достигнуты благодаря государственным программам, направленным на повышение приверженности населения к здоровому образу жизни, увеличению доступности лекарственных препаратов (ЛП). Причем важнейшую роль в этом сыграли высокоэффективные ЛС для лечения гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, болезней системы пищеварения, онкологических заболеваний и др. [15, 17].

Настоящее исследование ставит своей целью уточнить приоритетные направления ЛО населения РФ в амбулаторных условиях за счет государственных средств и установить минимально необходимые объемы финансирования этого обеспечения.

Для систематизации исследование было структурировано по следующим составляющим:

- 1) результаты: удовлетворенность населения лекарственным обеспечением в РФ;

Таблица 1

Государственные программы ЛО населения в амбулаторных условиях в РФ (2012)

	Программа ОНЛС	Региональные программы	Программа ВЗН
Документ	Законы № 178–ФЗ от 17 июня 1999 г., № 230–ФЗ от 17 октября 2007 г.	Постановление Правительства РФ № 890 от 30 июня 1994 г.	Постановление Правительства РФ № 1155 от 26 декабря 2011 г.
За счет	Федерального бюджета	Бюджетов субъектов РФ	Федерального бюджета
Имеют право	5,06 млн чел.	15,14 млн чел.	0,117 млн чел.
Получают в натуральном виде	3,8 млн чел.	4,6 млн чел.	0,117 млн чел.
Стоимость, всего	41,4 млрд руб.	36,8 млрд руб.	53,87 млрд руб.
Цена среднего рецепта	757 руб.	799 руб.	53 000 руб.

- 2) государственные программы лекарственного обеспечения в РФ;
- 3) перечни лекарственных препаратов для государственных закупок;
- 4) объемы лекарственного обеспечения в РФ и развитых странах;
- 5) динамика лекарственного обеспечения в РФ;
- 6) уроки лекарственного обеспечения населения в РФ и развитых странах;
- 7) предложения по развитию лекарственного обеспечения в РФ.

Материалами для исследования стали: нормативно-правовые документы, базы данных Росстата, ВОЗ и ОЭСР [1–3], доклады руководителей и нормативные документы Минздрава России [7, 8, 12], Росздравнадзора [5, 6]. Методы исследования – сравнительный анализ ЛО в РФ и развитых странах, изучение опыта ЛО в РФ и за рубежом.

Результаты лекарственного обеспечения населения в РФ

По мнению самого населения, ЛО в России можно расценивать как неудовлетворительное – для 77% населения приобретение ЛП за собственный счет затруднительно [11]; по данным Росздравнадзора, 16% жалоб населения на медицинскую помощь связано с ЛО. Доля населения, приобретающего ЛП за свой счет, составляет 88% [11].

Государственные программы лекарственного обеспечения в РФ

Всего на лекарства (и товары медицинского назначения) в амбулаторных и стационарных условиях в РФ в 2012 г. было потрачено 768,9 млрд руб., из них за счет государственных средств – 283,6 млрд руб. (37%), за счет населения (частные расходы) – 485,3 млрд руб. (63%) [7].

Население потратило все 100% средств в амбулаторных условиях, государство – 151,5 млрд руб. в стационарных условиях (53%) и почти столько же – 132,1 млрд руб. в амбулаторных условиях (47%). Далее будет анализироваться обеспечение населения ЛП только в амбулаторных условиях (или ЛП, полученными по рецепту врача).

Сегодня общий объем ЛО за счет государственных средств в амбулаторных условиях формируется за счет следующих трех основных программ: программы обеспечения населения лекарственными средствами в рамках социального обеспечения (ОНЛС), региональных программ, программы «высокозатратные нозологии» (ВЗН) – лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях за счет средств федерального бюджета по 7 нозологиям, требующим высоких затрат (табл. 1).

Из табл. 1 следует, что в РФ только 20,3 млн человек (14% всего населения) имеют право на ЛО за

счет государства в амбулаторных условиях, из них только 9,3 млн человек (46% от имеющих право) получают ЛП в натуральном виде, на что государство тратит 132,1 млрд руб. Из этих средств 28% тратится за счет средств региональных бюджетов, остальное – за счет федеральных средств. При пересчете на человека в год – это 14,2 тыс. руб. (в расчете на получающих ЛП), или 942 руб. на человека в год (в расчете на все население).

