

СРАВНЕНИЕ СИСТЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ЕВРОПЕ И США. УРОКИ ДЛЯ РОССИИ

Татевик Ваниковна АЙТАН

соискатель кафедры мировой экономики,
Московский государственный университет им М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация
aytyant@gmail.com
orcid.org/0000-0002-1410-9360
SPIN-код: 2599-9752

История статьи:

Получена 14.02.2018
Получена в доработанном виде 26.02.2018
Одобрена 05.03.2018
Доступна онлайн 13.04.2018

УДК 338.45.01

JEL: E62, E64, F20

Аннотация

Предмет. Системы лекарственного обеспечения в США и странах Европы.

Цели. Подтверждение следующей гипотезы: страны Европы обеспечивают более высокий уровень доступности лекарственного обеспечения и качества жизни для населения при сравнительно меньших расходах на фармацевтику по сравнению с США.

Методология. В рамках исследования были использованы системный анализ, общенаучные методы структурного и сравнительного анализа. Информационно-теоретической основой исследования послужили работы ведущих экспертов в областях государственного управления и здравоохранения, законодательные и нормативные документы, статистические материалы международных баз данных по отрасли за последние пять лет.

Результаты. Несмотря на текущее отставание от США в сфере инноваций, европейские страны успешно выполняют задачу контроля количества и качества расходов на лекарственные средства. Ключевыми преимуществами системы являются наличие институтов по оценке затратоэффективности препаратов, наличие национальных формулляров, контроль ценообразования, поддержка рынка дженериков одновременно со стимулированием радикальных и значимых инноваций на рынке.

Выводы. Европейская система мер государственного регулирования фармацевтической деятельности обеспечивает высокое качество лекарственных препаратов и оптимальный уровень государственных расходов. Основные принципы системы могут быть успешно реализованы в рамках российской системы страхования.

Ключевые слова:

фармацевтическая отрасль,
ценообразование,
здравоохранение, США,
Европа

© Издательский дом ФИНАНСЫ и КРЕДИТ, 2018

Для цитирования: Айтян Т.В. Сравнение систем лекарственного обеспечения в Европе и США. Уроки для России // Региональная экономика: теория и практика. – 2018. – Т. 16, № 4. – С. 624 – 639.

<https://doi.org/10.24891/te.16.4.624>

Как известно, в США большой процент расходов на услуги здравоохранения покрывается за счет частного страхования и прямых расходов пациентов. Если рассмотреть общий уровень затрат на здравоохранение на душу населения в различных странах, то можно отметить, что США являются бесспорным лидером по данному показателю. Между тем расходы государства составляют менее 50%, остальная часть финансируется преимущественно через частное страхование. Европейские страны, в

свою очередь, занимают вторую позицию после США и показывают превалирование доли государственных затрат. Россия находится многие годы в конце данного списка с отметкой в 1 351 долл. США на душу населения, что практически в 10 раз меньше уровня затрат в США (рис. 1).

Если рассмотреть данный показатель как процент от ВВП, то США демонстрируют уровень в 17,2%, Швейцария, Швеция, Германия и Франция идут следом с показателями в 11-12%, Великобритания –

9,7%, Италия – 8,9%, Испания – 9, Россия – 5,6%¹.

По показателю общих расходов на фармацевтическую отрасль на 2016 г. ключевые Европейские страны, такие как Германия, Великобритания, Испания, Италия, Франция, суммарно уступали США по объему затрат более чем в 3 раза. Они также демонстрировали более умеренные темпы роста на период 2011–2016 гг.

Затраты на фармацевтическую отрасль в России в абсолютном выражении в несколько раз ниже, чем в пяти указанных странах ЕС. Между тем, темпы роста сравнительно высоки, поскольку фармацевтический рынок в России является относительно молодым, и, соответственно, потребление многих категорий продукции только начало активно формироваться в 2000-е годы (*табл. 1*).

Похожая картина складывается также при сравнении показателя затрат в долл. США на душу населения: США занимают первое место с показателем в 1 162 долл. США на человека, второе место занимает лидер среди европейских стран, Швейцария (982 долл. США на человека), далее следуют Германия, Ирландия, Бельгия, Франция. В России данный показатель составляет лишь 80 долл. США на человека².

Целью данного исследования является подтверждение гипотезы, что европейские страны обеспечивают более высокий уровень доступности лекарственного обеспечения и качества жизни для населения при сравнительно меньших расходах на фармацевтику по сравнению с США. Среди европейских стран основной акцент сделан на анализе таких стран, как Великобритания, Германия, Франция.

В настоящей работе использовались труды ведущих отечественных и зарубежных экспертов в области здравоохранения и регулирования фармацевтической отрасли, а также первичные данные из иностранных

источников, статистические материалы национальных и международных баз данных по отрасли (IMS Health и DSM), отчеты и доклады Европейской комиссии, Всемирного Общества Здравоохранения (WHO), Европейской федерации фармацевтической промышленности и ассоциаций (EFPIA), Международной межгосударственной организации экономически развитых стран (OECD) и др.

Для сравнительной оценки систем лекарственного обеспечения использованы следующие показатели: общий уровень расходов на фармацевтическую отрасль (в абсолютном выражении, а также в долл. США на душу населения); доля государственных расходов на фармацевтику; средний уровень цен на инновационные препараты; доля пациентов, не имеющих возможности оплатить выписанные лекарства по причине стоимости; показатель средней продолжительности жизни и его эволюция за последние годы; уровень смертности от заболеваний. Таким образом, при сравнении различных систем оценивается не только уровень расходов на фармацевтику, но также параметры оценки доступности лекарственного обеспечения для населения и качество жизни.

Высокие показатели затрат США в фармацевтическую отрасль не свидетельствуют, однако, о широком доступе потребителей к лекарственной терапии в стране за счет государственной поддержки. В 2014 г. лишь 36% фармацевтической отрасли финансировалось из государственного бюджета, в то время как большинство европейских стран демонстрировали высокую долю государственных затрат (*рис. 2*).

