

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ЗАСАДИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Рекомендовано д. фарм. н., професором Р. В. Сагайдак-Нікітюк

УДК 616.248:615.015

СИСТЕМАТИЗАЦІЯ ДОСВІДУ ФУНКЦІОНУВАННЯ АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ У КРАЇНАХ З ЛІБЕРАЛЬНИМ ПІДХОДОМ ДО ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ

О. А. Немченко

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету, м. Харків. E-mail: uef-ipksf@mail.ru

У статті наведено результати систематизації даних з організації фармацевтичного забезпечення населення у країнах з домінуванням ліберальних підходів до державного регулювання фармацевтичної діяльності, а також у країнах, що знаходяться на стадії реформування охорони здоров'я і системи фармацевтичного забезпечення населення. Визначено, що для більшості країн характерно різноманіття форм і підходів в організації надання фармацевтичної допомоги населенню, що обумовлено історичними та соціально-економічними особливостями розвитку суспільства. Посилення впливу комерційних факторів в організації надання фармацевтичної допомоги, що спостерігається у країнах з домінуванням ліберальних підходів у регулюванні фармацевтичної діяльності, потребує активного запровадження заходів, що спрямовані на підтримку соціально не захищених верств населення, які відповідають нормам Належної аптечної практики. Розширення спектра аптечних послуг та впровадження дистанційних форм реалізації лікарських засобів є об'єктивним процесом розвитку системи фармацевтичного забезпечення населення.

Ключові слова: аптечні заклади, аптечні мережі, інтернет-аптека, система фармацевтичного забезпечення, фармацевтична допомога.

Постанова проблеми. Фармацевтичний ринок (ФР) в економіці будь-якої країни виконує функції мірила її інвестиційного потенціалу, з одного боку, та рівня соціальної захищеності та добробуту населення, з іншого. За останнє десятиліття на світовому та

національних ФР сформувалися стійкі тенденції до комерціалізації та посилення впливу фінансових факторів на організацію фармацевтичної діяльності. Не є винятком і вітчизняний ФР, на якому за умов посилення соціально-економічної кризи в країні ще більше загострився конфлікт капіталу та суспільства. За цих умов особливої актуальності набувають дослідження досвіду функціонування аптечних мереж у країнах з ліберальними підходами до організації фармацевтичного забезпечення населення.

О. А. Немченко – кандидат фарм. наук, доцент кафедри управління та економіки фармації Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідженню проблем і переваг в організації надання ефективної фармацевтичної допомоги (ФД) та функціонування аптечних закладів різних форм власності й господарювання приділялось багато уваги у працях закордонних і вітчизняних учених. Більш детально питання впливу комерційних факторів на систему фармацевтичного забезпечення населення у цілому та стан організації надання ФД розглядалось у працях А. А. Котвицької, З. М. Мнушко, А. С. Немченко, В. М. Толочка, Г. Л. Панфілової та ін. [1, 3, 6, 8, 9, 11].

Не вирішені раніше частини загальної проблеми. Аналіз останніх публікацій із зазначеного кола проблем дозволяє зробити висновок про відсутність праць, у яких висвітлювалися проблеми та переваги в організації ФД та функціонування аптечних мереж у систематизованому вигляді.

Формулювання цілей статті. Метою дослідження є аналіз досвіду організації надання ФД та функціонування аптечних мереж у країнах з історично сформованими ліберальними підходами до державного регулювання фармацевтичної діяльності на макрота мікроекономічному рівнях.

Викладення основного матеріалу дослідження. За комплексним критерієм, який був нами впроваджений у системному аналізі, всі країни були класифіковані за чотирма групами [7]. Зміст зазначеного критерію та аналіз організації надання ФД й аптечних мереж у країнах з традиційними, соціально орієнтованими підходами до організації фармацевтичного забезпечення населення (I та II групи аналізу) були нами представлені у статті «Наукове узагальнення сучасних підходів до надання фармацевтичної допомоги населенню в різних країнах світу з традиційною організацією аптечних мереж» (Соціальна фармація в охороні здоров'я, 2015, № 1, с. 38-42). Детальніше зупинимось на характеристиці функціонування аптечних закладів у системі фармацевтичного забезпечення населення у країнах з домінуванням ліберальних підходів та паралельним упровадженням ринкових механізмів у практичну охорону здоров'я (ОЗ) (III та IV групи). Так, у країнах III групи аналізу **аптекою можуть володіти нефармацевти самостійно або спільно з**