В развитых странах право на «бесплатное» (или с небольшой содоплатой) ЛО имеет каждый гражданин, которому ЛП был выписан врачом [15].

Перечни ЛП для государственных закупок

Анализ перечней ЛП, формируемых для целей государственных закупок, представлен в табл. 2.

Из анализа этой таблицы следует, что в РФ существует несколько перечней ЛП, по которым осуществляются государственные закупки. Совпадение с перечнем ЖНВЛП перечня для программы ОНЛС составляет всего 38%. В каждом субъекте РФ существует свой перечень для закупок, и степень его совпадения с перечнем ЖНВЛП требует дополнительного анализа. Таким образом, на федеральном уровне существует 2 перечня, в субъектах РФ – в каждом свой. В целях повышения эффективности процедуры составления перечней и достижения равного доступа к ЛП для населения, проживающего в различных регионах РФ, было бы целесообразно сформировать один федеральный перечень ЛП. Этот перечень должен содержать минимальный список ЛП, который должен быть обеспечен во всех субъектах РФ. Возможно, рядом с каждым ЛП можно будет указать его преимущественное использование – в стационарных или амбулаторных условиях (это предложение требует дальнейшего обсуждения).

Перечни ЛП для государственных закупок

Наименование	Число МНН	Совпадение с ЖНВЛП	Нормативно-правовой документ	Цель
ЖНВЛП	589	---	Федеральный закон № 61–ФЗ от 12 апреля 2010 г. «Об обращении лекарственных средств»	Регулирование цен на ЛС и государственные закупки ЛС в стационарных и амбулаторных условиях
Для ЛО в рамках ОНЛС	360	38%	Приказ Минздравсоцразвития № 655 от 18 сентября 2006 г.	Закупка ЛС для амбулаторного обеспечения граждан, имеющих федеральные льготы
Для ВЗН	18		Постановление Правительства № 682 от 17 октября 2007 г.	Закупка ЛС по ВЗН на основании заявок регионов
Региона-льные (более 80)	200–400	Разное в каждом субъекте	Постановление Правительства № 890 от 17 июля 1994 г. и нормативно-правовые акты субъектов РФ	Для льготного ЛО населения в амбулаторных условиях

Примечание. ЖНВЛП – жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты.

Объемы лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях

При сравнении объемов ЛО в РФ и развитых странах в 2011 г. в доле ВВП и \$ППС на душу населения в год видно, что эти расходы в РФ очень малы (рис.1 и 2). Так, в 2011 г. в РФ общие (государственные и частные) подушевые расходы

на ЛС в амбулаторных условиях составили 238 \$ППС, что в 2,2 раза меньше, чем в странах ОЭСР (515 \$ППС). Из государственных источников эти расходы в РФ составили 46 \$ППС, что в 6,7 раза ниже, чем в странах ОЭСР (309 \$ППС), и в 5,7 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС (260 \$ППС), см. рис. 1 [1–3].

В относительных показателях (доля ВВП) государственные расходы на ЛС в РФ составляют 0,22%, что в 4 раза ниже, чем в странах ОЭСР (0,9%), и в 5 раз ниже, чем в «новых» странах ЕС (1,1% ВВП), см. рис. 2.

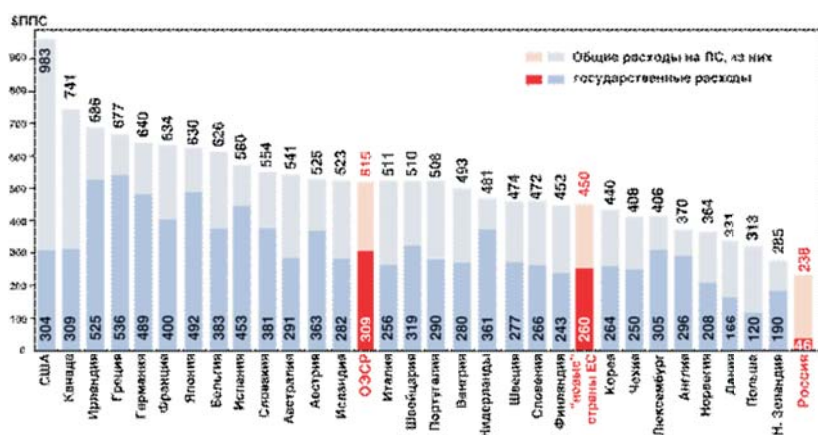


Рис. 1. Общие и государственные подушевые расходы на ЛС в амбулаторных условиях (в \$ ППС) в РФ, странах ОЭСР и «новых» странах ЕС в 2010/2011 гг.

