

Сулайманов М.К., Абдукахарова Э.Д., Тыналиев А.К.

**ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ:  
ПРОБЛЕМЫ РАЗМЕЩЕНИЯ АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

M.K. Sulaimanov, E.D. Abdukabarova, A.K. Tynatiev

**DRUG PROVISION OF POPULATION KYRGYZ REPUBLIC: PROBLEMS OF  
PLACEMENT PHARMACEUTICAL INSTITUTIONS**

УДК: 616.085.615 (575.2)/19

*Имеющее место неравенство в оказании лекарственной помощи между жителями сельского и городского населения Республики, требует принятие норм территориальной систематизированности аптечного сектора страны. В основу дальнейшего развития фармацевтического рынка должны быть заложены государственные интересы, направленные на улучшение лекарственного обеспечения населения страны.*

*The present inequality in rendering of the medicinal help between rural and urban population of the Republic is demanding acceptance of norms of territorial systematization of chemist's sector of the country. State interests directed on improvement of medicinal maintenance of the population of the country should be pledged in the basis of the further development of the pharmaceutical market.*

Пропорциональность и характер формирования аптечного сектора нашей страны, к сожалению, далеки от общепринятых базовых принципов построения фармацевтической помощи. Принятый с очевидным опозданием, после разгосударствления фармацевтических объектов, в 1997 году и обновленный 2003 году, Закон Кыргызской Республики "О лекарственных средствах", регламентирующий правовую основу деятельности субъектов обращения лекарственных средств отчасти выполнил свою историческую миссию, и нуждается в дифференцированной оценке и в детальном обновлении. В особенности III, V и IX главы требуют конструктивной доработки и дополнения. К тому же, для более полноценной реализации принятых программ предоставления фармацевтической помощи требуется и адекватная система управления. Окончательно нерешенными остаются проблемы обеспечения доступности лекарственных средств жителям сельской местности и уязвимым категориям населения. Более того, сам процесс и сфера лекарственного обращения оказалась в глубокой зависимости от коммерческих выгод негосударственных структур аптечного бизнеса.

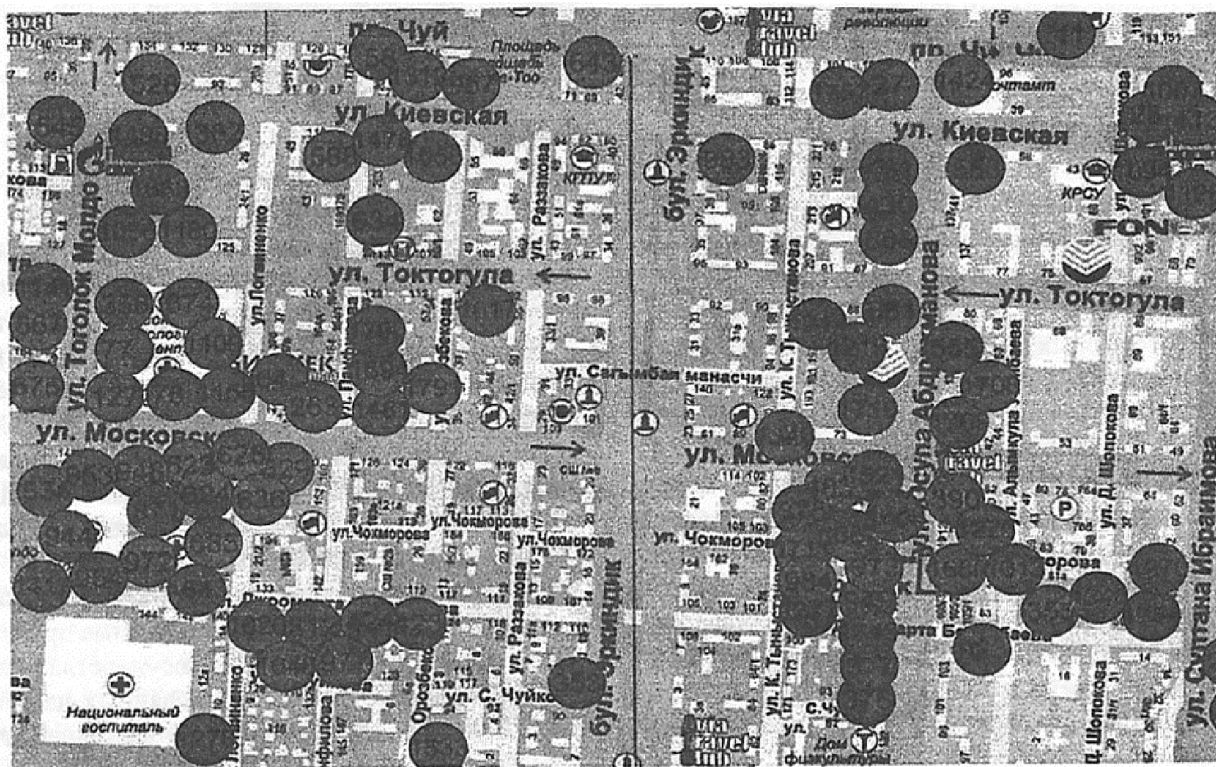
Согласно данным ДЛЮиМТ в настоящее время по Республике функционируют 2815 фармацевтических учреждений. Из них 2384 - объекты розничной продажи, а остальные 431 производственные организации, оптовые склады, магазины очковой оптики и изделий медицинского назначения. Следовательно, при количестве населения страны 5 млн. 468 т. граждан, на одно аптечное учреждение приходится 2293 жителей. В сравнительном аспекте с другими развитыми странами, можно сказать, что это очень даже неплохо. Например, обеспеченность аптеками в Да-