фармацевтами при наявності ефективних механізмів державного регулювання якості надання ФД та моніторингу вартості її споживання й компенсації (Австрія, Бельгія, Іспанія, Швеція, Кіпр, Ірландія, Нідерланди, Норвегія, Португалія, Мальта, Швейцарія, Великобританія, США, Канада). До IV групи були віднесені країни, що знаходяться у стадії впровадження ринкових механізмів у практичну ОЗ і фармацевтичне забезпечення населення (**аптекою можуть володіти нефармацевти**) та побудовою соціально орієнтованої моделі державного регулювання фармацевтичною діяльністю на прикладі країн Західної Європи. Це насамперед Болгарія, Хорватія, Чехія, Естонія, Польща, Румунія, Словаччина, Україна, Російська Федерація (РФ).

В організації фармацевтичного забезпечення країн III групи, на відміну від інших груп держав світу, можна виділити широкий спектр спільних ознак і характеристик (табл. 1).

Так, наприклад, для **Великобританії, Нідерландів, Норвегії, Швейцарії, Ірландії, Кіпру** (скасовані з 2002 р.) відсутні демографічні та географічні критерії щодо розвитку аптечної мережі, а аптекою можуть володіти нефармацевти одноосібно або у спільній власності з фармацевтами (питома вага власності фармацевтів має становити не менш ніж 51 % – Австрія, Кіпр).

Найяскравішим представником країн III групи є **Великобританія**. На сьогодні у країні налічується понад 12300 аптек, серед яких приблизно 25% входять до складу аптечних мереж (наприклад, «Unichem», «Vantage» «Boots», «Superdrugs» та ін.). У структурі аптечних закладів за формою власності істотно превалюють приватні аптеки (від 55 до 70 %).

Останнім часом окреслилися тенденції до істотного зростання кількості аптечних мереж. У країні відсутні обмеження щодо відкриття нових аптек, у середньому 500 мешканців припадає на один аптечний заклад. Фармацевтичним обслуговуванням населення у роздрібному секторі ФР займаються приблизно 25000 дипломованих фармацевтів, серед яких 35% є власниками аптек, а решта – наймані працівники. Національною особливістю в організації фармацевтичного

Таблиця 1

АНАЛІЗ ВИМОГ ЩОДО ВІДКРИТТЯ АПТЕК У ДЕЯКИХ КРАЇНАХ ІІІ ГРУПИ

Можливість володіння аптекою	
Австрія: фармацевти одноосібно або групи фармацевтів у разі володіння мінімум 51 % статутного капіталу фірми	
Демографічний критерій	Географічний критерій
Кожна аптека повинна обслуговувати щонайменше 5500 мешканців	Необхідно дотримання відстані 500 м до іншої вже функціонуючої аптеки, а також наявності в сусідстві закладів ОЗ
Бельгія: фармацевти, нефармацевти, групи осіб, компанії, дистриб'ютори	
Демографічний критерій	Географічний критерій
Залежно від кількості жителів у спільноті (менше ніж 7500 мешканців; від 7500 до 30 000 жителів; більше ніж 30 000 мешканців) кількість аптек не може бути більшою за значення, яке можна отримати, поділивши кількість населення на 2000, 2500 3000 відповідно (встановлені нормативи)	Із 1994 р. введено мораторій на відкриття нових аптек
Португалія: володіти аптекою можуть нефармацевти	
Демографічний критерій	Географічний критерій
Для перехідного періоду (із серпня 2007 р.) упроваджені норми, що зменшують навантаження на одну аптеку з 4000 до 3500 мешканців	Для перехідного періоду (із серпня 2007 р.) упроваджені норми, що зменшують відстань між аптеками з 500 до 350 м, а правило 100 м відстані від лікарні або центру ОЗ залишилося чинним
Іспанія: фармацевти або групи фармацевтів у разі володіння мінімум 75 % статутного капіталу фірми	
Демографічний критерій	Географічний критерій
Встановлюються на місцевому рівні з урахуванням особливостей розвитку регіонів	

забезпечення населення у Великобританії є відсутність монополії фармацевтів на реалізацію лікарських засобів (ЛЗ) та наявність ліберальних підходів до державного регулювання рецептурного відпуску ліків. Окрім аптек, ЛЗ можна придбати також у терапевтів. Так, за статистичними даними, приблизно 4 тис. терапевтів мають офіційний дозвіл на реалізацію ЛЗ. Це значно ускладнює процес контролю за ефективністю та раціональністю споживання препаратів та сприяє посиленню комерційного впливу на організацію фармацевтичного забезпечення населення в цілому.