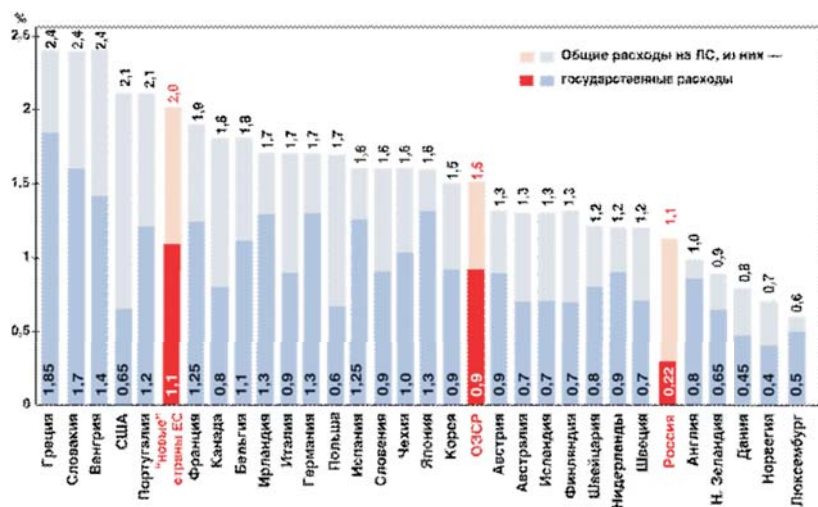


Рис. 2. Доля общих и государственных расходов на ЛП в амбулаторных условиях в ВВП в России (2011 г.) и странах ОЭСР (2010 г.).

Динамика лекарственного обеспечения населения РФ с 2004 по 2012 г.

Следует отметить, что существенные изменения в ЛО населения в амбулаторных условиях произошли в 2005 г., когда началась реализация программы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО). Эта программа начала реализовываться в рамках Федеральных законов от 17 июля 1999 г. № 178–ФЗ и от 22 августа 2004 г. № 122–ФЗ (или закона о монетизации льгот). В 2008 г. программа ДЛО была трансформирована в программу обеспечения населения лекарственными средствами (ОНЛС) и полномочия по обеспечению лекарственными средствами отдельных категорий граждан, имеющих право на НСУ за счет средств федерального бюджета, были переданы на уровень субъектов РФ с соответствующими субвенциями.

На рис. 3 представлена динамика государственных закупок ЛП с 2004 по 2012 г. в текущих и постоянных ценах, т.е. в ценах 2004 г.

Из рис. 3 видно, что ЛО в текущих ценах с 2004 по 2012 г. выросло в 8,6 раза (с 15,3 до 132 млрд руб.), а в ценах 2004 г. — в

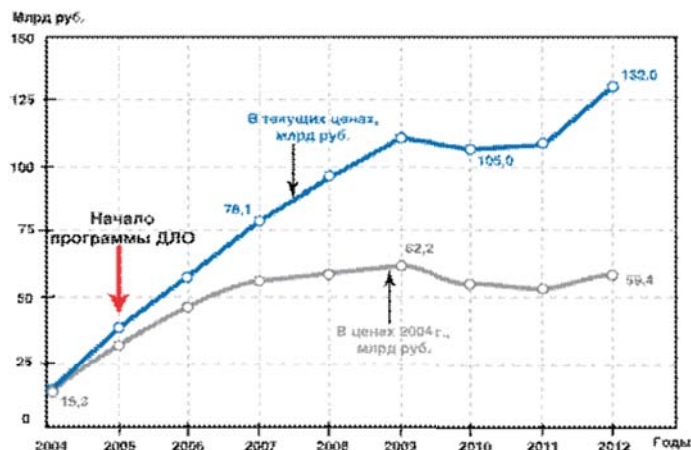


Рис. 3. Динамика государственных закупок ЛП в текущих и постоянных ценах (млрд руб.) в РФ с 2004 по 2012 г.

