

Сулайманов М.К.

**ПРОБЛЕМЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

M.K. Sulaimanov

**PROBLEMS ON DRUG PROVISION OF RURAL POPULATION
KYRGYZREPUBLIC**

УДК: 616.085.615 (575.2)

Развитие и регулирование аптечной сети в отдаленных селах страны без соответствующей поддержки со стороны государственных органов в виде адаптированной нормативно-правовой основы и приемлемых социально-экономических условий трудно решаемы.

Development and regulation of rural pharmaceutical branches in separate villages of the country without corresponding support from state structures in the form of adapted legislative basis and acceptable social-economic conditions are difficult issues to solve.

Поиск подходящей модели лекарственного обеспечения населения труднодоступных регионов и совершенствование принятой системы, остается одной из первостепенных проблем здравоохранения любого государства независимо от его уровня развития. Как известно, это достаточно сложный процесс разносторонними методами и формами реализации, которые соразмерны социально-экономическому потенциалу той или иной страны. Свод слагаемых проблем приходится к одновременному обеспечению экономической и физической доступности лекарственных средств населению, достижению гарантированного терапевтического эффекта от использованных препаратов и при этом сдерживанию расходов. Все это требует рационального регулирования. В свою очередь, аспекты регулирования лекарственной помощи представляет собой совокупность динамичных процессов, гибко адаптированных к постоянно меняющимся социально-экономическим условиям определенной страны и его фармацевтического рынка. При этом одна из функций государства в фармацевтической политике - создание основ для достижения качественного обслуживания (Моссиалос Э., 2004).

Несовершенство методологии целевого управления процессом лекарственного обеспечения населения нашей страны и отсутствие политики реального взаимодействия между государством и частным аптечным бизнесом продолжает оставаться одной из основных причин снижающих качества оказания лекарственной помощи населению. В силу экономических, социальных и географических проблем наиболее уязвимыми категориями в этой сфере медицинских услуг остаются жители сел, и в особенности отдаленных регионов. Неоднозначный уровень обеспеченности процессе оказания лекарственной помощи между населением крупных городов и жителями сельской местности вызывает обоснованную тревогу и требует своего практического решения. Принятые в республике нормативно-правовые акты (Приказ МЗ КР

№379, 12.09.2002 г. "О порядке допуска медицинских работников в аптечных учреждениях, расположенных в небольших населенных пунктах и отдаленных районах и Приказ МЗ КР № 364, от 19.08.2003 г. "Порядок лекарственного обеспечения населения в небольших населенных пунктах и отдаленных сельских районах") не находят механизмов должной реализации и рычагов регулирования. Очевидно, указанные документ требуют экспертного анализа на основе полно-ценного мониторинга и всестороннего дополнения. Тем временем практическое освоение мало прибыльного рынка труднодоступных районов нашей страны фармацевтическими компаниями без вмешательства и поддержки государственных органов продолжает оставаться в виде нереализованных проектов. Поэтому считаем, что совершенствования системы лекарственного обеспечения должна идти по наиболее проблемным направлениям. Каким бесспорно является обеспечение физической и экономической доступности лекарственных средств для жителей отдаленных населенных пунктов и приграничных районов страны. Как известно, труднее оплачивать за лекарственные средства группам населения с низким доходом, и тем, кто живет в сельской местности, по сравнению с теми, у кого доход высок, или живущих в крупных городах SariN., Langenbrunner J.C., 2001).

Как известно, вопрос лекарственного обеспечения кроме своего прикладного значения выступает одним из важных факторов снятия социальной напряженности и усиления доверия местного населения государственным органам власти. Нами для пилотного изучения был выбран регион, подвергшийся внешней агрессии - Баткенская область, которая требует к себе наиболее гибкого и оперативного подхода в системной реализации и регулировании указанных проблем. Располагаясь в южной предгорной части Ферганской долины, ³/₄ границы области приходится на соседние республики Таджикистан и Узбекистан. Кроме того, свою негативную роль в развитии инфраструктуры и социальном развитии региона оказывают и несколько анклавов определенных государств, образуя так называемую дугу кризиса". Наиболее крупные из них – это узбекский Сох, с площадью 352 кв. км, с населением - 58900 чел. И таджикский-Ворух, с площадью 130 кв. км, и с населением 23121 чел. В результате, это привело к перерезанности транспортных артерий Баткенской области многими границами и анклавами. Данное обстоятельство многократно усугубляет уровень

