

ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ АПТЕЧНОГО ДЕЛА В РОССИИ: УРОКИ ИСТОРИИ

Н.Н. Карева, доктор фармацевтических наук, профессор,
Н.В. Марченко*, кандидат фармацевтических наук

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия;
197376, Санкт-Петербург, ул. профессора Попова, д. 14, лит. А

Вопросы открытия и размещения аптечных организаций в России регламентировались государством практически на каждом этапе развития аптечной службы. С момента появления первых аптек в XVI и до конца XX века осуществлялось государственное регулирование порядка открытия и размещения аптек, их внутреннего устройства и оснащения, внедрялись правила внутреннего управления и отпуска лекарств, права, обязанности и ответственность аптекарей. Устанавливались нормы числа жителей, количества рецептов и денежного оборота на 1 аптеку. Общие правила развития аптечной системы были ориентированы на совершенствование лекарственного обслуживания населения, обеспечение равномерной загрузки аптек и достижение их рентабельности.

В конце XX века в России государственное регулирование размещения аптек было отменено, тем самым были снижены барьеры по выходу на рынок, что привело к быстрому росту числа аптек. Резервы потребительского спроса оказались практически исчерпаны, рентабельность аптечной торговли снизилась и составила 1–3%.

Ключевые слова: Аптекарский приказ, Аптекарский устав, аптечная монополия, земская реформа, нормативы размещения аптечных организаций.

E-mail: marchenkonv@yandex.ru

Информация о первой на Руси аптеке относится к 1581 г., ко времени правления царя Ивана Грозного, когда на территории Московского Кремля открылась аптека для обслуживания царя и его семьи. Прошло почти 100 лет, и в 1672 г. по специальному указу царя Алексея Михайловича была открыта вторая аптека, которая обслуживала только приближенных царя и армию, хотя должна была обслуживать «всяких чинов людей». В штате аптеки были аптекари, лекари, алхимики, дистилляторы, лекарские и аптекарские ученики. Спустя 10 лет, в 1682 г. при гражданском госпитале появилась еще одна третья государственная аптека [1–3]. Таким образом, почти за 100 лет были открыты лишь 3 государственные аптеки.

В начале XVII века для руководства медицинским делом в России было создано государственное учреждение – Аптекарский приказ – высший медицинский управленческий орган, самобытная организация, с присущей только России спецификой управления лечебным и аптечным делом [4].

Время царствования Петра Великого ознаменовалось стремительным развитием аптечного дела в России. В 1701 г. был издан Указ о закрытии зеленых лавок и открытии в Москве 8 частных аптек. Появление Указа было обусловлено необходимостью ликвидации торговли «непотребным зельем

и иным нелекарственным питьем», что частенько наблюдалось в те далекие времена. В Указе говорилось: «Зеленому ряду, что в Китае городе, также и по улицам, где есть в Китае и Белом городе что-нибудь, лавки, в которых торгуются и продаются товары, всякие зелья и масти, будто за лекарства, и тем лавкам не быть, и никакими зельями, и травами, и мастьями, и лекарствами никому в тех местах мимо аптек не торговать и не продавать, и тот зеленый ряд по улицам, перекресткам лавки очистить, и продавцам тех товаров выехать...» [5].

Одновременно другим Указом Петра I вводилась государственная аптечная монополия, сущность которой сводилась к тому, что производство и продажа лекарств должны были осуществляться только посредством аптек. В каждом районе города разрешалось открывать только одну аптеку, на открытие другой аптеки требовалось разрешение владельца уже имевшейся аптеки, что гарантировало аптекарям высокий и постоянный доход, т.е. аптечная монополия практически устраняла конкуренцию. Указы Петра I способствовали созданию благоприятных условий для развития аптечного дела в России, а открытие только одной аптеки в каждом районе Москвы обеспечивало равномерное развитие сети аптек. Указы Петра I были выполнены только к 1712 г.: сначала в Москве открыты 2 вольные (частные) аптеки, а затем еще 6 аптек.

Петр I придавал большое значение организации аптечного дела. В отличие от других торговых учреждений аптеки пользовались государственным гербом на вывеске и упаковках, а аптекарям предоставлялись различные привилегии: освобождение от налогов, воинской повинности, права именитых граждан. Аптечная реформа Петра I проводилась только в столице. В этот же период была осуществлена реорганизация Аптекарского приказа, часть которого переехала в 1712 г. в Санкт-Петербург и развернула свою деятельность под названием «Аптекарская канцелярия». Другая, большая часть приказа, по-прежнему оставалась в Москве и работала под старым названием.