Основной фокус правительства США направлен, в первую очередь, на выпуск инновационных препаратов и поддержку крупных фармацевтических производителей оригинальных препаратов. Так, по последним доступным данным, в США в 2014 г. объем частных инвестиций в НИОКР в данной отрасли составил 56,6 млрд долл. США, а государственных – более 33,5 млрд долл.

¹ Health at a Glance 2017, OECD Indicators.
URL: <http://www.oecd-ilibrary.org>

² Там же.

США. В то же время в Европе эта цифра была примерно вдвое меньше и составила 26,4 млрд долл. США и 11,4 млрд долл. США соответственно³.

Важно отметить, что ценовое регулирование рынка в США максимально сдерживается правительством благодаря двум факторам. Во-первых, плательщики в лице государственных и частных страховщиков имеют множество ограничений в праве ведения ценовых переговоров. Во-вторых, в рамках регистрации новых препаратов не проводится оценка затратоэффективности⁴. Это приводит к возможности получения сверхприбылей корпорациями, включая случаи незначительных улучшающих инноваций, когда бестселлеры с истекающим сроком патента обновляются за счет новых вторичных качеств, что дает возможность новой патентной защиты.

Европейские правительства, напротив, контролируют цены различными мерами. Например, в Великобритании многие годы функционирует государственная система, отказывающаяся платить за лекарства, не соответствующие порогу экономической эффективности. Далее остановимся подробнее на ключевых принципах данной системы.

Национальная система здравоохранения Великобритании (National Health Service, NHS) была сформирована еще в 1948 г., и ее основным принципом остается медицинская помощь всем законно проживающим жителям страны на бесплатной основе.

Источником финансирования является государственный бюджет. Роль частных страховых компаний незначительна.

Государство покрывает расходы на лекарства, прописанные врачом, но начиная с 50-х гг. были введены незначительные сооплаты. Данная мера была предпринята не столько для покрытия бюджетных расходов, сколько для

ограничения стремления британцев к неоправданному потреблению лекарств. И практика подтвердила, что вне зависимости от размера суммы потребление сокращалось⁵.

Из числа лекарств, получивших лицензию на территории Великобритании, часть попадает в черный список. В отношении этих лекарств запрещена выписка под государственное покрытие. Некоторые лекарства включаются в промежуточный список, что означает выписку в особых обстоятельствах или отдельной группе пациентов.

Ключевым преимуществом системы является наличие Национального института здоровья и клинического совершенства (NICE), ответственного за оценку затратной эффективности лекарств. От решения данного института зависит включение лицензируемых лекарств в тот или иной список, а также установление стоимости, по которой государство готово возмещать затраты на приобретение данных препаратов. Если компании не согласны с оценкой справедливой стоимости в рамках возмещения, то приобретение лекарств становится возможным только за наличные средства граждан.

На *рис. 3* изображена современная схема формирования негативного и позитивного перечней препаратов в Великобритании.

Также высокий интерес представляет схема составления перечней в Германии. В 2004 г. в Германии был создан Институт IQWiG, оценивающий каждый препарат по пяти основным параметрам: влияние на показатели смертности, влияние на параметры заболеваемости и симптоматику, общее влияние на качество жизни, тяжесть болезней, субъективное восприятие терапии пациентами. На *рис. 4* представлена схема оценки препаратов, используемая в Германии.

Также в Германии начиная с 2006 г. действуют соплатежи в размере 10% от стоимости препарата, если расходы

³ Там же.

⁴ Анализ затратоэффективности является методом фармакоэкономического исследования, подразумевающим сравнительную оценку результатов и затрат при различных вмешательствах (приеме разных препаратов, оказании медицинских услуг), эффективность которых не идентична.

⁵ Street A. Britain's National Health Service: One Model, Four Systems. *The Conversation*, 2017.

URL: <http://theconversation.com/britains-national-health-service-one-model-four-systems-81579>

составляют не менее 5 евро и не превышают отметку в 10 евро. Однако при превышении расходов на лекарства свыше 1% от общего дохода домохозяйства для пациентов с хроническими формами заболеваний и 2% для пациентов без хронических форм заболеваний пациенты освобождаются от сооплат.

Начиная с 2011 г. агентство по оценке технологий анализирует новые препараты также на предмет дополнительной терапевтической эффективности. Если эффективность терапии подтверждается, то начинается процесс переговоров по стоимости с производителями [1–5].

Таким образом, в отличие от американской или российской системы, где государством проводится лишь оценка эффективности, в Германии в расчет берется также множество иных качественных параметров, позволяющих оценить вклад каждого нового лекарства в сравнении с используемыми препаратами. Данная система исключает возможность попадания в список, предполагающий возмещение приобретения аналогичных по эффективности и безопасности препаратов по различным ценам.

В отличие от Великобритании, Германии и большинства других европейских стран, в США компании имеют право устанавливать любую официальную цену, и даже с учетом предоставляемых скидок для плательщиков стоимость для частного страхования и розничной продажи сильно завышена.

В 2016 г. было проведено исследование, где сравнивались цены на 30 инновационных лекарственных препаратов на момент регистрации. В США средняя стоимость оказалась на 67% выше, чем на рынках ЕС (рис. 5). Учитывая тот факт, что в европейских странах существует система референтного ценообразования, можно сразу предположить, что стоимость тех же препаратов в других странах, таких как Греция, Португалия, Латвия и т.п., находится ориентировочно на том же уровне. Россия также пользуется схемой референтного ценообразования для препаратов, стоимость которых возмещается государством, что позволяет удерживать

среднюю цену на препараты на уровне ключевых европейских стран.