Іншим яскравим представником країн ІІІ групи є також **США**. Для американської системи фармацевтичного забезпечення населення притаманно багато спільних з Великобританією ознак щодо державних підходів регулювання фармацевтичної діяльності, організації роботи аптекних закладів, реалізації ЛЗ та ін. Значна частка американських фармацевтів працює в аптеках роздрібного сегмента ринку ЛЗ як наймані працівники. Чверть фармацевтів займається організацією забезпечення хворих ЛЗ у гос-

пітальях, а решта працює в оптових компаніях, традиційних, інтернет-аптеках, оптових компаніях та ін. Американські аптеки можна класифікувати на роздрібні, госпітальні (лікарняні), виробничі, в яких здійснюється виготовлення ЛЗ за рецептами лікарів, а також інтернет-аптеки. За статистичними даними Національної асоціації аптекних мереж (National Association of Chain Drug Stores), у 2010 р. у США функціонувало 56 тис. аптек, з яких 39 тис. закладів (69,6 %) входять до складу аптекних мереж, а решта належить приватним особам. Аналогічно британській системі фармацевтичного забезпечення населення у США в структурі роздрібного сегмента ФР досить широко представлені аптекні мережі. До найбільш потужних належать «CVS/Pharmacy», «Rite Aid», «Walgreens». Наприклад, останній з названих мереж належить понад 7730 аптек, які функціонують у 50 штатах країни. Американські аптеки повною мірою відповідають дослівному перекладу слова «drugstores» – аптекний магазин. Окрім препаратів рецептурної та безрецептурної групи, в аптеках широко представлені косметичні засоби,

парфумерія, парафармацевтика, предмети особистої гігієни та інші товари. Переважна більшість ЛЗ (до 90% продажів препаратів) реалізується у США за рецептами лікарів (Rx-препарати). Іншою національною особливістю в організації фармацевтичного забезпечення населення в США є наявність розвиненого інформаційного супроводу рецептурного відпуску ЛЗ та системи електронної рецептури. Крім цього, в американських аптеках можуть надавати широкий спектр послуг, що значно розширює їх комерційний потенціал за умов посилення конкуренції на ФР та відсутності жорстких механізмів регулювання фармацевтичної діяльності з боку держави.

Протилежні за характером ознаки, у порівнянні з Великобританією та США, притаманні іншій країні III групи – **Австрії**. В Австрії ліцензію на право надання ФД населення може отримати лише кваліфікований фахівець, що має стаж практичної діяльності у фармації не менше 5 років, громадянство ЄС та добре володіє німецькою мовою. Право власності на оборотні та необоротні активи аптеки може належати також групі осіб, у яких фармацевтичним працівникам має належати не менше 51 %. Фармацевт, на ім'я якого отримана ліцензія, має виняткове право на управління та здійснення фармацевтичної діяльності в аптечному закладі. Слід зазначити, що серед країн III групи Австрія відрізняється найбільшим державним впливом на діяльність фармацевтичного сектора економіки. За останніми офіційними даними, в Австрії функціонувало 1176 (53,9 %) громадських аптек, 19 (0,9 %) комерційних, 942 (43,2 %) аптеки, які функціонують у закладах ОЗ приватної форми власності, та 44 (2,0 %) госпітальних аптек. Аналогічне з австрійським правило щодо володіння активами аптеки діє й на **Кіпрі**. Видача концесій (дозволів) знаходиться в компетенції Аптечних рад, при цьому зберігається принцип «один фармацевт – одна аптека», тобто формування аптечних мереж заборонено державою. З метою формування раціональної мережі аптек на **Мальті** з 2003 р. Актом про ЛЗ були запроваджені демографічні та географічні параметри для оцінки можливості відкриття нових аптек.

Ліберальні тенденції, що набули найбільшого розвитку на початку XXI ст., значною мірою вплинули на діяльність аптечних закладів у **Швейцарії, Ірландії та Норвегії**. Швейцарія (1750 аптек) належить до країн, в яких традиційно діють вже протягом декількох століть соціально орієнтовані принципи організації надання ФД, а їх якість розглядається як важливе державне завдання у розвитку країни. При цьому розвиток аптечної мережі не регламентується демографічними та географічними параметрами. У Швейцарії, як і в інших країнах III групи, аптеками можуть володіти нефармацевти, дозволено також формування аптечних мереж одним власником. Відкриття нової аптеки в **Ірландії** є предметом законодавчого контролю з боку держави, при цьому жоден з державних органів не регулює розміщення та демографічне навантаження на один заклад. У класичному визначенні в Ірландії відсутня система ліцензування фармацевтичної діяльності, але про відкриття нового закладу необхідно вчасно повідомляти Фармацевтичну спільноту.