нии - одна на 20 тыс. жителей. Количество и плотность их расположения жестко регламентированы Министерством здравоохранения этой страны. В США на одну аптеку приходится 5100 человек, в Германии - 3800, во Франции - 2600, в Великобритании - 4700, в Италии - 3600, в России - 7600 (Мунблит В.Я. 2005). Другой вопрос - равномерность распределения этих аптечных учреждений относительно плотности проживания граждан и соответственно степень обеспеченности населения фармацевтической помощью. Оценивая и сопоставляя, приходится признать, что удельный вес аптечных учреждений - в особенности обеспечивающих жителей сел, сегодня не пропорционально ниже аптечных учреждений городов нашей страны.

Кыргызстан аграрная страна с переходной экономикой, где количество городского населения не превышает и 35%, но при этом львиная доля работающих аптечных учреждений расположены именно в столице, и в городах Республики. Так, только в городе Бишкек в настоящее время функционируют 877 фармацевтических объектов, а в сельских местностях страны в совокупности зарегистрировано всего 948 аптечных учреждений. Из них 353 аптек, 430 аптечных пунктов и 165 аптечных киосков. А в 234 населенных пунктах Кыргызстана, в основном это отдаленные села, не имеются аптечные учреждения вообще. Собственных нормативов регулирующих численность аптек на численность населения или на единицу площади в нашей стране не разработаны. Право расположения своей аптеки на том или ином месте имеет любой. То есть в случае, если аптечное учреждение отвечает обязательным требованиям, она может находиться в любом месте, и даже по соседству с другой аптекой. Учитывая то обстоятельство, что в аптечном бизнесе вообще очень многое зависит от месторасположения объекта, то становится понятно, почему где-то аптек очень много, а где-то мало и где-то нет. Поэтому, практическое значение территориальной систематизированности аптечного сектора страны применительно к существующему состоянию было бы трудно переоценить. Возможное решение этой задачи, видимо, заложено в механизме сдержек и противовесов. Пока очевидно одно, для этого государству не надо тратить и без того ограниченные финансовые средства. Достаточно ясные законодательные нормы и ограничения, и соответствующий строгий контроль со стороны исполнительных органов. Примеров решения аналогичных задач в мире