По этой причине большинство новых мировых блокбастеров регистрируются впервые именно в США, но одновременно с этим основные затраты на терапию ложатся на американских потребителей. В 2015 г. 64% расходов на лекарственные препараты в США финансировалось напрямую потребителями или за счет частного страхования. Практически все страны Европы обеспечивают значительно более высокий уровень покрытия расходов: в Германии и Люксембурге не менее 80% расходов на фармацевтику берет на себя государство (рис. 6).

Последние данные показывают, что в России более 68% рынка лекарственных препаратов в денежном выражении не покрываются государственной поддержкой. В натуральном выражении данный показатель превышает 90%, что подтверждает низкий уровень доступа широких слоев населения к льготному лекарственному обеспечению.

Многие пациенты в США не имеют возможности оплатить все назначенные медицинские услуги или дорогостоящие лекарства. Запущенная в период президентства Б. Обамы программа Medicare должна была снять высокое бремя затрат с населения с низкими доходами, но программа не показала значимых результатов, поскольку сооплаты (вклад пациента в покупку лекарства) со стороны пациентов оставались по-прежнему высокими. Согласно исследованию, проведенному Фондом Содружества в 2016 г., около 18% респондентов утверждают, что не имеют возможности оплатить ранее выписанные лекарства. В то же время в таких странах, как Великобритания, Германия, Норвегия, Франция, Испания данный показатель был в несколько раз ниже (рис. 7)⁶.

Для сравнения систем лекарственного обеспечения в различных странах не менее важным является исследование таких

⁶The Commonwealth Fund.
URL: <http://www.commonwealthfund.org>

качественных параметров, как средняя продолжительность жизни и уровень смертности [6–11].

Средняя продолжительность жизни в США уступает уровню большинства европейских стран. Более того, прогресс данного показателя с 1970 г. менее выражен по сравнению с Италией, Испанией, Люксембургом и др. Россия и вовсе находится в конце списка с отметкой в 71 год и показывает крайне низкий уровень эволюции средней продолжительности жизни за 45 лет (рис. 8).

Уровень смертности в США также незначительно выше, чем в ведущих европейских странах.

Между тем, особое внимание необходимо уделить показателю смертности в России, превышающему уровень большинства стран практически в два раза. Основной причиной настолько значительного опережения являются проблемы с системой кровообращения (преимущественно сердечно-сосудистые проблемы), несмотря на то что данные заболевания относятся к трем ключевым направлениям финансирования лекарственного обеспечения уже многие годы (рис. 9).

Данное исследование продемонстрировало, что по всем ключевым показателям доступности лекарственного обеспечения, а также по уровню качества жизни населения ведущие европейские страны показывают более позитивные результаты в сравнении с США. Это становится возможным благодаря существующей системе льготного лекарственного обеспечения, позволяющей покрыть потребности большей части населения и сдерживать завышенную стоимость на препараты, эффективность которых не преобладает над таковой для доступных лекарств. Схема многоэтапной оценки затратоэффективности препаратов позволяет странам включать в систему государственного возмещения оптимальную терапию для каждой терапевтической области и заболевания. Более того, европейским

странам удается эффективно контролировать также количество расходов на фармацевтику.

Таким образом, несмотря на более низкий уровень затрат государства на фармацевтическую отрасль, европейским странам удается эффективно выполнять задачу контроля количества и качества расходов на лекарственные средства, что обеспечивает доступность качественной лекарственной терапии для всего населения. При этом сохраняются достаточные стимулы для ведения бизнеса фармацевтическими компаниями. Странам Европы удалось обеспечить гармоничный баланс между интересами группы производителей и группы потребителей, что в конечном счете приводит к достижению ключевой цели поддержки фармацевтической отрасли – улучшению здоровья и качества жизни населения.

Многие страны ведут активную работу по оптимизации мер государственного регулирования ведущих отраслей экономики, и фармацевтическая отрасль на данный момент становится одной из ключевых. Фокус на вопросах поддержки внутреннего производства и эффективного лекарственного обеспечения особенно актуален для российского рынка, где проблема неэффективного лекарственного обеспечения является одной из первостепенных. Как показывает опыт ведущих европейских стран и США, разрешением данной проблемы является не только повышение уровня финансирования фармацевтики, но также построение многоуровневой системы оценки лекарств и справедливой системы возмещения расходов.

По мнению автора, оптимальным подходом к формированию рекомендаций для реформирования системы государственного регулирования, в том числе российской, является детальное изучение опыта других стран совместно с готовностью к адаптации выбранной системы к актуальным социально-экономическим условиям. Проведенный сравнительный анализ европейской и американской систем позволяет

сформулировать полезные рекомендации для развития государственного регулирования фармацевтической отрасли в России с учетом ранее поставленных долгосрочных целей правительства. Наиболее важными направлениями усиления существующей системы лекарственного обеспечения являются:

- создание единого государственного органа по пост-маркетинговой оценке лекарственных препаратов для создания национальных формularyов;
- введение новых формуларов, построенных по принципу оценки затратоэффективности как основного инструмента, используемого специалистами в области здравоохранения, в целях назначения наиболее качественных и одновременно оправданных по цене препаратов; данная мера будет также способствовать более эффективному расходованию средств в рамках государственных закупок;
- детальная оценка ключевых потребностей различных категорий населения в лекарственном обеспечении, уровня их дохода и расходов на лекарства для последующего формирования критериев страхового лекарственного обеспечения и введения справедливых условий введения сооплаты для пациентов;
- внедрение сооплаты для населения, системы страхового лекарственного обеспечения на основе заранее созданных формуларов, создание организаций по оценке затратоэффективности и стоимости препаратов, разработка справедливых критериев включения препаратов в тот или иной список.

