

НАУКОВЕ УЗАГАЛЬНЕННЯ СВІТОВОГО ДОСВІДУ З ПИТАНЬ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

Кубарева І.В., Демянік К.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

На сьогодні досвід організації системи фармацевтичного забезпечення населення в країнах, що дотримуються стандартів належних практик, свідчить про високий рівень соціальних гарантій населенню. Вивчення та впровадження досвіду високорозвинутих країн є актуальним питанням в аспекті реформування вітчизняної системи охорони здоров'я й фармації. На думку фахівців, ефективний розвиток вітчизняної фармації вимагає посилення державного впливу на процеси забезпечення населення лікарськими засобами (ЛЗ) особливо у період кризового стану в економіці країни та пов'язаних з ним значним зменшенням доходів та платоспроможності населення, що дозволить у повній мірі забезпечити право громадян на медичну і фармацевтичну допомогу.

З огляду на вищезазначене, **метою** нашого дослідження стало проведення аналізу методів державного регулювання фармацевтичної діяльності в сільській місцевості в країнах зарубіжжя.

Під час дослідження нами проведено наукове узагальнення досвіду 24 європейських країн з питань державного регулювання фармацевтичної діяльності у сільській місцевості. Відповідно до результатів аналізу нами визначено три групи країн в залежності від характеру впливу та рівня втручання держави у фармацевтичну діяльність у сільській місцевості:

I група – країни, в яких застосовуються прямі методи державного регулювання та централізований характер впливу на регулювання фармацевтичної діяльності (*Великобританія, Франція, Італія, Німеччина, Австрія, Бельгія, Норвегія, Португалія, Фінляндія*)

II група – країни з переважно ліберальним характером впливу та непрямими методами державного регулювання фармацевтичної діяльності (Данія, Швеція та Швейцарія)

III група – країни з прямими методами регулювання з боку держави, але з використанням децентралізованих форм впливу на фармацевтичну діяльність (Польща, Чехія, Словаччина, Угорщина та Латвія).

З огляду на визначений нами груповий розподіл, країни що увійшли до I групи, застосовують жорстко регламентований розподіл повноважень між органами державного управління у фармації, централізовану процедуру отримання ліцензії на реалізацію ЛЗ та регулювання їх обігу, обов'язкові обмеження кількості аптечних закладів за демографічно-територіальною ознакою, у т.ч. у сільській місцевості.

Для країн, що відносяться до II групи є характерним помірний рівень державного регулювання фармацевтичної діяльності, з використанням комбінації прямих та не прямих методів впливу, що обумовлює функціонування неурядових організацій (Асоціації фармацевтів, Профспілки аптекярів), які здійснюють ліцензування та видають дозвіл на відкриття філіалів муніципальних аптечних закладів у сільській місцевості. Вказаний підхід, що поєднує державні та суспільні механізми регулювання фармацевтичної діяльності, дозволяє визначити потребу галузі у фахівцях та суб'єктах господарювання для забезпечення належного рівня доступності фармацевтичної допомоги у сільській місцевості .

Країни Європи, для яких є характерним змішаний тип державного регулювання, віднесено нами до III групи. З огляду на вищезазначене, вказаними країнами застосовуються методи ліцензування фармацевтичної діяльності, державної реєстрації ЛЗ та прямі методи державного регулювання цін на ЛЗ у сільській місцевості. Разом з тим, управлінню фармацевтичним сектором притаманний ліберальний характер, з широким залученням неурядових професійних організацій.

Таким чином, за результатами наукового узагальнення міжнародного досвіду державного регулювання фармацевтичної діяльності встановлено, що ефективність національних систем фармацевтичного забезпечення, в першу чергу, у сільській місцевості, вимагає обґрунтованого поєднання принципів централізації та децентралізації, а також раціонального впливу державного та суспільного регулювання фармацевтичної діяльності.