предостаточно и некоторые из них заслуживают особого внимания. Например, одна из стран Магриба, Африканский Тунис. Практически имеет одинаковую территорию с нашей страной, население около 10 млн., нефти мало и финансовые возможности страны строго ограничены. Основу экономики составляет сельскохозяйственное производство. В Тунисе аптеки расположены завидной регулярностью (порядка 500 метров), а вот двух рядом не найти. Как и

у нас в стране, там тоже все аптеки частные, но государство строго следит за тем, чтобы у всех были одинаковые условия для ведения бизнеса и не допускает неравной конкуренции (Труханова Н. 2006). При изучении дислокации аптечных учреждений в некоторых центральных улицах Бишкека, выявлено, что среднее расстояние между аптечными учреждениями местами составляют десятки метров, порой и того меньше.

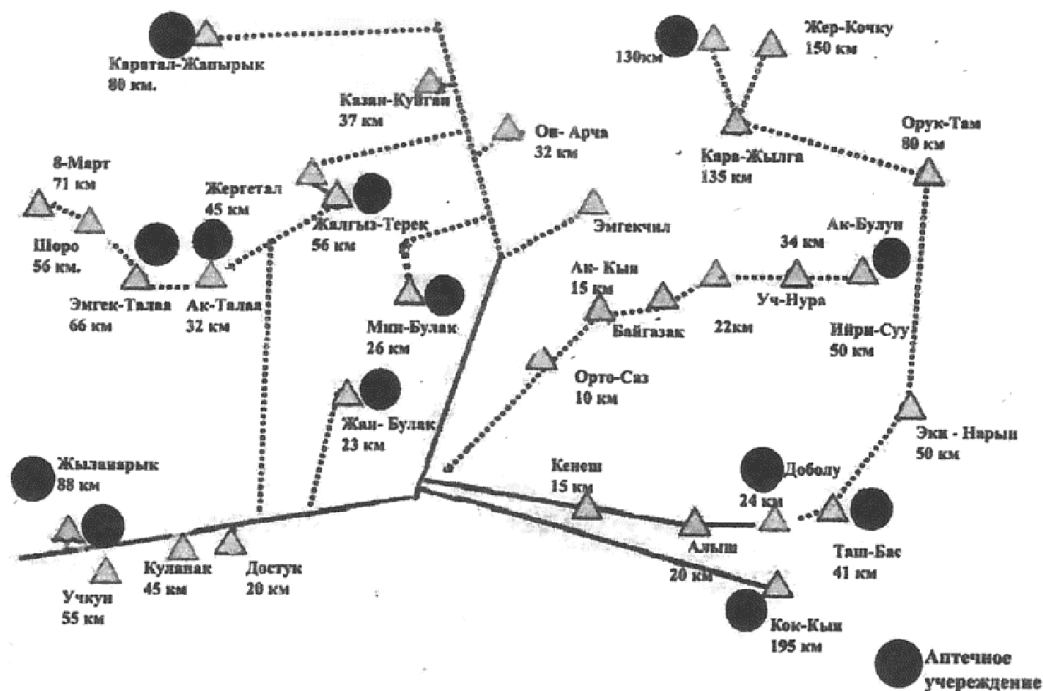


К тому же следует отметить, что при такой скученности доля аптек отвечающих типовым образцам и нормативным требованиям функционирования остаются минимальными. Поэтому аптечная гигиена этих, в основном приспособленных помещений требует дополнительного регулирования вопросов гарантированного хранения лекарственных препаратов. Не говоря уже об обязательной необходимости соответствующей организации условий труда фармацевтических работников занятых на данных объектах. К сожалению, диспропорция лекарственного обеспечения между сельскими и городскими жителями в связи с известными причинами, имеет тенденцию к нарастанию. Низкий покупательский уровень сельского населения, сложные климатические условия, горный ландшафт с далеко разбросанными населенными пунктами и в итоге, практически нулевая экономическая выгода, безоговорочно демотивируют представителей аптечного бизнеса. На данный момент без соответствующей корреляции и протекции со стороны государства, побудительных толчков для развития аптечного сектора сел нет, и пока не предвидится. В этой связи нами были изучены размещения розничной аптечной сети в населенных пунк-

тах отдаленных регионов страны. На примере одного из горных районов Нарынской области, на карте видно, что примерное расстояние разрыва до ближайшего села, имеющего аптечный пункт, составляет порядка 50 км грунтовой горной дороги. Следовательно, пока не приходится говорить о полноценном решении вопросов физической доступности лекарственного обеспечения.