Таблица 1

Затраты на фармацевтическую отрасль по ключевым регионам и странам

Table 1
Costs for the pharmaceutical industry in key regions and countries

Страны и регионы	2016 (млрд долл. США)	2011–2016 CAGR, %	2021 (млрд долл. США)	2016–2021 CAGR, %
США	461,7	6,9	645–675	6–9
ЕС5	151,8	3,9	170–200	1–4
Германия	43,1	4,4	49–59	2–5
Франция	32,1	0,7	33–37	(-1)–2
Италия	28,8	5,2	34–38	1–4
Великобритания	27	6,7	34–38	4–7
Испания	20,7	3,2	23–27	1–4
Россия	11,6	10,5	14–18	5–8

Источник: Global Outlook for Medicines Through 2021. New Jersey, Report by the IMS Institute for Healthcare Informatics, 2016, 58 p.

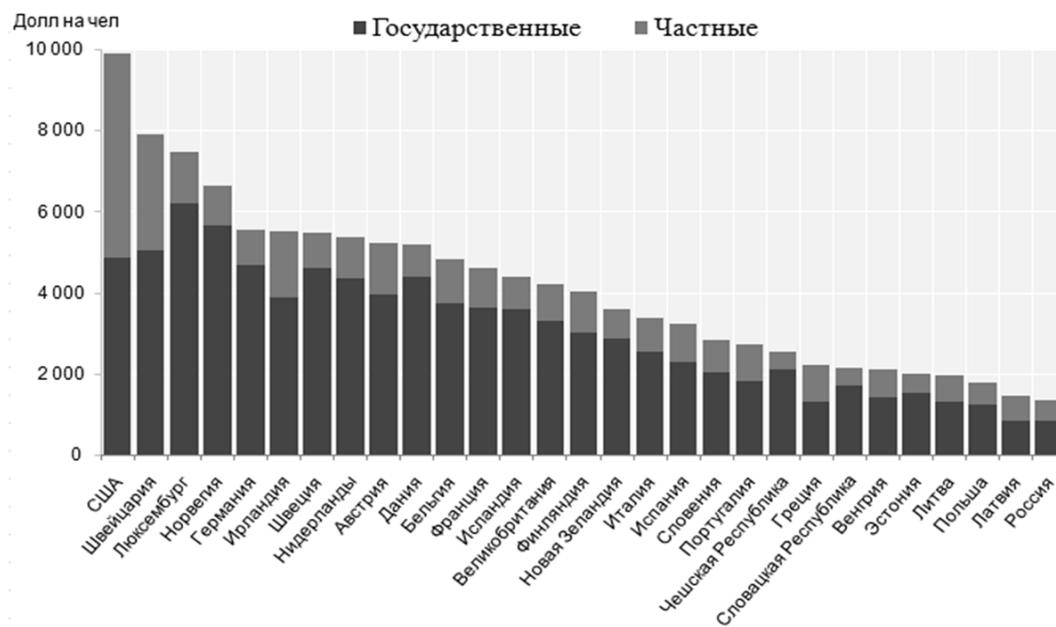
Source: Global Outlook for Medicines Through 2021. New Jersey, Report by the IMS Institute for Healthcare Informatics, 2016, 58 p.

Рисунок 1

Общие затраты на здравоохранение, 2016 г. (в долл. США на душу населения)

Figure 1

Overall expenditure in healthcare, 2016, USD per capita



Источник: Health at a Glance 2017, OECD Indicators. URL: <http://www.oecd-ilibrary.org>

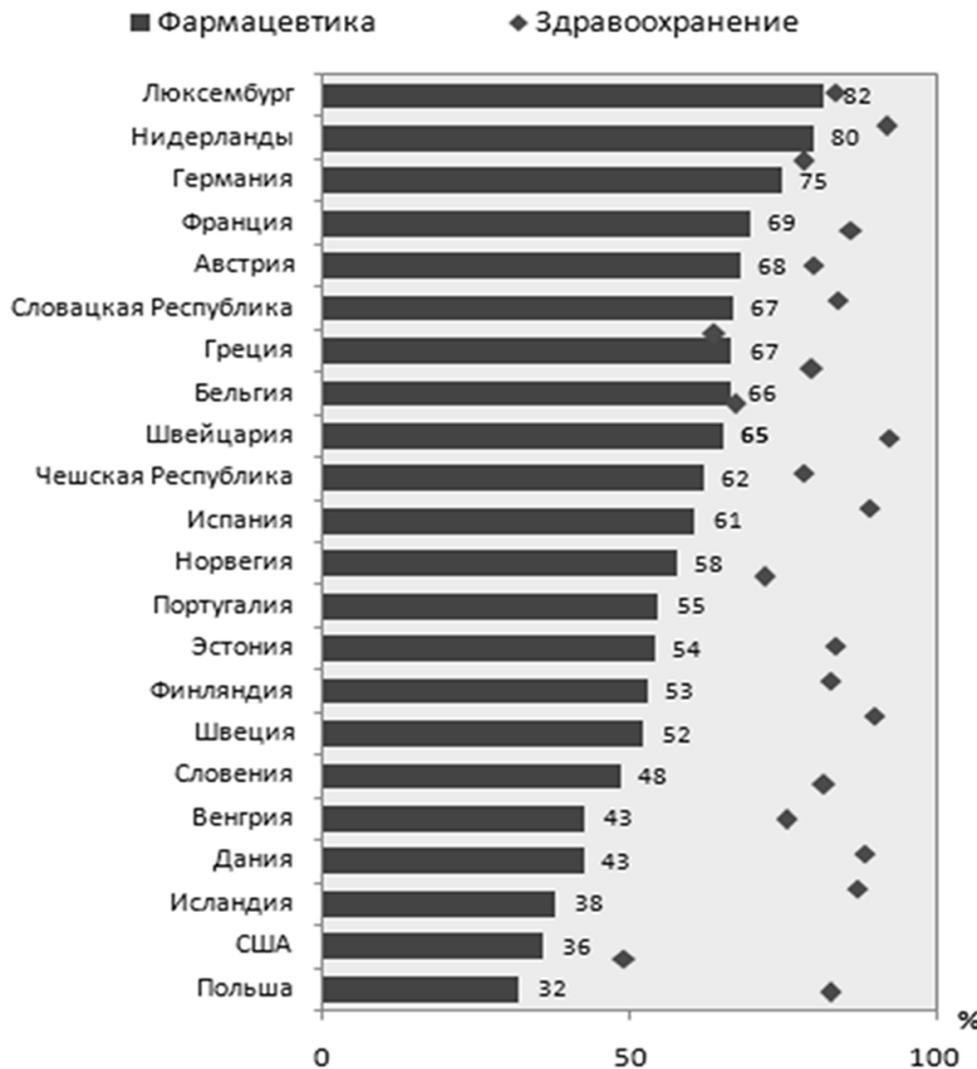
Source: Health at a Glance 2017, OECD Indicators. URL: <http://www.oecd-ilibrary.org>