Важливою національною особливістю розвитку фармацевтичного сектора у **Норвегії** є наявність розгалуженої аптечної мережі. Одна з найбільших аптечних мереж «Apo-kjeden Group» налічує понад 200 аптечних закладів, а питома вага її продажів у загальному обсязі ФР Норвегії дорівнює 30 %. У порівнянні з іншими країнами Європи в Норвегії налічується найнижча кількість аптечних закладів (600 закладів) та спостерігається значний дефіцит фармацевтичних кадрів. Останнім часом окреслилася тенденція до зниження кількості населення, що обслуговується одним аптечним закладом. Так, наприклад, у 2001 р. на одну аптеку припадало 11280 мешканців, а в 2013 р. – вже 7050 жителів. Серед країн III групи аналізу фармацевтичний сектор у Норвегії характеризується найбільшим впливом з боку держави. Цікавим є той факт, що в країні зареєстровані найменування лише тих ЛЗ, що вважаються життєво необхідними (200 найменувань за INN).

Серед країн III групи **Швеція** посідає окреме місце. До 01.07.2009 р. у Швеції існувала жорстка модель державної монополії

на аптеки, тобто у країні не функціонувало жодної аптеки приватної форми власності. Приблизно 50 % аптек належало органам місцевої або центральної влади, а решта знаходилась під юрисдикцією страхових компаній, у яких державі належало 50 % і більше статутного капіталу. Наприкінці 2009 р. у країні був започаткований процес продажу частки державної мережі аптек «Aroteket» приватним особам. Із загальної кількості закладів (916 аптек) було продано 466 аптек таким шведським компаніям, як «Altor» (208 аптек), «Segulah», консорціум «Priveq Investment» та «Investor», а також фінській фармацевтичній мережі «Oriola-KD Oyj2» (171 аптека). При наявності розвинутого державного сектора у структурі ФР у Швеції дозволяється володіння одному фармацевту мережею аптек, а також реалізація препаратів через інтернет-аптеки, що входять до складу державної мережі аптек «Aroteket».

Серед країн Європи **Іспанія** має глибокі історичні традиції в організації фармацевтичного забезпечення населення. За даними офіційних джерел, одна з перших європейських аптек була відкрита в XI столітті саме в Іспанії (Кордова, Толедо). Відкриття нової аптеки залежить від встановлених демографічних і географічних критеріїв, які діють на рівні автономних спільнот громадян. На сьогодні в Іспанії налічується понад 21165 аптечних закладів, з яких приблизно 15 % знаходяться у комунальній власності. В Іспанії спрацьовує вже вищезазначений принцип «один фармацевт – одна аптека». Досить багато спільних ознак з іспанською моделлю функціонування аптечного бізнесу притаманно **Португалії**. Аптеки в Португалії можуть відкривати нефармацевти, а з 2007 р. запроваджено вільний порядок розміщення закладів комунальної форми власності.

У наступній країні III групи (**Бельгії**) держава регулює кількість аптек, що можуть функціонувати на певній території та встановлені демографічні критерії оцінки можливості відкриття нових аптечних закладів. Право власності на господарчі засоби в аптеках Бельгії може належати будь-кому (фармацевтам, нефармацевтам, групам осіб, компаніям та ін.). За останніми даними,

в Бельгії функціонує понад 5 тис. аптек, переважно приватної форми власності. У країні дозволено володіти одному фармацевту більш ніж однією аптекою.

На відміну від інших груп аналізу для країн IV групи притаманно багато спільних ознак, що обумовлені особливостями перехідного етапу розвитку національної економіки (від планової до ринкової), єдиною спрямованістю у процесі реформування галузі ОЗ та особливостями розвитку ФР, проблемами у фармацевтичному забезпеченні населення і т. ін. У всіх без винятку країнах цієї групи (**Болгарії, Чехії, Естонії, Хорватії, Словаччині, Румунії, Польщі, Російській Федерації, Україні**) аптекою можуть володіти нефармацевти і законодавчо закріплена можливість створення аптечних мереж одним власником. У більшості країнах IV групи держава практично не втручається у процеси розвитку роздрібного сегмента ФР. Як правило, механізми її впливу на фармацевтичне забезпечення населення неефективні. Так, у Болгарії, Польщі, Румунії, Чехії, Україні відсутні демографічні та географічні критерії щодо оцінки можливостей відкриття нових аптек.