К тому же ассортимент аптечного пункта сел и наличие необходимого лекарственного средства гарантированного качества оставляет желать лучшего.

В 2010 году из населенных пунктов Республики, не имеющих аптечных учреждений и фармацевтов, всего переобучено 18 медицинских работников на право реализации лекарственных средств и изделий медицинского назначения, что естественно не является полноценным решением обозначенной проблемы. Поэтому необходимость целевой программы поддержки жителей сел в получении фармацевтической помощи более чем очевидно. В настоящее время при разработке регуляторных механизмов устранения существующего дисбаланса необходимо рассмотреть вопросы кадрового обеспечения. Например, со стороны государства - адресное и договорное



предоставление выходцам сел возможность получения фармацевтического образования с последующей отработкой на местах. А фармацевтические компании, товароборот которых, например, превышает 10 млн. сомов в год нужно законодательно обязать открытию аптечных учреждений в отдаленных уголках страны по предложению министерства здравоохранения. Все эти вопросы отражающие действительное положение дел аптечного сектора в стране требуют дальнейший поиск путей гармонизации предоставления фармацевтической помощи. В других странах для решения данной проблемы используют следующие подходы: в Дании проблема лекарственного обеспечения сельских районов решается с помощью аптек-сателлитов (филиалов) и аптечных киосков в магазинах (они разрешены только в сельской местности). Существуют также аптекарские магазины, торгующие безрецептурными средствами, а также принимающие рецепты и заказывающие по ним лекарства в аптеках. Прибыли аптек частично регулируются законодательством. Те из них, что расположены в малонаселенных пунктах, получают помощь государства в виде дотаций и прогрессивного налогообложения. В Словении врачи общей практики имеют права распределять лекарства на удаленных территориях, расположенных более чем в 10 км от ближайшей аптеки. Лекарственные запасы врачей приходится поддерживать местной аптеке. В Финляндии в регионах с низкой плотностью населения некоторые наиболее распространенные лекарственные средства доступны в почтовых офисах и продуктовых магазинах (Бродский М., 2011). В США власти в решение данной проблемы не вмешиваются. В ряде стран аптекам в удаленных регионах оказывается государственная поддержка в виде низкой ренты, субсидий, выделяемых мелким аптекам. В Австралии, например, государственная поддержка сельских аптек осуществляется следующим образом: выделяется 100.000 А\$ для открытия аптек в удален-

ных территориях, 60.000 А\$ для покупки аптек, находящихся в стадии разорения/закрытия. Функционирует срочная служба по замене при необходимости в течение 24 часов фармацевта в аптеке, оказывается финансовая помощь фармацевтам для посещения образовательных курсов, тренингов, программ и т.д. Существует программа поддержки жителей сельских местностей, стремящихся получить фармацевтическое образование и студентов, желающих работать в сельских аптеках. Власти способствуют размещению школ для проведения фармацевтических тренингов в сельской местности (Ягудина Р.И., 2009).