Рисунок 2

Доля государственных затрат на услуги здравоохранения и фармацевтику, 2014 г., %

Figure 2

The percentage of public expenditures in healthcare and pharmaceuticals, 2014



Источник: составлено автором по данным OECD Health Statistics 2015, WHO Global Health Expenditure Database.
URL: <http://www.oecd-ilibrary.org>

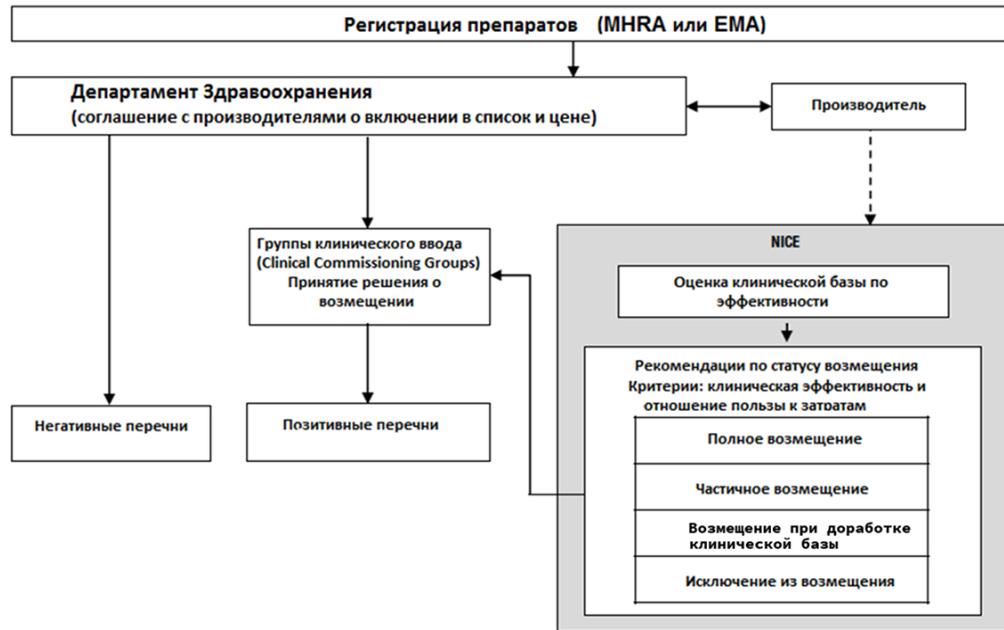
Source: Authoring, based on the OECD Health Statistics 2015, WHO Global Health Expenditure Database.
URL: <http://www.oecd-ilibrary.org>

Рисунок 3

Составление негативных и позитивных перечней в Великобритании для системы возмещения

Figure 3

Formation of negative and positive lists in the UK for a reimbursement system



Источник: авторская разработка

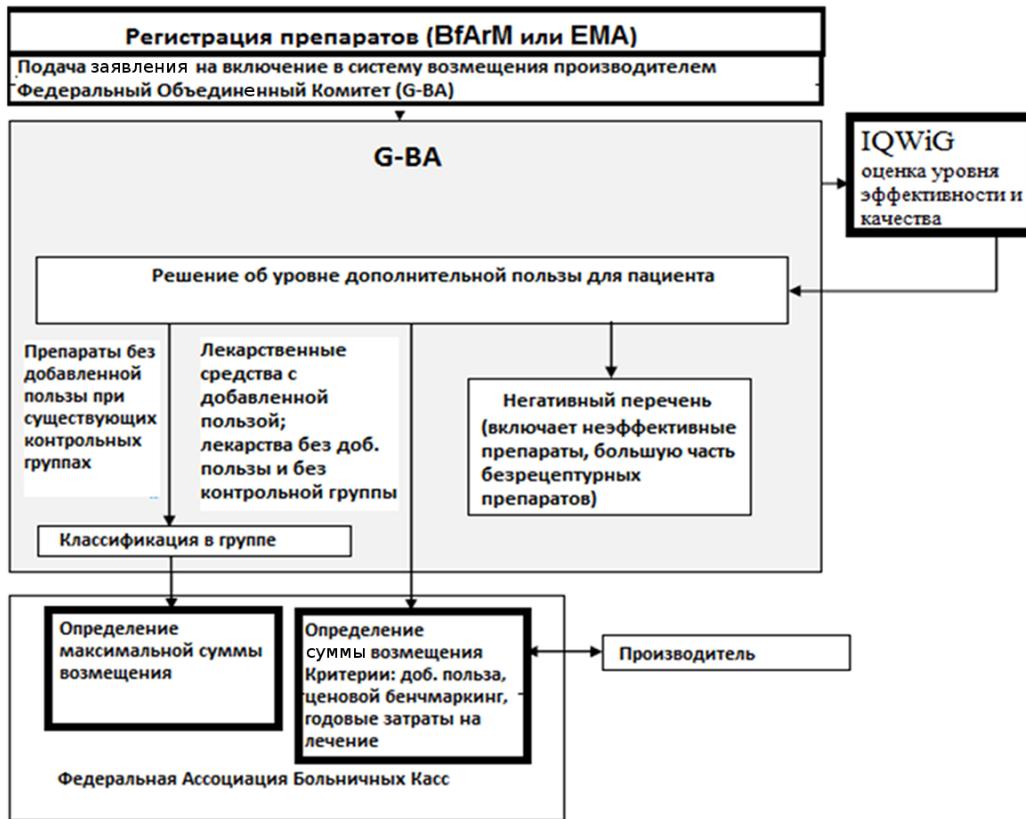
Source: Authoring

Рисунок 4

Схема составления негативных и позитивных перечней в Германии для системы возмещения