Серед країн IV групи **Польща** характеризується найбільш ліберальними підходами в організації надання ФД. У країні відсутні обмеження на право власності аптекою нефармацевтами, кількістю закладів, що належать одній особі, географічні та демографічні критерії раціонального розміщення аптечної мережі. Для відкриття аптеки необхідно отримати ліцензію, що видається місцевими відділеннями фармацевтичного інспекторату. Обов'язковою умовою при цьому є наявність у штаті аптеки ліцензованого фармацевта. На відміну від інших європейських країн, в яких на потужні аптечні мережі припадає значний обсяг продажів ЛЗ та виробів медичного призначення (ВМП), у загальному обсязі роздрібного сегмента ФР Польщі продаж товарів через мережі складає всього 1 % (2010 р.). За останніми даними, у Польщі функціонує понад 11300 аптек. Для Польщі характерний один з найвищих, у порівнянні з іншими країнами ЄС, показників співплатежів вартості пацієнтами у межах обов'язкового медичного страхування (ОМС).

**РОЗПОДІЛ КРАЇН ЗА МОЖЛИВІСТЮ ФУНКЦІОНУВАННЯ ІНТЕРНЕТ-АПТЕК
ТА ONLINE-ПРОДАЖІВ ЛЗ І ВМП**

Можливість функціонування інтернет-аптек та продажів ЛЗ і ВМП в on-line режимі за групами країн		
Так	Ні	Статус не визначений
I група країн		
Данія*, Німеччина*	Фінляндія, Франція, Греція, Італія	–
II група країн		
Словенія	Угорщина, Латвія, Литва, Туреччина	–
III група країн		
Мальта, Нідерланди*, Португалія, США, Іспанія (для ОТС-препаратів), Швеція (лише через мережу «Apoeket»), Швейцарія*, Великобританія*	Австрія, Бельгія, Кіпр, Ірландія, Норвегія	–
IV група країн		
Чехія (для ОТС-препаратів у мережі зареєстрованих аптек), Польща	Болгарія, Естонія, РФ, Україна, Республіка Білорусь	Румунія, Словаччина

Примітка: * – online-продажі ЛЗ і ВМП лише із сайтів зареєстрованих аптек.

У РФ, за останніми офіційними даними, налічувалося понад 53 тис. аптек. У країні нормами чинного законодавства дозволено формування аптечних мереж одним власником. При цьому на 100 тис. населення припадає у середньому 44 аптечних заклади. Значною проблемою в організації фармацевтичного забезпечення населення РФ є нерівномірний характер демографічного навантаження на один аптечний заклад у різних регіонах країни. Так, найвищий показник спостерігається у Брянській, Володимирській, Амурській областях та Хабаровському краї. Соціально напружена ситуація з розміщенням аптечних закладів спостерігається у Чеченській Республіці, Республіках Дагестані й Хакасії та у Магаданській області. В роздрібному сегменті ФР РФ функціонує понад 40 аптечних мереж, які можна класифікувати за сферою впливу та географічним показником (національні – всі регіони та не менш ніж у 15 областях, міжрегіональні – не менш ніж 5 областей у 2-х регіонах, регіональні – один регіон). Досить ефективно на російському ФР функціонують національні аптечні мережі (мережа «Аптеки 36,6», «Ригла»), міжрегіональні («Имплозия», «Алфег аптека», «Доктор Столетов», «Фармакор», «Вита» та ін.), регіональні («А 5 Group», «Губернские аптеки», «Курган фармация», «Брянские аптеки», «Старый доктор»). Приблизно 80 % аптечних за-

кладів належать до складу невеликих аптечних мереж (до 10-ти торгових точок). У зв'язку з непослідовною державною політикою на федеральному та місцевому рівнях у 28 регіонах країни спостерігається значний дефіцит аптечних закладів.

Негативними тенденціями розвитку аптечних мереж у РФ є зниження кількості виробничих аптек, посилення ролі комерційних факторів у роботі аптек та збитковість закладів комунальної форми через посилення страхового навантаження у системі соціального ОМС.

