

Вышеизложенные «огрехи» в организации рекламной деятельности фармацевтической продукции, имеют серьезные социальные последствия для здоровья населения, поэтому требуется строжайшее регулирование рекламной деятельности предприятий фармации.

Литература

1. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2010 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».
2. Закон о рекламе Республики Казахстан от 19 декабря 2003 года № 508-III ЗРК.
3. Предпринимательство и право: Сб. нормативно-правовых актов. Астана: ЗАО «Республиканский информационно-выставочный центр по малому предпринимательству», 2002.
4. Панкратов Ф.Г., Серегина Т.К., Шахурин В.Г. Рекламная деятельность. М.: Информационно-внедренческий центр «Маркетинг», 2008.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В АЗИАТСКИХ СТРАНАХ, КАНАДЕ И ПОЛЬШЕ

З. Нетова,
научный руководитель Л.Г. Сатаева
Казахстан, г. Алматы,
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Главными задачами реформ здравоохранения, развернувшихся в странах с развитой рыночной экономикой в 1980-1990 гг., стали сдерживание роста государственных расходов и повышение эффективности системы здравоохранения. Азиатские страны достигли значительных успехов в социальной защите своих граждан и предоставлении им лекарственной помощи, поэтому опыт этих стран в организации лекарственного обеспечения больных социально значимыми заболеваниями представляет особый интерес [1, 2, 3].

Япония является первой страной в Азии, где было введено в общенациональном масштабе страхование здоровья населения (1961 г.). Медицинское обслуживание в Японии финансируется преимущественно за счет фондов страхования здоровья. Данная помощь оказывается бесплатно по линии медицинской помощи бедным, таким как больные туберкулезом, психическими расстройствами и престарелым гражданам.

Подавляющее большинство населения Японии попадает под действие двух основных систем страхования лиц наемного труда и национальной системы страхования здоровья. Расчет с учреждениями здравоохранения производится на основании тарифов на медицинские услуги и лекарства, утвержденные Министерством здравоохранения и социального обеспечения Японии.

На здравоохранение в Канаде тратится примерно 10 % государственного бюджета. Предусмотрена частичная оплата фармацевтических услуг для нетрудоспособных (6 % населения) и для больных старше 65 лет (12 % населения).

В Польше регистрационная комиссия по лекарственным средствам, группы экспертов Министерства здравоохранения и социального обеспечения вместе с Министерством финансов также устанавливают ценовую политику по отношению к изготовителям фармацевтических препаратов, особенно используемых для лечения соци-

ально значимых заболеваний. Цены на ЛС регулируются МЗ Польши, исходя из стоимости производителя и затрат оптового и розничного звена. Деятельность аптек регулируется двумя законодательными актами.

1. Законом о фармацевтических и медицинских изделиях, аптеках, оптовых компаниях и фармацевтическом надзоре (от 10.10.1991 г.).

2. Законом о фармацевтических палатах (от 19.04.1991 г.).

В Румынии с 1997 г. приказом Министерства здравоохранения функции оптовой и розничной реализации ЛС разделены. В Чехии аптеки находятся в большой зависимости от компаний медицинского страхования, которые постоянно вмешиваются в работу фармацевтических учреждений (в частности, в процесс формирования цен на ЛС, процент возмещения аптекам стоимости ЛС, отпущенных по льготным рецептам и т.д.). Одной из прогрессивных считается система ценообразования на лекарственные средства в Марокко, которая позволила достичь значительного развития фармацевтической промышленности (уровень обеспечения отечественными ЛС составляет более 70%) и установить цены ниже, чем на Европейском рынке.

Министерство здравоохранения Марокко устанавливает цены на ЛС, дает разрешение на торговлю, контролирует качество лекарственных препаратов. Розничные цены на товары аптечного ассортимента стабильны и состоят из следующих элементов: цены продажи, государственного налога (8%), прибыли склада (10%) и аптеки (30%). Цена продажи в свою очередь представляет собой стоимостное выражение суммы различных затрат: ингредиентов производства и контроля качества лекарств, социального развития (до 20% стоимости производства), на рекламу и научную информацию, упаковки, кредитование, наценок на новые лекарственные препараты, а также прибыли фармацевтического завода.

Предпринятые меры по сдерживанию расходов оказались результативными и доля общественных затрат на здравоохранение в ВВП развитых стран лишь незначительно увеличилась и оставалась на уровне 6,0-10 % от ВВП % в период 1990-2014 гг.

Для совершенствования организации лекарственного обеспечения населения, ВОЗ разработана концепция основных лекарственных средств, главной задачей которой является достижение как можно более широкого охвата населения лекарственными препаратами умеренной стоимости, в максимальной степени эффективными для профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний. Подготовленный Перечень содержит свыше 200 наименований и пересматривается раз в 2 года. Многие развивающиеся страны перешли к закупке основных лекарственных средств, руководствуясь этим списком, что обеспечивает более рациональное использование лекарственных средств, исключает их неправильное применение, снижает расходы на приобретение лекарственных препаратов.

Вывод. Бюджетное здравоохранение во многих зарубежных странах развивалось как направление социальной политики государства в ответ на требование общест-венности расширить задачи защиты населения от эпидемических и других экзогенных заболеваний.

Литература

1. WHO Policy Perspectives on Medicines. The Selection of Essential Medicines // WHO, Geneva, June, 2002.
2. Who Health for all database. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 1997.
3. Trends in health status, services and finance – transition in central and eastern Europe // World Bank Technical Paper. 2006.