Figure 4

Formation of negative and positive lists in Germany for the reimbursement system



Источник: авторская разработка

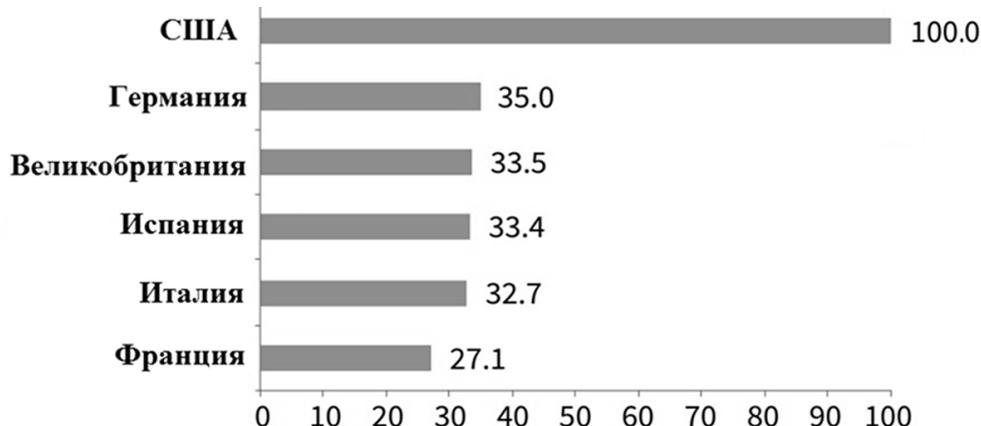
Source: Authoring

Рисунок 5

Средняя стоимость 30 инновационных препаратов в странах ЕС и США на момент регистрации, 2016 г.

Figure 5

The average cost of 30 innovative drugs in the EU and US at the time of registration, 2016



Источник: Reinaud F., Ando G., Lockwood C. Pharmaceutical Prices in the United States versus Europe: How Do Different Types of US Prices Compare? URL: https://www.ispor.org/research_pdfs/55/pdffiles/PHP18.pdf

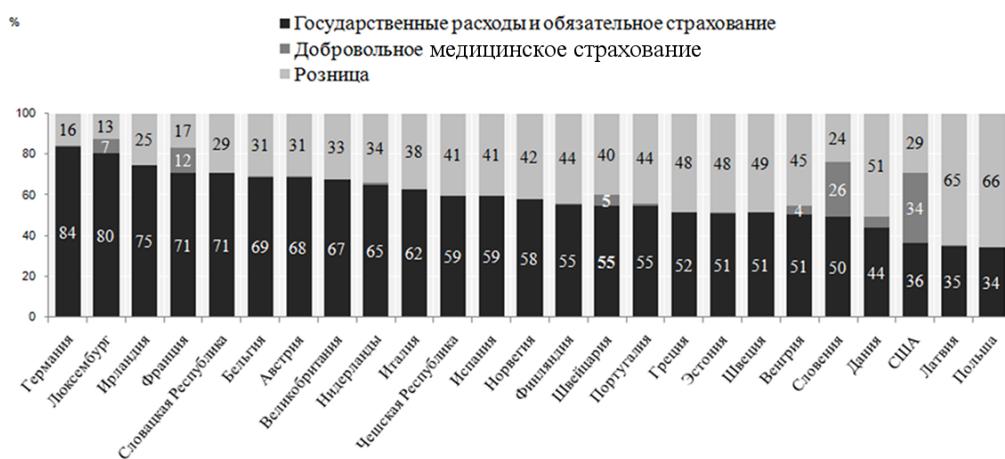
Source: Reinaud F., Ando G., Lockwood C. Pharmaceutical Prices in the United States versus Europe: How Do Different Types of US Prices Compare? URL: https://www.ispor.org/research_pdfs/55/pdffiles/PHP18.pdf

Рисунок 6

Расходы на розничные лекарственные препараты по источнику финансирования, 2015 г.

Figure 6

The expenditure on retail pharmaceutical drugs by source of financing, 2015



Источник: OECD Health Statistics 2017. URL: <http://www.oecd-ilibrary.org>

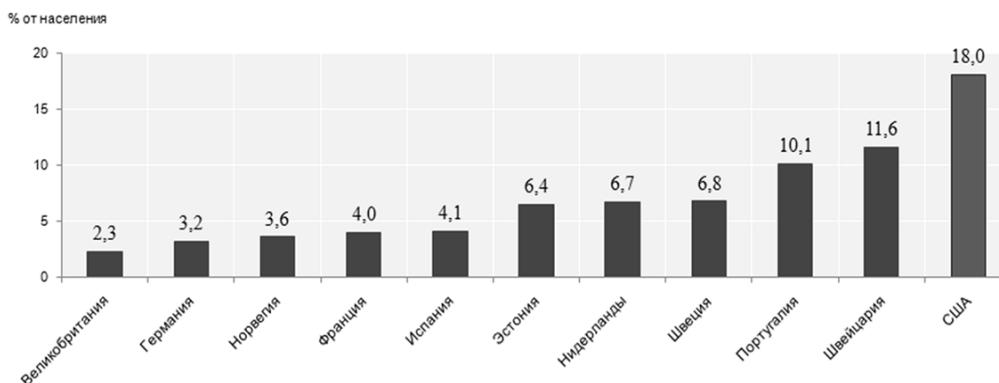
Source: OECD Health Statistics 2017. URL: <http://www.oecd-ilibrary.org>

Рисунок 7

Процент населения, отказавшегося от выписанного лекарства по причине стоимости, 2016 г.