На завершальному етапі наших досліджень усі країни за групами аналізу були проаналізовані за можливістю відкриття та функціонування інтернет-аптек та інших видів дистанційної реалізації ЛЗ і ВМП у чотирьох групах аналізу [2, 5, 10, 11]. Результати досліджень наведено у табл. 2. Як бачимо за даними таблиці, кількість країн, у яких заборонено функціонування інтернет-аптек та інших видів дистанційної реалізації препаратів більше, ніж тих, де така норма діє. Крім цього, у деяких країнах існують обмеження щодо інтернет-продажів рецептурних препаратів (Іспанія, Чехія), а також діє норма про залучення до роботи лише сайтів офіційно зареєстрованих аптек (Данія, Німеччина, Нідерланди, Швейцарія). Жорсткі обмеження з різних видів дистанційної реалізації ЛЗ, зокрема і безрецептурної

групи, існують у Туреччині. При цьому у разі відсутності аптек у районі ЛЗ можуть реалізувати лікарі, але при відкритті аптечного закладу зазначена практика має бути скасована.

Найбільш ліберальні підходи до організації діяльності інтернет-аптек діють у США. Робота таких аптек на федеральному рівні регулюється законодавчим актом «The Ryan Haight Online Pharmacy Consumer Protection Act of 2008». На американському ФР офіційно зареєстровано понад 400 інтернет-аптек, які переважно мають розгалужену локальну мережу закладів і розташовані в США, Канаді та інших країнах. У Великобританії, відповідно до основних положень стратегічного плану уряду «Pharmacy in the Future» (2000 р.), дозволена реалізація ЛЗ через мережу інтернет-аптек при дотриманні відповідних стандартів якості. За даними компанії «MarkMonitor», наприкінці 2010 р. діяло понад 3 тис. сайтів, з яких лише 18 % були безпосередньо зареєстровані в країні.

Різноманітний досвід реалізації ліків дистанційно сформувався у Німеччині. Діяльність поштових аптек підлягає контролю з боку відповідних державних органів у загальному зі звичайними аптеками порядку. Реалізація поштою рецептурних ЛЗ здійснюється лише після отримання аптекою рецепта від замовника, а все більшої популярності у Німеччині набувають інтернет-аптеки. До січня 2004 р. будь-яка форма дистанційного продажу ЛЗ у країні була заборонена. У березні 2005 р. значно розширились торговельні можливості аптечного сектора економіки. Так, офіційно було представлено Керівництво з правил реалізації ЛЗ за допомогою мережі Інтернет. За останні два роки кожен третій мешканець Німеччини замовляв одне або більше найменування ЛЗ в online-аптеках, а питома вага продажу товарів через такі аптеки щорічно збільшується і становить 6-8 % від загального обсягу роздрібного сегмента ФР. Понад 80 % найменувань ЛЗ, що реалізуються через мережу інтернет-аптек, належать до ОТС-групи препаратів.

У Данії з 2001 р. дозволена реалізація ЛЗ через інтернет-аптеки. Роздрібна реалізація ЛЗ з використанням інтернет-ресурсів здійснюються через сайт Датської фармацевтичної асоціації. Крім цього, відповідним

наказом Управління по ЛЗ Данії (Danish Medicines Agency) мешканцям країни дозволено звертатися до послуг інтернет-аптеки в інших країнах ЄС, а також країн-учасниць Угоди про економічний простір («Agreement on the European Economic Area»).

Перша інтернет-аптека у Швейцарії була відкрита у 1997 р., при цьому офіційно її діяльність була дозволена лише у 1999 р. Хворим у разі неможливості отримання ЛЗ в аптеці дозволяється відправляти препарати поштою. Особливістю в організації дистанційної реалізації ЛЗ у Швейцарії є заборона на доставку ЛЗ безрецептурної групи без рецепта лікаря. У деяких кантонах видається дозвіл на відпуск безрецептурних препаратів лише у разі наявності рецепта, організації консультативної допомоги для пацієнта та можливості моніторингу за його станом протягом лікування. Із 2006 р. нові принципи реалізації ЛЗ, також і рецептурної групи через інтернет-аптеки, були запроваджені в Швеції.

Посилення тенденцій до розширення торговельних можливостей аптечних закладів, що спостерігались на початку ХХІ ст., мало свої наслідки й в організації надання ФД населенню країн ІV групи, насамперед у Чехії та Польщі. Так, у Польщі із середини 2007 р. рішенням Вищої палати парламенту був легалізований відпуск ЛЗ через інтернет-аптеки. Постановою уряду РФ від 27.09.2007 р. № 612 «Про затвердження правил продажу товарів дистанційним способом» була заборонена пряма дистанційна реалізація ЛЗ. Для таких країн ІV групи, як Румунія та Словачія характерна невизначеність у нормативно-правовій площині будь-якої форми дистанційних продажів ЛЗ.