В 1717–1718 гг. управление приняло новую форму – в виде коллегий. Колыбелью их создания явился Санкт-Петербург. Указом от 12 декабря 1718 г. объявлялось: «в Коллегиях дела управлять в будущем 1719 г. старым, а с 1720 г. новым манером, понеже новым манером еще не управлялись». Этим же Указом утверждалась деятельность первых 9 коллегий, однако среди них не выделялась Медицинская коллегия. Ее роль по-прежнему выполняли Аптекарский приказ в Москве и Аптекарская канцелярия в Санкт-Петербурге.

Для поощрения открытия частных аптек в 1726 г. было разрешено выдавать за деньги из государственных казенных аптек лекарственные средства вновь открываемым частным аптекам. Этот период характеризуется ростом числа аптек, в связи с чем возникла необходимость регламентирования их деятельности. Для этого в 1789 г. был издан Первый российский Аптекарский устав, который устанавливал порядок приготовления, хранения и отпуска лекарств. Этим же Уставом предписывалось, что аптекари не имели права лечить больных, а также самостоятельно выписывать им лекарства [3]. К концу XVIII века в России насчитывалось уже более 200 аптек. Однако ощущался острый дефицит фармацевтических кадров. Кроме того, более чем 170 городов страны аптек не имели.

В 1836 г. был утвержден новый Аптекарский устав, в котором содержалось 47 параграфов, т.е. вдвое больше, чем в Уставе 1789 г. издания. Устав 1836 г. регламентировал порядок открытия и размещения аптек, их внутреннее устройство и оснащение, правила внутреннего управления аптеками и отпуска лекарств, права, обязанности и ответственность аптекарей. Согласно Аптекарскому уставу, разрешение на право открытия частных аптек выдавалось Медицинским департаментом Министерства внутренних дел. Владельцем аптеки мог быть любой гражданин, но управлять аптекой разрешалось только лицам, имевшим звание аптекаря или провизора. Лица, желавшие открыть аптеку, должны были подать прошение в местное губернское врачебное управление. Врачебное управление, рассмотрев прошение и затребовав письменный отзыв владельцев близлежащих аптек о целесообразности

открытия новой аптеки, выносило свое заключение, которое отправлялось в Медицинский департамент Министерства внутренних дел. Кроме этого, врачебные управления были обязаны «доставлять Министерству внутренних дел: 1) сведения о числе всех вольных аптек, состоящих в губернии, с означением: в каких именно городах оныя находятся, кому принадлежат, и нет ли в том числе аптек, на учреждение коих не было законного позволения; 2) именные ведомости о состоящих при тех аптеках аптекарях, провизорах, гезелях и учениках с объяснением, все ли они имеют законные доказательства на звания и степени, а буде в числе их есть такие, кои надлежащим порядком экзаменованы не были, то какие со стороны врачебного управления приняты меры к отвращению сего злоупотребления» [6].

Со временем аптечная монополия стала тормозить развитие аптечного дела в России, и Министерство внутренних дел предписывало местным врачебным управлениям: «Местное врачебное управление по соображению: 1) действительной надобности в учреждении новой аптеки, по местным обстоятельствам, народонаселению и числу находящихся уже в том городе или местечке аптек; 2) письменных отзывов от прочих содержателей местных аптек на счет того, может ли заведение новой аптеки быть допущено с изъяснением, в противном случае, встречаемых ими препятствий – представлять дело с заключением своим губернатору, который разрешает оное собственною властью» (Врачебный Устав, 1864 г.).

В 1864 г. правительство утверждает новые правила открытия аптек: устанавливаются нормы числа жителей, количества рецептов и денежного оборота на 1 аптеку. Так, для столичных городов (Москва и Санкт-Петербург) на 1 аптеку должно было приходиться 12 тыс. жителей, 24 тыс. номеров рецептов и 14 тыс. рублей денежного оборота. Для губернских городов эти нормативы составляли 10 тыс. жителей, 12 тыс. рецептов и 7 тыс. рублей товарооборота. Для уездных городов – 5 тыс. жителей, 6 тыс. рецептов. Для сельских аптек основную роль играло расстояние между аптеками, которое должно было составлять 15–16 верст [6].