Figure 7

Percentage of the population who refused the prescribed drug treatment because of the drug cost, 2016



Источник: The Commonwealth Fund. URL: <http://www.commonwealthfund.org>

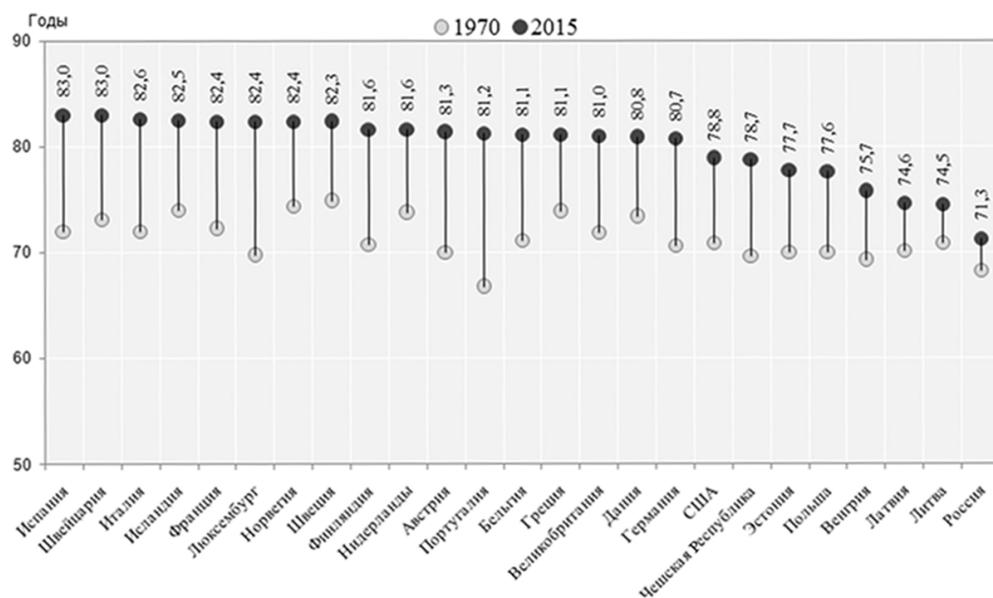
Source: The Commonwealth Fund. URL: <http://www.commonwealthfund.org>

Рисунок 8

Средняя продолжительность жизни в 1970 и 2015 гг.

Figure 8

Life expectancy in 1970 and 2015



Источник: составлено автором на основе данных OECD Health Statistics 2017. URL: <http://www.oecd-ilibrary.org>

Source: Authoring, based on the OECD Health Statistics 2017 data. URL: <http://www.oecd-ilibrary.org>

Список литературы

1. *Bellanger M.-M., Mossé P.* Santé, Grandes tendances. *L'état de la France*, La Découverte, 2011, pp. 69–75. URL: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00778561>
2. *DiMasi J.A., Grabowski H.G., Hansen R.W.* Innovation in the Pharmaceutical Industry: New Estimates of R&D Costs. *Journal of Health Economics*, 2016, vol. 47, pp. 20–33. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.01.012>
3. *Duguet E.* The Effect of the Incremental R&D Tax Credit on the Private Funding of R&D: An Econometric Evaluation of French Firm Level Data. *Revue d'économie politique*, 2012, vol. 122, iss. 3, pp. 405–435. URL: <https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2012-3-page-405.htm>
4. *Ferrario A., Kanavos P.* Dealing with Uncertainty and High Prices of New Medicines: A Comparative Analysis of the Use of Managed Entry Agreements in Belgium, England, the Netherlands and Sweden. *Social Science & Medicine*, 2015, vol. 124, pp. 39–47. URL: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.003>
5. *Godman B., Shrank W., Andersen M. et al.* Policies to Enhance Prescribing Efficiency in Europe: Findings and Future Implications. *Frontiers in Pharmacology*, 2011, 7 January. URL: <https://doi.org/10.3389/fphar.2010.00141>
6. *Eichler H.-G., Baird L.G., Barker R. et al.* From Adaptive Licensing to Adaptive Pathways: Delivering a Flexible Life-Span Approach to Bring New Drugs to Patients. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 2015, vol. 97, no. 3, pp. 234–246. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpt.59/full>
7. *Kroneman M., de Jong Ju.D.* The Basic Benefit Package: Composition and Exceptions to the Rules. A Case Study. *Health Policy*, 2015, vol. 119, iss. 3, pp. 245–251. URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.01.013>
8. *Mackenbach J.P., Kulhánová I., Bopp M. et al.* Variations in the Relation between Education and Cause-Specific Mortality in 19 European Populations: A Test of the “Fundamental Causes” Theory of Social Inequalities in Health. *Social Science & Medicine*, 2015, vol. 127, pp. 51–62. URL: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.021>
9. *Martins S.F., Foppe van Mil J.W., da Costa F.A.* The Organizational Framework of Community Pharmacies in Europe. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 2015, vol. 37, iss. 5, pp. 896–905. URL: <https://doi.org/10.1007/s11096-015-0140-1>
10. *Nicod E., Kanavos P.* Commonalities and Differences in HTA Outcomes: A Comparative Analysis of Five Countries and Implications for Coverage Decisions. *Health Policy*, 2012, vol. 108, iss. 2–3, pp. 167–177. URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.09.012>
11. *Ognyanova D., Zentner A., Busse R.* Pharmaceutical Reform 2010 in Germany: Striking a Balance between Innovation and Affordability. *Eurohealth*, 2011, vol. 17, no. 1, pp. 11–13. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/147104/Eurohealth_Vol-17_No-1_web.pdf

Информация о конфликте интересов

Я, автор данной статьи, со всей ответственностью заявляю о частичном и полном отсутствии фактического или потенциального конфликта интересов с какой бы то ни было третьей стороной, который может возникнуть вследствие публикации данной статьи. Настоящее заявление относится к проведению научной работы, сбору и обработке данных, написанию и подготовке статьи, принятию решения о публикации рукописи.