сложности перемещение физических лиц, не говоря уже о перевозке лекарственных препаратов представителями фармацевтических компаний или фирм. По данным Министерства транспорта КР, общая протяженность автомобильных дорог области составляет порядка 200 км и из них асфальтированных - 414 км, гравийных - 466 км, остальная же часть дорог приходится на обычную грунтовку. Население области согласно оценочным данным Министерства труда, занятости и миграции КР на 01.05.2011 г. составила 443,4 тыс. При этом 73% населения области это 323,6 тыс. жителей проживают в 189 населенных пунктах расположенных в сельской местности. Функционирующих аптечных учреждений по последним данным ЮФ ДЛОиМТ МЗ КР в селах Баткенской области всего 46, т.е. это самый низкий показатель по Республике. Из этого следует, что приходится всего 1 аптечный пункт или киоск на более чем 7000 жителей местности пересеченного предгорного рельефа или 1 аптечное учреждение на 4 села. В приведенной схема-тической карте населенных пунктов нижней зоны Лейлекского района проецирована характерная для всего региона картина расположения аптечных учреждений. Аптечные пункты в основном расположены ближе к центру района и в селах вдоль магистральных дорог. К тому же, эти приспособленные помещения под аптечные учреждения далеки от типовых образцов и по своим санитарно-гигиеническим характеристикам совершенно не соответствует принятым нормативным требованиям.

Аптечные учреждения Лейлекского р/на (нижняя зона)



Проведенное выборочное анонимное анкетирование среди жителей указанного района показывает, что физическое отсутствие аптечных пунктов или скудный ассортимент в имеющихся аптечных учреждениях вынуждает пациентов покупать лекарства в городах Кызыл-Кыя, Сюлюкта, Баткен, Исфана и других крупных населенных пунктах. При этом им приходится преодолевать значительные расстояния и тратить без того ограниченные финансовые средства за проезд. В случае необходимости покупки тонометра или другого медицинского прибора, то надо ехать в город Ош или в столицу Республики. При изучении литературных данных очень схожая ситуация наблюдается в Монголии. По признанию главы Ассоциации

фармацевтов этой страны (Дамба Оргодолын) ... "В отдаленных сельских районах просто не выгодно торговать медикаментами. Во-первых, транспортные расходы высокие. Во-вторых, и это главное - население там бедное, наличных денег практически не имеет. Многие скотоводы не могут купить простой анальгин, который стоит всего 400 тугриков – это 4 цента. Но обратного пути к централизованной государственной системе снабжения нет. Рынок пришел навсегда. Государственные аптеки восстанавливаться не будут". Поэтому в этой тоже парламентской республике идет пересмотр политики снабжения медикаментами сел в рыночных условиях и эту проблему государство намерено решать с помощью методов и мер экономического регулирования (Скрипачева Л., 2008).

Возвращаясь к нашему исследованию, приходится констатировать, что сложившаяся ситуация вынудила население области использовать различные пути доставки лекарств. Например, давно отработанным способом покупки лекарственных средств жителями Баткенской области является передача денег на лекарства знакомым людям, совершающим поездку по центральным городам. Такая же схема доставки, но за определенную плату отработано и лицами занимающимся частным извозом. В данном случае не может быть и речи о сроках своевременной доставки, соблюдении элементарных правил транспортировки и, следовательно, о качестве и эффективности привезенных лекарственных средств. Пассажиры самолетов, вылетающие по маршрутам Бишкек - Исфана, Бишкек - Баткен регулярно оказываются в роли дополнительных перевозчиков медикаментов, особенно дорогих и сильнодействующих препаратов, которых поставщики в область просто не возят в виду нерентабельности. Малоприятным фактом остается и покупка медикаментов сомнительного качества местными жителями в приграничных селах соседнего Таджикистана, где стоимость лекарственных средств по признанию наших соотечественников на порядок дешевле аналогичных образцов продаваемых в аптеках области. При этом следует отметить, что по статистике область располагает редким экспортным потенциалом, как один из основных мировых производителей сурьмы и ртути, обеспечивая соответственно 20,0 и 15% спроса мировых потребностей в них. Но, к сожалению, уровень социально-экономического развития области в целом остается заметно ниже среднереспубликанского, что, в конечном счете, не может, не отразится и на покупательской способности населения. Эти и ряд других известных факторов требуют безотлагательного, комплексного подхода со стороны государственных органов и планомерного решения, где соответствующее значение должно быть уделено и проблемам лекарственного обеспечения населения. Восстановление геополитической стабильности региона давно приобрело стратегическую важность не только для страны, но и для всего мирового сообщества. Поэтому и лекарственное обеспечение населения области должно

быть сформировано сообразно существующим вызовам действительности.