В этот период в России проводилась земская реформа. Для оказания лекарственной помощи сельскому населению открывались земские аптеки, первая такая аптека была открыта в 1868 г. в Макарьевском уезде Нижегородской губернии. При организации аптечного хозяйства, стремлении к удешевлению и приближения лекарственной помощи населению земства сталкивались с административными запретами, защищавшими интересы владельцев частных аптек. Законом от 1868 г. земская аптека была приравнена к обычной аптеке и должна была соответствовать всем, указанным в нормативных документах требованиям.

Через 9 лет, а именно в 1873 г., правила открытия аптек были вновь изменены. Правительство отменило ограничение аптечной монополии по показателю годового товарооборота и изменило в пользу владельцев аптек норму рецептов для столичных (30 тыс. рецептов) и губернских (15 тыс. рецептов) аптек [7]. Следует отметить, что в этот период существовало такое понятие, как «район торговой деятельности частной аптеки». Указом Сената в местностях, не входящих в район торговой деятельности частных аптек, земские учреждения могли снабжать лекарствами население по собственному усмотрению – за плату или бесплатно [1].

В 1881 г. был издан закон, по которому аптеку на селе мог открывать не только провизор, но и помощник провизора. Сельская аптека в это время значительно отличалась от губернских аптек: она не имела лаборатории, т.е. не выполняла судебно-химических исследований, владельцы не имели права обучать аптекарских учеников и др. Несмотря на определенные недостатки, земская реформа имела прогрессивное значение, и XIX столетие характеризовалось бурным развитием аптечной сети страны (см. рисунок). Так, за 100 лет аптечная сеть страны увеличилась с 211 аптек в 1804 г. до 3757 аптек в 1904 г. [2].

В XX веке государственное регулирование развития аптечной системы продолжилось. В 1905 г. появляется Устав врачебный, в котором прописываются правила открытия аптек и порядок их работы. В 1912 г. выходит Закон «О порядке открытия аптек земскими и городскими самоуправлениями». Согласно этому закону, земские учреждения могут открывать нормальные вольные аптеки в любом количестве и месте, независимо от числа аптек, работающих в данной местности. В остальных вопросах, касающихся порядка работы аптеки, отпуска лекарств по рецептам, ревизий аптек и др., земские аптеки должны были руководствоваться статьями Устава врачебного (1905 г.) [7].

В начале 1914 г. были приняты правила для гомеопатических аптек, согласно которым эти учреждения могли открывать лица, не имевшие специального фармацевтического образования. Устанавливалась максимальная норма числа гомеопатических аптек для различных городов: в Москве и Петербурге – по 6 гомеопатических аптек, в Киеве, Харькове, Одессе – по 3, в городах с населением свыше 100 тыс. – по 2 аптеки, в других губернских городах – по 1 аптеке [3].

В этот период в России появилась обширная сеть аптекарских магазинов, торговавших готовыми лекарственными средствами. Аптекарские магазины приравнивались к обыкновенным торговым заведениям, причем исключались ограничения, которые требовались при открытии аптек. Но аптекарские магазины должны были соблюдать правила продажи сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств и имели запрет на изготовление лекарственных прописей.

С первых дней Советской власти аптечная служба как составная и неотъемлемая часть советского здравоохранения подверглась перестройке на новых, социалистических принципах. В 1918 г. на съезде медико-санитарных отделов по докладу «О национализации аптечного дела в России» была принята резолюция, в которой указывались необходимые меры, связанные с подготовкой к проведению национализации аптек. Вся аптечная служба страны сосредотачивалась в руках государства. В конце 1922 г. все аптечное хозяйство, за исключением больничных аптек, было переведено на хозрасчет. В 1926 г. Всероссийское фармацевтическое совещание одобрило сосредоточение всей аптечной службы в руках государства, отметило укрепление аптечной системы и улучшение лекарственного обслуживания населения. Сеть аптек в стране постепенно увеличивалась. В 1935 г. Совет народных комиссаров принял Постановление «О торговле медикаментами», в соответствии с которым отменялась система распределения и нормирования лекарств и вводилась продажа лекарств по рецептам и без рецептов из аптек, а также в сельской местности стали организовываться аптечные пункты, приближавшие лекарственную помощь к населению. К 1937 г. в селах страны было организовано более 6 100 аптечных пунктов [2].

К государственному регулированию развития аптечного дела страна вернулась в послевоенные годы. В 1961 г. Министерством здравоохранения СССР была утверждена Методика определения потребно-



сти в аптечных организациях (Приказ Минздрава СССР № 308 от 11.07.68 г.). Согласно этой Методике, расчеты производились на основе единственного нормативного показателя — числа жителей на 1 аптеку: городские поселения с числом жителей от 10 до 100 тыс. — 10 тыс. жителей на 1 аптеку; с числом жителей от 100 до 500 тыс. — 12 тыс. жителей на 1 аптеку; с числом жителей выше 500 тыс. — 16 тыс. жителей на 1 аптеку. Для сельской местности норматив не устанавливался.