В Кыргызстане структура фармацевтического рынка остается прежней, где отечественные производители представлены 4% долей негосударственных предприятий в основном ориентированных на производстве галеновых препаратов, 10% фармацевтического рынка наполняется гуманитарной помощью, и основные 86% лекарственных средств импортируются. Развитие рынка продолжает идти хаотично и без должного вмешательства законодательных органов и государственных структур в результате становится все более не управляемым. По заключению экспертов ВОЗ лекарственное обеспечение в развивающихся странах продолжает оставаться неудовлетворительным. По мнению ряда авторов, контроль применения лекарственных средств продолжает ослабевать, растет реализация фальсифицированной, недоброкачественной продукции (Юргель Н. В., Тельнова Е. А. и др. 2006). Видимо, необходимо фундаментальное переосмысление и радикальная доработка существующих правил контроля качества, регламент и процедуру выдачи лицензий применительно к условиям и реалиям, сложившимся в нашей стране. Практический опыт показывает, что не все инструкции, принятые в развитых странах, регламентирующие деятельность фармацевтических компаний и контролирующих органов на деле мало приживаются

в действительность нашей страны и жизненной обстановки. Очевидно, в нормативных документах регулирующих фармацевтическую деятельность, необходимо определить государственные интересы, направленные на соблюдение принципов социальной справедливости и равенства. Интересы поставщиков лекарственных средств в нашей стране были защищены, поставки освобождались от НДС, кроме того многие лекарства облагаются таможенной пошлиной по нулевой ставке. Поэтому в диапазоне государственных мер следует предусмотреть и ответные механизмы выгодного взаимодействия со стороны поставщиков. Анализ показывает, что основная доля в лекарственном обеспечении страны принадлежит нескольким ведущим дистрибьюторам во главе с Неман Фарм, покрывающим добрую половину объема импорта. Остальные более чем 200 оптовых складов заняты в основном внутренними поставками, т. е. посредническими услугами в аптечном бизнесе. При таком положении дел, видимо требуется принятие регуляторных механизмов на государственном уровне, так как функционирующие частные склады занятые оптовыми поставками внутри страны способствуют завышению цен на лекарства в розничном секторе. Поэтому на наш взгляд, требуются разработка более эффективных рычагов воздействия на лекарственный рынок. При этом необходимо предусмотреть жесткие меры, предупреждающие проникновения в аптечную сеть контрабандной продукции со всеми вытекающими последствиями. Настало время упорядочения логистики лекарственных средств на фармацевтическом рынке, что дало бы возможность определения истинного размера производимых расчетных операций и, следовательно, налоговых отчислений. При этом возможно, появится дополнительный заслон на пути фальсифицированной продукции. В результате улучшится возможность оперативного удовлетворения потребностей регионов в зависимости от структуры нозологий, всплеска сезонных и эпидемических заболеваний. Исходя из интересов национальной безопасности, следует помнить, что в государстве с 5 миллионным населением и менее 5% долей отечественной продукции в собственном фармацевтическом рынке, процесс лекарственного обеспечения населения следовало бы рассматривать наравне с вопросами обороны и суверенитета страны.

Оценка рациональности предоставления фармацевтической помощи в системе здравоохранения страны показывает правильность выбора стратегической ориентации в сторону применения преимущественно генерических препаратов, которые проходят упрощенную схему регистрации за 1,5 месяца. Однако надо учесть то обстоятельство что при всем видимом разнообразии ассортимента в розничной аптечной сети, потребители практически потеряли возможность выбора нужного лекарства. На прилавках много препаратов идентичных по своим фармакологическим свойствам, но имеющие разные торговые названия. Цены на эти препараты остаются разными, зачастую необоснованно высокими, иногда не уступая оригинальным образцам. Кроме того сегодня с филигранной точностью подделываются сопроводительные документы и сертификаты соот-