Сквирская Г.П. (2011г.) считает, что "Преобразовать сельское здравоохранение достаточно сложно, это требует системного подхода, ресурсов, эффективного менеджмента. Но оставаться в позе наблюдателя недопустимо! А создать приемлемые социальные условия на селе должно государство". Это мнение известного российского ученого созвучно с высказыванием российского президента Медведева Д.А., который выступая на совещании в городе Курске (24.09.2010г.) отметил, что "Тема по лекарствам очень резонансная, поэтому она, безусловно, должна быть предметом постоянной заботы федерального правительства и регионов". Тем не менее, по оценке участников конференции "Фармацевтический бизнес в России - 2011 " количество аптек за 2010 год в России сократилось на 20 процентов, причем главным образом в небольших городах и поселках. Соответственно, лекарств в "шаговой доступности" становится меньше, а снижение конкуренции среди аптек приводит к обеднению ассортимента и росту цен (Невинная И. 2011).

Результаты наших исследований на примере Баткенской области позволяют провести параллели с ситуацией в регионах России и отметить, что необходимость разработки научно обоснованной и согласованной программы очевидно, так же как и должной протекции со стороны государственных органов, как в правовых, так и финансовых аспектах функционирования аптечной сферы. Исходя из объективной реальности и прежде всего, отсутствия государственной доли в фармацевтической отрасли, следует пересмотреть законодательную базу функционирования частного аптечного дела в отдаленных селах и приграничных районах страны. Как известно, у нас в республиканский перечень лекарственных средств по линии ДП ОМС включены многие жизненно необходимые препараты, но их доступность проблематична для жителей отдаленных регионов, когда поблизости просто нет аптечных киосков и пунктов. Поэтому требуется разработка механизмов планомерного снятия вопросов непривлекательности развития частного аптечного сектора в отдаленных районах. Отсутствие государственной доли в системе лекарственного обеспечения требует разработки приемлемых основ развития и регулирования аптечного дела в селе. И видимо, для этого на правительственном уровне необходимо разработать дополнительные нормативные директивы, сводящие к минимуму коммерческие потери и возможные риски собственников аптечных предприятий. Только существенная финансовая мотивация и всесторонняя правовая поддержка на всех административных уровнях и этапах товарооборота послужит триггерным механизмом развития лекарственной помощи на периферии. Для строительства базовых объектов аптечных учреждений местным органам власти следует выделять хотя бы минимальные средства на покупку строительных материалов.

Правительству, к примеру, рассмотреть возможность законодательно ввести правила или нормы беспроцентного кредитования фармацевтов открывающих аптечное дело в глубинке. Кроме того, местным органам самоуправления необходимо предусмотреть обязательный перечень льгот для лиц непосредственно занятых оказанием лекарственной помощи на местах. Это может быть полное освобождение от уплаты земельного налога, внеочередное выделение участка для строительства собственного дома, ремонт и содержание помещения аптек за счет местного бюджета, отмена арендной платы за помещение и т.д. Со стороны соответствующих государственных структур требуется определение маршрутов и обеспечение бесплатной транспортировки медикаментов следовавших на отдаленные регионы. Кроме этого, следует продумать возможность организации передвижных аптечных пунктов эффективность которого, подтверждена практикой советской медицины. Например, заслуживает внимание создания специальной аптечной сети в Астраханской области Российской Федерации. Технически передвижные аптечные пункты представляют собой специальный прицеп к грузовому автомобилю "Газель", в котором имеется особое оборудование: холодильная камера, система кондиционирования и поддерживающие влажность приборы, т. е. все, что необходимо для правильного хранения лекарств (Фомина Л. Б. 2011). Другим механизмом улучшения оказания лекарственной помощи отдаленным регионам было бы содействие" лицам, занимающимся лекарственным обеспечением сельского населения путем предоставления товаров по минимальной закупочной цене. С учетом недостаточности бюджетного финансирования здравоохранения, превалирование импорта и ограниченные средства частных лиц, ясно, что решающую роль в доступности лекарственных средств играют цены (Мразек М., Фидлер А. 2010).