В 1978 г. в целях дальнейшего улучшения лекарственного обеспечения населения и планирования развития и размещения сети аптек Приказом Минздрава СССР № 705 от 27.07.1978 г. «О нормативах развития и принципах размещения аптек» были утверждены 2 новых основных норматива: число жителей на 1 аптеку (средний расчетный показатель по стране — 9 тыс. жителей, в сельских населенных пунктах — 7 тыс. жителей; в городах и поселках городского типа с числом жителей от 10 до 50 тыс. — 10 тыс. жителей; от 50 до 100 тыс. — 12 тыс. жителей; от 100 до 500 тыс. — 13 тыс. жителей; от 500 до 1000 тыс. — 15 тыс. жителей; свыше 1000 тыс. — 20 тыс. жителей на 1 аптеку) и число фармацевтических должностей на 100 тыс. жителей (средний расчетный показатель по стране — 78, в сельских населенных пунктах — 46).

Кроме нормативов, были даны методические указания об основных принципах размещения аптек. Во-первых, разработка плана развития сети аптек должна начинаться с анализа ее состояния. Во-вторых, в городах был установлен территориальный радиус обслуживания аптеки, который не должен превышать такового поликлиники, т.е. 1,5–2 км для пешехода. Принимая во внимание, что в жилом районе имеется несколько аптек, радиус обслуживания аптек в городе должен быть не менее 1 км. В крупнейших городах при застройке жилых районов зданиями 9–12–16–20 этажей радиус обслуживания аптеки должен быть сокращен до 0,5 км. В сельской местности он не должен превышать 5–10 км при средней плотности населения 50–70 жителей на 1 км². В-третьих, вводилось понятие «пешеходно-транспортная доступность», измеряемая временем передвижения до аптеки: в городах она начинается с расстояния более 300 м и не должна превышать времени 10–15 мин; в сельской местности при расстоянии от населенного пункта до аптеки от 3 до 10 км пешеходно-транспортная доступность не должна превышать 30–40 мин. Этим же Приказом предлагалось для каждой республики и отдельных регионов страны разработать свои планы развития аптечной сети с учетом экономико-географических, социально-экономических и других особенностей отдельных зон страны. Особого внимания заслуживают следующие указания по территориальной организации сети аптек: количе-

ственный рост учреждений аптечной сети должен соответствовать потребностям населения и лечебно-профилактических учреждений в лекарственных средствах и других предметах медицинского назначения; обеспечение «равномерной загрузки и рентабельности хозрасчетных аптек».

В 70-х годах XX века В.И. Крикова и В.П. Зайцева разработали методику для планирования развития и оптимального размещения сельских аптек в центральном районе страны (на примере Рязанской области). Предварительно авторы изучили влияние на развитие сети сельских аптек таких факторов, как средняя величина заселенности по каждому району области, количество и расположение населенных пунктов, число врачей в зоне аптеки, потребление аптечных товаров в зоне аптеки на душу населения, количество лечебных учреждений, соотношение фармацевтов и врачей, перспективы развития сети здравоохранения, ожидаемое изменение численности населения, наличие транспортных связей [8]. Для окончательного определения перспективного роста аптек на предстоящие годы с учетом их рационального размещения был использован метод линейного программирования.

Математические модели линейного и целочисленного программирования широко применялись для определения наиболее оптимальных вариантов размещения медицинских и аптечных организаций. Впервые в России методы линейного программирования для оптимального размещения сельских больниц были предложены В.И. Кантом. В дальнейшем эти методы получили развитие в ряде работ, в частности в монографии В.И. Канта и В.И. Прокопишина «Медицинская и лекарственная помощь в Молдавии». В связи с тем, что при размещении аптек важную роль играет пространственный фактор, в большинстве моделей предлагаются различные варианты и обобщаются транспортные задачи. Последние в основном относятся к классу целочисленных задач линейного программирования. Важной проблемой при построении моделей размещения аптечных организаций является выбор критерия оптимальности. За такой критерий для решения задачи размещения аптек принимается минимум затрат на изготовление и реализацию лекарственных препаратов и потери времени населения [9]. Выбор критерия оптимальности отражает доступность лекарственной помощи населению. При этом задачи размещения акцентируются на учете транспортного фактора, т.е. возможности передвижения населения в соответствующей зоне обслуживания к месту размещения аптек. Модели такого типа обычно использовались для определения оптимальной зоны размещения аптек в сельской местности.