В Україні наказом МОЗ України від 31.10.2011 р. № 723 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва ЛЗ, оптової, роздрібною торгівлі ЛЗ» заборонені дистанційна (через мережу Інтернет) торгівля препаратами, а також продаж ЛЗ поштою та через будь-які заклади, крім аптечних, і поза ними, крім випадків, передбачених у відповідному підпункті зазначеного нормативного акта. Так, у сільській місцевості у разі відсутності аптеки або її структурного підрозділу роздрібна реалізація ЛЗ здійснюється

у приміщеннях фельдшерських, фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських, дільничних лікарень, амбулаторіях, зокрема й загальної практики (сімейної медицини), працівниками цих закладів, які мають медичну освіту, на підставі договорів, укладених із ліцензіатом [4]. При цьому у відкритому інформаційному просторі представлено чимало пропозицій з дистанційного продажу ЛЗ від вітчизняних інтернет-аптек.

Висновки і перспективи подальших досліджень

1. Встановлено, що для країн III групи з історично сформованим домінуванням ліберальних підходів до державного регулювання фармацевтичної діяльності притаманна різноманітність форм і підходів до організації надання ФД населенню.

2. Для більшості країн IV групи аналізу державою на шляху реформування ОЗ задекларовано впровадження ефективних механізмів державного регулювання доступності надання ФД, що функціонують у соціально орієнтованих країнах ЄС.

3. Посилення впливу комерційних факторів в організації надання ФД, що спостерігається у країнах III та IV груп аналізу, потребує активного запровадження комплексу заходів, що спрямовані на підтримку соціально не захищених верств населення, що відповідають нормам «Належної аптечної практики».

4. Розширення спектра аптечних послуг та упровадження дистанційних форм реалізації ЛЗ є об'єктивним процесом розвитку системи фармацевтичного забезпечення населення.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Котвіцька А. А. Методологія соціальної справедливості фармацевтичного забезпечення населення / А. А. Котвіцька // Фармацевтичний журнал. – 2008. – № 2. – С. 8–12.
2. Лукьянчук Е. Место интернет-аптек во всемирной паутине / Е. Лукьянчук // Ежедневник Аптека #811 (40) 17.10.2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/100525>

3. Мнушко З. М. Теория и практика маркетинговых исследований в фармации : монография / З. Н. Мнушко, И В. Пестун. – Х. :Изд-во НФаУ, 2008. – 308 с.
4. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 723 «Прозатвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/115194>
5. Немченко О. А. Досвід функціонування аптечних мереж в різних країнах світу / О. А. Немченко, А. В. Белченко, В. М. Назаркіна // II міжнародна науково-практична Internet-конференція «Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики», 26–27 квіт. 2015 р., м. Харків. – Х., 2015. – С. 17–19.
6. Немченко А. С. Наукове узагальнення світового досвіду впровадження новітніх технологій з електронної рецептури / А. С. Немченко, Л. В. Терещенко, Н. В. Тетерич // Клінічна фармація. – 2012. – Т. 16, № 4. – С. 25–30.
7. Немченко О. А. Наукове узагальнення сучасних підходів до надання фармацевтичної допомоги населенню в різних країнах світу з традиційною організацією аптечних мереж / О. А. Немченко // Соціальна фармація в охороні здоров'я. – 2015. – Т. 1, № 1. – С. 38–42.
8. Немченко А. С. Діалектика та методологія організації фармацевтичної допомоги населенню за умов впровадження обов'язкового медичного страхування / А. С. Немченко, Г. Л. Панфілова, В. В. Пропіснова // Клінічна фармація. – 2009. – Т. 13, № 1. – С. 31–36.
9. Панфілова Г. Л. Організація фармацевтичної допомоги за умов медичного страхування / Г. Л. Панфілова, А. С. Немченко, О. А. Немченко : монографія. – Х. : НФаУ, 2009. – 290 с.
10. Соколенко А. Как увеличить оборот аптечной сети / А. Соколенко // Журнал «Фармацевтический курьер», № 11, 2012 г. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://applecons.com.ua/info/materials/1/34/>

11. Толочко В. М. Статус інтернет-аптек у чинному законодавстві України / В. М. Толочко, Ю. П. Медведєва // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2009. – № 1. – С. 30–33.