В этой связи, видимо, необходимо разработать, и внедрит систему стандартных положений в вопросах регулирования процессов ценообразования с учетом собственных достижений и пробелов предыдущего опыта работы, всесторонним изучением мировой практики. Например, по данным официальных немецких сайтов, в Германии практикуется фиксированная торговая наценка. В этой стране аптеки заинтересованы в продаже именно дешевых лекарственных средств. Так, розничная наценка на самые дешевые препараты составляет 68%, а на самые дорогие препараты 30%. Фиксированные торговые наценки в розничной цепи сбыта введены и в некоторых странах СНГ - в Армении они составляют 32% окончательной цены (Hovhannicyan S.G. et al., 2001), в Узбекистане 45% (Skripachova L. 2002). Интересная ситуация складывается в России. По данным Счетной Палаты этой страны наибольшим коммерческим интересом у оптовиков и аптек пользуются препараты с максимально высокой зарегистрированной ценой, поскольку абсолютная величина оптовой и розничной

надбавки к цене данных препаратов значительно выше, чем у конкурентов. Например, цена метопрололаратио-фарм, произведенного в Германии, составляет 31 руб. за упаковку, его аналога из Польши - 53 руб., из Венгрии - 90 руб. Венгерский препарат, как правило, встречается в аптеках чаще (Ветрова А.2010).

Как видно, имеются разные позиции и коэффициенты торговой наценки в сложном процессе ценообразования, что применительно к нашему случаю требует повсеместного анализа аптечных и оптовых продаж и принятия детализированных правил. На госпитальном сегменте региональных аптек видимо необходимо расширит диапазон оказания бесплатной лекарственной помощи с учетом распространения и тяжести тех или иных заболеваний. Согласно прогнозам ВОЗ к 2030 г. 23,6 млн. человек умрет от ССЗ. При этом более 80% смерти от ССЗ в мире происходит в странах с низким и средним уровнем дохода (Ягудина Р. И. 2011). Как следует из литературы, развитие системы лекарственного обеспечения, создание льготных перечней, увеличение в целом государственного финансирования системы здравоохранения открыли российский пациентам широкий доступ к современным эффективным препаратам (Литвищенко Ю. Ф. 2011).

Недостаток финансирования здравоохранения нашей страны требует мобилизации резервных потенциалов внутри самой системы лекарственного обеспечения. Прежде всего, высокий ценовой диапазон, сложившийся на фармацевтическом рынке страны и особенно регионов диктует полного выключения всевозможных лишних звеньев из цепи оборота и доставки лекарственных препаратов до конечного потребителя. Например, американский рынок оценивается в порядке 600 миллиардов долларов США. И на этом рынке работает всего 40 дистрибьюторов (Гусейнов Д. М. 2011). Как известно, объем отечественного фармацевтического рынка не дотягивает и до 6 миллиардов сомов, но, сколько в нем задействовано дистрибьюторов и других заинтересованных структур не поддается определению. Экономическая доступность лекарственных средств достигается только при максимальной минимизации процентных наслоений в структуре ценообразования. Ахиллесовой пятой, в системе лекарственного обеспечения отдаленных сел нашей страны остается и вопрос качества. Этим основным компонентом лекарственной помощи, к сожалению, в прошлом откровенно пренебрегли ради пополнения пустующих аптечных прилавков. Совершенствование отечественного производства, возможно, приведет к улучшению доступа к основным лекарственным средствам, однако, как следует из литературных данных, связанные с этим высокие расходы могут быть экономически неосуществимым решением (М. Мразек, А. Фидлер 2004). Поэтому требуется принятие научно обоснованных правил и механизмов, гарантированно обеспечивающих качество ЛС во всех цепях импорта и до поступления в аптечную сеть страны. По данным ДЛЮ- и МТ МЗ КР

завезенная медицинская продукция в страну за 2010 год в натуральных упаковках составило 95 232 289 на сумму 5979,4 млн. сомов. В структуре импорта представлено 48 стран мира. Кыргызстан импортозависимая страна с ограниченным экономическим потенциалом и поэтому органы здравоохранения, и население вынуждены в основном ориентироваться на воспроизведенные лекарственные средства с истекшим сроком патентной защиты. Надо при этом отметить, что сегодня рынок дженериков огромен, а неотъемлемое правило импортозависимости - это гарантия его безопасности для импортируемой страны. Вопрос биоэквивалентности дженериков для практического здравоохранения всегда был предметом особой важности, и оно остается им, по сей день. Руководитель департамента ВОЗ по обеспечению качества и безопасности лекарственных средств доктор Лембит Раго отметил, что... "Проблема фальсифицированных лекарств была, есть и остается чрезвычайно острой для всего мирового сообщества, в том числе развитых индустриальных стран. Даже в ЕС все чаще сталкиваются с очень "качественными" подделками, которые невзирая на все регуляторно-оградительные барьеры, контрольно-запретительные санкции и наказующие меры, проникают в легальный лекарственный оборот и внедряются во внутреннее русло официальных систем распределения медикаментов, даже на высоко регулируемых рынках протаряют себе путь на аптечный прилавок. Что же говорит о странах, где фармацевтический рынок вообще не регулируется или регулируется слабо?". Поэтому трудно переоценить целевую ориентированность импорта только на проверенные партнеры и производители, работающие по стандартам GMP.