3,9 раза (с 15,3 до 59,4 млрд руб.). В среднем в год рост в постоянных ценах составил 24%.

Однако с учетом того, что около 80% ЛП в РФ закупается за рубежом [7], был также проведен анализ закупок в долларах США (рис. 4).

Из рис. 4 видно, что ЛО в долларах США в России с 2004 по 2012 г. в текущих ценах выросло в 7 раз

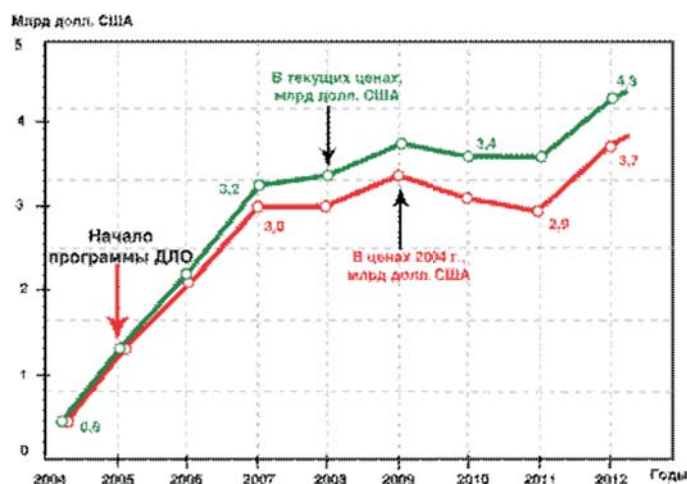


Рис. 4. Динамика государственных закупок ЛП в текущих и постоянных ценах (млрд долл. США) в РФ с 2004 по 2012 г.

(с 0,6 до 4,3 млрд долл. США), а в ценах 2004 г. — в 6,2 раза (с 0,6 до 3,7 млрд долл. США). В среднем в год рост составил 33%, в странах ОЭСР — 3,5%.

Уроки лекарственного обеспечения

Уроки ЛО в России сформулированы на основе анализа докладов временно исполняющей обязанности руководителя Росздравнадзора Е.А. Тельновой (2012) и материалов Счетной палаты (2010 г.) [4,5,14]. Основные принципы, которые необходимо соблюдать при формировании программ ЛО:

1. **Обязательность** — все граждане, участвующие в программе, не вправе претендовать на денежную компенсацию вместо получения ЛП в натуральной форме.

2. **Вне социальной помощи** — программы ЛО населения должны финансироваться из государственных

средств здравоохранения: обязательного медицинского страхования (ОМС) и бюджетов всех уровней и не быть связанными с системой социального страхования.

3. **Удобство для пациента** — аптечные учреждения по отпуску ЛП должны находиться в медицинской организации, осуществляющей выписку рецепта.

4. **Единообразие учета и отчетности** — система электронного документооборота и отчетности во всех субъектах РФ должна быть единой.

5. **Наличие единого центра, управляющего ЛО в регионе** — без создания единого управляющего центра и одного ответственного должностного лица невозможно организовать эффективную реализацию программ ЛО.

6. **Непрерывный мониторинг потребности в ЛП** — необходимо в ежедневном режиме отслеживать потребность населения в ЛП, уметь управлять складскими запасами, проводить проверку счетов и рецептов.

7. **Наличие мотивации у всех участников к улучшению результатов** — все участники системы должны иметь мотивационные стимулы для непрерывного улучшения системы ЛО.

8. **Повышение квалификации врачей** — для того, чтобы врачи рационально выписывали ЛП, они должны быть оснащены современными клиническими рекомендациями, стандартами и формулярами в бумажном и электронном виде.

9. **Разъяснительная работа среди пациентов** — для пациентов должны быть разработаны печатные и электронные информационные материалы, все изменения в программе должны четко разъясняться. Необходимо также проводить пропаганду здорового образа жизни среди пациентов.

Уроки лекарственного обеспечения в развитых странах [15–17]:

1. **Всеобщность и равные права** — все граждане, которым врач выписал рецепт, имеют равные права на государственные гарантии в получении ЛП, стоимость которого компенсируется из общественных средств (ОМС и бюджеты).