REFERENCES

1. Kotvitskaya AA. Farmatsevtichesky zhurnal. 2008; (2): 8-12.
2. Lukyanchuk E. Ezhenedelnik Apteka [serial online] 2011; Oct 811 (40): Available from URL: <http://www.apteka.ua/article/100525>.
3. Mnushko ZN, Pestun IV. [Theory and practice of marketing research in pharmacy]. Monograph: Izdatelstvo NWaU; 2008. 308 p. Ukraine.
4. Order of the Ministry of Health of Ukraine from 31.10.2011 № 723 “On Approval of License conditions of the business of drug manufacturing, wholesale and retail sale of medicines” [serial online] 2011; Available from URL: <http://www.apteka.ua/article/115194>.
5. Nemchenko OA, Belichenko AV, Nazarkina VM. [The experience of pharmacy chains around the world]. In: [Proceedings of the 2rd International Conference Management and marketing as a part of the modern economy, science, education, practice; 2015 Apr 26-27; Kharkiv, Ukraine]; Kharkiv; 2015. 17-19 p. Ukraine.
6. Nemchenko A, Tereshchenko L, Teterych N. Klinichna farmatsiia. 2012; 16 (4): 25-30.
7. Nemchenko OA. Sotsialnaya farmacaya v zdavoohranenija. 2015; 1 (1): 38-42.
8. Nemchenko A, Panfilova G, Propisnova V. Klinichna farmatsiia. 2009; 13 (1): 31-36.
9. Panfilova GL, Nemchenko AS, Nemchenko OA [Organization of pharmaceutical care in conditions of health insurance] Monograph: Izdatelstvo NWaU; 2009. 290 p. Ukraine.
10. Sokolenko A. Farmatsevtichesky kurer. [serial online] 2012; Nov (11): Available from URL: <http://applecons.com.ua/info/materials/1/34/>
11. Tolochko VM, Medvedeva YP. Upravlinnya, ekonomika ta zabezpechennya katchestva v farmatsii. 2009; (1): 30-33.

УДК 616.248:615.015

СИСТЕМАТИЗАЦІЯ ОПЫТА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ В СТРАНАХ С ЛИБЕРАЛЬНЫМ ПОДХОДОМ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ**Л. А. Немченко**

В статье представлены результаты систематизации данных в организации фармацевтического обеспечения населения в странах с доминированием либеральных подходов к государственному регулированию фармацевтической деятельности, а также в странах, которые находятся на стадии реформирования здравоохранения и системы фармацевтического обеспечения населения. Определено, что для большинства стран характерно разнообразие форм и методов в организации оказания фармацевтической помощи населению, которые обусловлены историческими и социально-экономическими особенностями развития общества. Усиление влияния коммерческих факторов в организации оказания фармацевтической помощи, которое наблюдается в странах с доминированием либеральных подходов к регулированию фармацевтической деятельности, требует внедрения мероприятий, направленных на поддержку социально не защищенных слоев населения, отвечающих, в свою очередь, нормам Надлежащей аптечной практики. Расширение спектра аптечных услуг и введение дистанционных форм реализации лекарственных средств является объективным процессом развития системы фармацевтического обеспечения населения.

Ключевые слова: аптечные учреждения, аптечные сети, интернет-аптека, система фармацевтического обеспечения, фармацевтическая помощь.

UDC 616.248:615.015

SYSTEMATIZATION OF THE EXPERIENCE OF THE PHARMACY CHAINS FUNCTIONING IN COUNTRIES WITH LIBERAL APPROACHES TO STATE REGULATION OF THE PHARMACEUTICAL PROVISION OF THE POPULATION**O. A. Nemchenko**

The article presents the results of the data systematization in organization of the pharmaceutical providing of the population in countries with predominance of liberal approaches in the state regulation of pharmaceutical activities, as well as in countries that are in the process of reforming their healthcare system and the pharmaceutical provision of the population. It has been determined that the majority of countries are characterized by a variety of forms and methods of the organization of the pharmaceutical care provision to the population. This diversity is due to the historical and socioeconomic features of the society development. The increased influence of commercial factors in the organization of the pharmaceutical care provision observed in countries with predominance of liberal approaches in regulation of pharmaceutical activities requires introduction of certain measures. These measures should be aimed at supporting socially vulnerable groups of the population and meet the standards of «Good Pharmacy Practice». Extension of the range of pharmacy services and introduction of distance distribution of medicinal products is an objective process of development of the pharmaceutical provision of the population.

Key words: pharmacies, pharmacy chains, online pharmacy, system of pharmaceutical provision, pharmaceutical care.