COMPARING THE DRUG PROVISION SYSTEMS IN EUROPE AND THE USA. VALUABLE LESSONS FOR RUSSIA

Tatevik V. AITYAN

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation
aytyant@gmail.com
orcid.org/0000-0002-1410-9360

Article history:

Received 14 February 2018

Received in revised form

26 February 2018

Accepted 5 March 2018

Available online

13 April 2018

JEL classification: E62, E64,
F20

Keywords: pharmaceutical
industry, pricing, public health
costs, USA, Europe

Abstract

Importance This article explores the public drug supply systems in the USA and European countries.

Objectives The article aims to confirm the hypothesis that the countries of Europe provide a higher level of availability of medicines and quality of life for the population at relatively lower expenditures on pharmaceuticals compared to the United States.

Methods For the research, I used the methods of systems, structural, and comparative analyses. The works of leading experts in the fields of public administration and health, legislative and regulatory documents, statistical data from international databases on the industry for the last five years are the information and theoretical basis of the research.

Results Despite the current lag behind the U.S. in the field of innovation and R&D expenditures, European countries manage to effectively perform the task of controlling the quantity and quality of public spending on medicines. The key advantages of the system are the availability of institutions evaluating the drug cost effectiveness, the availability of national formularies, control of pricing at the stage of post-marketing registration, support of the market of authorized generic drugs stimulating drastic and significant innovations in the market.

Conclusions The European system of State regulation of pharmaceutical industry provides a high quality of medicines and optimum level of public expenditures. The basic principles of the system can be successfully implemented within the Russian insurance system.

© Publishing house FINANCE and CREDIT, 2018

Please cite this article as: Aityan T.V. Comparing the Drug Provision Systems in Europe and the USA. Valuable Lessons for Russia. *Regional Economics: Theory and Practice*, 2018, vol. 16, iss. 4, pp. 624–639.

<https://doi.org/10.24891/re.16.4.624>

References

1. Bellanger M.-M., Mossé P. Santé, Grandes tendances. *L'état de la France*, La Découverte, 2011, pp. 69–75. URL: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00778561>
2. DiMasi J.A., Grabowski H.G., Hansen R.W. Innovation in the Pharmaceutical Industry: New Estimates of R&D Costs. *Journal of Health Economics*, 2016, vol. 47, pp. 20–33. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.01.012>
3. Duguet E. The Effect of the Incremental R&D Tax Credit on the Private Funding of R&D: An Econometric Evaluation of French Firm Level Data. *Revue d'économie politique*, 2012, vol. 122, iss. 3, pp. 405–435. URL: <https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2012-3-page-405.htm>
4. Ferrario A., Kanavos P. Dealing with Uncertainty and High Prices of New Medicines: A Comparative Analysis of the Use of Managed Entry Agreements in Belgium, England, the Netherlands and Sweden. *Social Science & Medicine*, 2015, vol. 124, pp. 39–47. URL: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.003>

5. Godman B., Shrake W., Andersen M. et al. Policies to Enhance Prescribing Efficiency in Europe: Findings and Future Implications. *Frontiers in Pharmacology*, 2011, 7 January.
URL: <https://doi.org/10.3389/fphar.2010.00141>
6. Eichler H.-G., Baird L.G., Barker R. et al. From Adaptive Licensing to Adaptive Pathways: Delivering a Flexible Life-Span Approach to Bring New Drugs to Patients. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 2015, vol. 97, no. 3, pp. 234–246.
URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpt.59/full>
7. Kroneman M., de Jong Ju.D. The Basic Benefit Package: Composition and Exceptions to the Rules. A Case Study. *Health Policy*, 2015, vol. 119, iss. 3, pp. 245–251.
URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.01.013>
8. Mackenbach J.P., Kulhánová I., Bopp M. et al. Variations in the Relation between Education and Cause-Specific Mortality in 19 European Populations: A Test of the “Fundamental Causes” Theory of Social Inequalities in Health. *Social Science & Medicine*, 2015, vol. 127, pp. 51–62.
URL: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.021>
9. Martins S.F., Foppe van Mil J.W., da Costa F.A. The Organizational Framework of Community Pharmacies in Europe. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 2015, vol. 37, iss. 5, pp. 896–905. URL: <https://doi.org/10.1007/s11096-015-0140-1>
10. Nicod E., Kanavos P. Commonalities and Differences in HTA Outcomes: A Comparative Analysis of Five Countries and Implications for Coverage Decisions. *Health Policy*, 2012, vol. 108, iss. 2-3, pp. 167–177. URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.09.012>
11. Ognyanova D., Zentner A., Busse R. Pharmaceutical Reform 2010 in Germany: Striking a Balance between Innovation and Affordability. *Eurohealth*, 2011, vol. 17, no. 1, pp. 11–13. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/147104/Eurohealth_Vol-17_No-1_web.pdf

Conflict-of-interest notification

I, the author of this article, bindingly and explicitly declare of the partial and total lack of actual or potential conflict of interest with any other third party whatsoever, which may arise as a result of the publication of this article. This statement relates to the study, data collection and interpretation, writing and preparation of the article, and the decision to submit the manuscript for publication.