Таким образом, в сложном конкурентном мире лекарственной сферы мы должны научиться рационально использовать собственный потенциал, гармонизировав его с мировым фармацевтическим порядком. Открытость отечественного фармацевтического рынка и практическое отсутствие собственного фармацевтического производства обязывает, прежде всего, усиления работы организационного плана. Гармонизирование процесса лекарственного обеспечения населения нашей страны с международными нормами не вопрос длительной перспективы. Уже сегодня задача государства - это внедрение адаптированных правил и стандартов во всех этапах оборота лекарственных средств. Только при согласованности действий государственных структур и аптечного бизнес сообщества возможны практическое решение и регулирование всей цепи проблем лекарственного обеспечения сельского населения страны. Основа обеспечения физической и экономической доступности фармацевтической помощи должна базироваться на глубоко продуманной и научно выверенной государственной стратегии. Учитывая геополитический, демографический, экономический и наконец, градообразующий потенциал Баткенской области, считаем, что есть перспектива развития аптечной сети. При этом придание осо-

бого социального статуса данной области было бы лишним элементом в процессе экономического развития региона. Планомерная реализация ключевых мер, направленных на создание дееспособной аптечной сети на уровне регионов является без малого защитой национальных интересов страны.

Литература:

1. Моссиалос Э., Мразек М., Уолли Т. "Регулирование фармацевтического сектора в Европе" 2004 г.
2. Sari, N. and Langenbrunner, J. N. (2001). Consumer out-of-pocket spending for pharmaceuticals in Kazakhstan: implications for sectoral reform, Health Policy and Planning, 16(4): 428-34.
3. Скрипачева Л., Экономическая политика Монголии способствует развитию фармацевтического сектора, [http:// iamjav.blog.com/2008/09/07/](http://iamjav.blog.com/2008/09/07/).
4. Сквирская Г.П. "Куда шагает сельская медицина", www.mgzt.ru/article/2011/15/11.
5. Медведев Д.А. Совещание по социально-экономическому положению граждан пожилого возраста с участием президента РФ. Курск, 24.09.2010
6. Невинная И. "Осторожно: аптека закрывается", <http://www.rg.ru/202011/02/11/apteki.html>.
7. Фомина Л.Б. "Аптечная практика" (по материалам научных конференций и профессиональных изданий), 2011 г.
8. Мразек М., Фидлер А. Регулирование фармацевтического сектора в Европе: ради эффективности, качества и равенства. "Доступ к лекарственным средствам и регулирование в Содружестве независимых государств" 2004 г.
9. "Аптечное дело в Германии", по материалам официальных немецких сайтов, 2005 г.
10. Hovhannicyan, S.G., Tragakec A., Lessof, S., Aslanian H. and Mikritchyan, A.(2001) Health Care Systems in Transition: Aemenia, Copenhagen-Evropean Observatory on Health Care Sitemes.
11. Skripachova, L. (2002). The pharmaceutical market of Uzbekistan: gradually about everything, Kazakhstan Pharmaceutical Bulletin, 2(150).
12. Ветрова А. Агентство национальных новостей. "Первые проблемы реформы лекарственного ценно-образования", 2010 г.
13. Ягудина Р.И. Учебник "Практическая фармаэкономика: кардиология", 2011 г.
14. Литвищенко Ю. Ф. "Волну успеха формируем сами", журнал "Ремедиум", 25.05.2011 г.
15. Гусейнов Д. М. Телеканал "100 ТВ" Регулирование обращения ЛС. 30.05.2011 г.
16. Мразек М., Фидлер А. Регулирование фармацевтического сектора в Европе: ради эффективности, качества и равенства. "Доступ к лекарственным средствам и регулирование в СНГ", 2004 г.
17. Лембит Р. "Святая святых глобальной фармации" Допомог А-1 медиакомпания "МОРИОН" 24.04.2011 г.
18. Отчет ДОЮиМТ КР., за 2010 г.
19. Статистические данные МТЗиМКР., за 2011 г.

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