2. **Достаточное финансирование** за счет государственных (общественных) средств — в странах ОЭСР объем общественного покрытия ЛО в амбулаторных условиях составляет 60% от общих расходов на ЛО (в РФ — 21%). В доле ВВП государственные расходы на ЛО составляют не менее 0,9% (в РФ — 0,22% ВВП).

3. **Установление референтной цены на ЛП** — стоимость ЛП, приобретаемого за счет общественных средств, в большинстве стран (Бельгия, Германия, Дания, Франция и др.) компенсируется по фиксированной цене — референтной. Референтность означает, что цена на ЛС была установлена путем сравнения цен на ЛП (на внутреннем и внешнем рынках).

4. **Различные механизмы компенсации стоимости ЛС** – государственное финансирование (ОМС и бюджеты) ЛО населения происходит отдельно от ДМС. Выдача ЛП по рецепту может происходить в специальной аптеке (ЛП уже приобретено за государственные средства) или покупка ЛП может осуществляться самим пациентом за свой счет по рецепту в аптеке, а затем ему компенсироваться стоимость чека страховой компанией (Франция). Или, например, выдача ЛП пациенту может происходить бесплатно (или с небольшой содоплатой) по рецепту в уполномоченной аптеке, а затем аптеке компенсироваться стоимость выданного ЛП.

5. **Доплаты граждан за ЛП** – в большинстве стран пациенты доплачивают за приобретенные по рецепту ЛП. Например, это может быть фиксированная сумма за рецепт (Великобритания, Германия); за превышение референтной цены (Голландия, Германия); или фиксированный процент, доплачиваемый к стоимости ЛП (Дания, Италия, Франция).

6. **Ограничение бремени затрат пациентов на покупку ЛП** (снижение содоплат) – освобождение некоторых граждан может происходить по критерию возраста, доходов и тяжести заболевания (Великобритания); путем добровольного страхования содоплат (Франция); путем освобождения хронически больных от содоплат или установления максимального размера годовой содоплаты, свыше которой пациенту все расходы на ЛП компенсируются государством (Финляндия, Франция).

7. **Ограничение общественных (государственных) затрат** – использование дженериков (воспроизведенных препаратов) и регулирование цен на них; специальные меры контроля над стоимостью дорогостоящих ЛС; установление референтных цен и другие ограничения по ценообразованию на ЛП; формирование ограничительных перечней ЛП; контроль за рациональной выпиской ЛС врачами и использование клинических рекомендаций; информирование пациентов о сдержанном применении ЛС; со-платежи пациентов.

8. **Доказательность и прозрачность процедур** – все перечни ЛС для общественных нужд формируются на основе принципов доказательной медицины; специальные государственные агентства (НТА-health technology assessment committies) проводят медико-экономическую оценку ЛП, включаемых в общественные перечни.

9. **Информированность врачей и пациентов** – у врачей имеются формуляр ЛП (перечень ЛП и показания к их назначению) и клинические рекомендации по лечению заболеваний; создание формуляра происходит по прозрачным процедурам; над деятельностью врачей осуществляется контроль по обоснованной выписке ЛП; проводится мониторинг удовлетворенности пациентов.

Выводы и рекомендации по развитию лекарственного обеспечения в РФ

1. Несмотря на постоянный рост объемов финансирования ЛО в амбулаторных условиях за счет государственных средств (средний темп 24% в год в постоянных ценах), эти объемы в РФ в 5,7 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС, имеющих близкий с Россией ВВП на душу населения (при пересчете в \$ППС на душу населения в год), и в 5 раз меньше в доле ВВП.

2. Это вынуждает население приобретать ЛП в амбулаторных условиях за свой счет. Так, доля расходов населения по этой статье в РФ составляет 80% против 40% в странах ОЭСР в среднем. Все это обуславливает недовольство населения качеством и доступностью медицинской помощи в РФ (66% недовольных).

3. Объемы ЛО населения в амбулаторных условиях за счет государственных (общественных) источников должны быть поэтапно увеличены как минимум в 5 раз – до уровня 1% ВВП, т.е. до уровня в «новых» странах ЕС сегодня (или с 132 млрд руб. до минимум 600 млрд руб.).

4. При реализации государственных программ необходимо сформировать единые подходы – единая законодательная база, единый перечень ЛП, объединение всех государственных программ ЛО в одну; единая МИС в медицинских организациях. Необходимо также на федеральном уровне организовать жесткую систему контроля над реализацией ЛО в субъектах РФ.