ветствия (Славкина А. 2009). Или в место нового и дорогого антибиотика упаковывается устаревший и дешевый (Арзамасцев А. 2009). Поэтому вопрос о терапевтической эквивалентности острым и открытым. И по некоторым часто применяемым препаратам видимо назрела необходимость согласованного проведения рандомизированных клинических исследований (Кутишенко Н. 2010). В то же время известно, что большинство рандомизированных исследований выполняется по заявкам фирм изготовителей лекарственных препаратов (Бокерия Л.А. Ступаков И. Н., и др. 2002). В условиях нашей страны, к сожалению, до сих пор не решены вопросы контроля качества генерических препаратов. Тем временем по оценке экспертов ВОЗ, товарооборот на глобальном рынке контрафактных лекарств оценивается уже в 75 млрд. долларов в год (Меджис Р., 2010). А уполномоченные органы нашей страны, осуществляющие государственный контроль качества ЛС не имеют обученных специалистов для проверки фармацевтического производства, и нет материально-технических условий для изучения вопросов биоэквивалентности генериков. Поэтому надо признать, что сфера обращения лекарственных средств нашей страны далеки от системы стандартов ВОЗ. Кроме принципов "надлежащей практики" не срабатывает и простейший принцип соотношения цены и качества, как закономерный результат сверх ориентированности аптечного бизнеса на финансовые интересы. Пример, прошлогодняя вспышка гриппа, когда аптечные учреждения страны на фоне муссированной информационной атаки со всех средств массовой информации о продвижении "атипичного" гриппа, усердно и методично занимались получением сверхприбыли, доведя стоимость одноразовой защитной маски до 30 сомов не говоря уже о запредельной стоимости специфических препаратов типа "Тамифлю". Конечно другой вопрос - это оценка оперативности противодействия контролирующих органов в подобных ситуациях, имеющих эффект масштаба. Ни для кого не секрет, что лекарственное обеспечение и фармацевтический бизнес по своей сути противоположенные течения, которые постоянно нуждаются в соответствующей корреляции со стороны государственных органов.

Таким образом, рационализация территориального размещения аптечных учреждений страны является одним из основных элементов в лекарственном обеспечении населения. Следовательно, выше изложенный нами круг проблем требует глубокого пространственного анализа сложившейся медико-демографической ситуации и научно-обоснованной государственной стратегии. Также, не было бы лишним и внесение существенных изменений в законодательные нормы сферы обращения лекарственных средств, что обеспечивало бы достаточно высокий уровень фармацевтического порядка. Необходимо достичь планомерного размещения аптечных учреждений с постоянным ростом их количества в сельской местности. При этом лекарственную помощь населению сельских местностей следует оказывать в рамках комплексных систем, которые предусматривают особенности развития региона и организовать

на базе аптечных учреждений передвижные аптечные пункты для реализации лекарственных средств и изделий медицинского назначения населению, проживающему в удален

**Список литературы:**

1. Мунблит В.Я., Круглый стол "Ресурсы роста фармацевтического рынка Украины" 3 февраля 2005 г.
2. Труханова Н., Аптеки по-африкански // "Вести от протека" 2006 №2(78).
3. Бродский М., "Аптечный бизнес в ЕС" // [www.livejournal.com](http://www.livejournal.com), 2011г.
4. Ягудна Р.И., "Тенденции развития аптечной службы за рубежом"// Журнал "Российские аптеки" выпуск №20, 2009 г.
5. Юргель Н. В., Тельнова Е. А., Ягудина Р. И., Рейхтман П. В., Хубиева М. Ю., Организация лекарственного обеспечения населения в сельской местности и труднодоступных районах // Ремедиум - 2006 № 2.
6. Славкина А., "Что такое фальсификат? Поддельные лекарственные средства" // Журнал "Леди Вита" 2009.
7. Арзамасцев А., // Фальшивые лекарства, Российская Газета 2009.
8. Кутишенко Н. П., // Изучение терапевтической эквивалентности воспроизведенных лекарственных препаратов (дженериков).Депох 2010.
9. Бокерия Л. А., Ступаков И. Н., Самородская Л., В., "Рандомизированные исследования в сердечно сосудистой хирургии". //Журнал "Качественная клиническая практика" 2002.
10. Меджис Р., //Американа-африканская конференция частного сектора по вопросам охраны здоровья. 15 Л 0.2010 "Вашингтон.
11. Материалы ДЛОиМТ КР., за 2010 г.
12. Отчет министерства труда и занятости КР., за 2010 г.
13. Материалы парламентского слушания КР., февраль 2011г.

**Рецензент: д.м.н., профессор Тилекеева У.М.**