5. Учитывая опыт реализации программы ДЛО в РФ, необходимо соблюдать страховой принцип, т.е. «невозможность» монетизации стоимости ЛП для пациентов. Для нивелирования рисков со стороны населения и медицинских работников (непонимание преобразований в сфере ЛО, нерациональная выписка и потребление ЛП) необходимо проводить непрерывную информационно-образовательную работу.

6. Учитывая опыт реализации программ ЛО за рубежом, целесообразно установить референтные цены на ЛП и, возможно, незначительные содоплаты со стороны населения.

7. Принимая во внимание социальную значимость программ ЛО населения, целесообразно в самое ближайшее время осуществить пилотные проекты в субъектах РФ для отработки механизмов реализации программ ЛО населения в РФ и предусмотреть дополнительные источники финансирования.

Литература

1. База данных Росстата. [Internet]. URL: <http://www.fedstat.ru/indicators/start.do>.
2. База данных ВОЗ. [Internet]. URL: <http://data.euro.who.int/hfad/>.
3. База данных ОЭСР. [Internet]. URL: <http://www.oecd.org/statistics/>.

4. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» / Министерство здравоохранения Российской Федерации. М., 2012. утверждена Распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г. Электронный доступ: <http://www.rosminzdrav.ru/health/72>.

5. Доклад врио руководителя Росздравнадзора Е.А. Тельновой. Основные вопросы контроля в сфере охраны здоровья: контроль качества и безопасности медицинской деятельности, государственный контроль в сфере обращения лекарственных средств, государственный контроль при обращении медицинских изделий. Электронный доступ: <http://www.roszdravnadzor.ru/i/upload/files/1360754161.89923-17978.ppsx>.

6. Доклад врио руководителя Росздравнадзора Е.А. Тельновой. Контроль качества лекарственных средств в Российской Федерации как основа защиты интересов потребителя. Электронный доступ: http://www.forum-ta.ru/files/uploads/Presentations_II_session/Kontrol_kachestva_LS.pdf. 35 с.

7. Доклад министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой «О стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации до 2025 года». Электронный доступ: <http://www.rosminzdrav.ru/health/75>. 19 с.

8. Перспективы лекарственного обеспечения населения Российской Федерации. Доклад А.А. Гайдарова. Департамент лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России. Электронный доступ:

http://www.forumhta.ru/files/uploads/Presentations_II_session/Perspektivy_lekarstvennogo_obespecheniya.pdf. 28 с.

9. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 28 марта 2012 г. № 04И-214/12 «О работе с обращениями граждан по вопросам оказания медицинской помощи». Электронный доступ: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70054686/>

10. Показатели планирования объемов медицинской помощи по программе государственных гарантий бесплатно-

го оказания гражданам РФ медицинской помощи и обоснование их целевых значений на среднесрочную перспективу / Улумбекова Г.Э. // Журнал «Экономика здравоохранения». 2012. № 1–2. С. 15–27.

11. Рынок лекарств: доступность, качество, особенности потребления. – Пресс-выпуск № 1616. Новости ВЦИОМ от 01.11.2010 г. Электронный доступ: <http://wciom.ru/index.php?id=195&uid=13965>.

12. Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года / Министерство здравоохранения Российской Федерации. М., 2013. утверждена Приказом Министерства здравоохранения РФ № 66 от 13 февраля 2012 г. Электронный доступ: http://www.rosminzdrav.ru/health/remedy/-158/Scanned_from_a_Xerox_multifunction_device001.pdf.

13. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

14. Эффективность программы антикризисных мер Правительства РФ в сфере оказания населению медицинской помощи и организации лекарственного обеспечения граждан / Аналитическая записка. Утверждена Коллегией Счетной палаты РФ (протокол от 30 апреля 2010 г. № 22К (724), п. 7).

15. Fijalka S., Fye D., Johnson P.E. Current issues in pharmaceutical reimbursement // *Am. J. Health Syst Pharm.* January, 2008. Vol. 65. S. 11–26.

16. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators.* OECD Publishing, 2011. 200 p.

17. Macarthur D. *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in the United Kingdom* // НЕРАС. 2000. № 1. P. 47–55.