Сотрудники Всесоюзного научно-исследовательского института фармации работали над определением новых принципов размещения аптечных учреж-

дений в городах и сельских районах. Предусматривалось, что в городах развитие аптечной сети должно планироваться в комплексе с градостроительством, учетом планировки и застройки жилых районов и размещения амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений. В каждом городском административном районе должны быть центральная районная аптека, несколько аптек производственного и непроизводственного типов. Число производственных и непроизводственных аптек должно определяться нормативами – по количеству обслуживаемого населения и по плану развития и размещения амбулаторно-поликлинических учреждений. При планировании аптечных сетей указывалось на необходимость тщательного учета экономико-географических и демографических факторов различных регионов страны в каждой союзной республике (плотность населения, радиус обслуживания, уровень развития амбулаторно-поликлинической помощи населению и др.), а также предложено использование картографического метода. К началу 90-х годов XX века в стране функционировало около 30 тыс. аптек и более 95 тыс. аптечных пунктов.

В конце прошлого века в России государственное регулирование размещения аптек было отменено, следовательно, были снижены барьеры по выходу на рынок, что привело к неконтролируемому росту аптек. Резервы потребительского спроса оказались практически исчерпаны, рентабельность аптечной торговли снизилась и составила 1–3 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ретроспективный анализ развития аптечного дела, систематизация исторических данных показывают, что открытие и размещение аптечных организаций регламентировались нашим государством практически на каждом этапе развития аптечной службы, а общие правила развития территориальной организации аптечной службы были ориентированы на улучшение лекарственного обслуживания населения, обеспечение равномерной загрузки и достижение рентабельности хозрасчетных аптек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров В.А. История фармации. Самара: СамГМУ, 2004; 162–212; 271–87.
2. Криков В.И. Организация и экономика фармации. М.: Медицина, 1976; 55–8.
3. Тольцман Т.И., Голосова Н.А. Учебное пособие по истории и организации фармацевтического дела. М.: Медицина, 1974; 16–28.
4. Сало В.М. Аптекарский приказ в первой половине XVII века. Фармация, 1970; 5: 69–73.
5. Сало В.М. Аптечная реформа 1701 г. Фармация, 1989; 5: 88–91.
6. Сало В.М. История фармации в России. М.: Литтерра, 2007; 126–59.
7. Егорышева И.В. Общие и отличительные черты в становлении и развитии земской и городской медицины. Бюллетень НИИ общественного здоровья РАН, 2006; 13–5.
8. Криков В.И., Зайцев В.П., Ломакин И.И. Оптимальные зоны обслуживания сельских аптек Рязанской области. Фармация. 1973; 5: 10–4.
9. Прокопишин В.И., Кант В.И., Замбицкий Д.К. Планирование с помощью ЭВМ оптимального размещения аптечной сети в Молдавской ССР. Фармация, 1975; 3: 23–4.

Поступила 2 марта 2017 г.

GOVERNMENTAL REGULATION OF PHARMACY DEVELOPMENT IN RUSSIA: THE LESSONS OF HISTORY

Professor N.N. Kareva, PhD; N.V. Marchenko, PhD

Saint Petersburg State Chemopharmaceutical Academy;

14, Lit. A, Prof. Popov St., Saint Petersburg 197376, Russian Federation

SUMMARY

The setting-up and placement of pharmacies in Russia were regulated by the government at virtually every stage in their development. Since the emergence of the first pharmacies in the 16th to late 20th centuries, the government regulated the establishment and placement of pharmacies, their internal arrangement and equipment and introduced rules for internal control and drug dispensing, and the rights, duties, and responsibilities of pharmacists. The standards of the number of residents, the number of prescriptions, and money turnover per pharmacy were set. General rules for developing the pharmacy system were focused on improving the drug provision for the population, ensuring the balanced load of pharmacies, and achieving their profitability.

In the late 20th century, the governmental regulation of placement of pharmacies was abolished in Russia, thus reducing the barriers to entry to a market place, which led to a rapid rise in the number of pharmacies. Consumer demand reserves were nearly exhausted; the profitability of pharmaceutical trade decreased and amounted to 1-3%.

Key words: Pharmacy Order, Pharmacy Service Charter, pharmacy monopoly, Zemstvo reform, standards for placement of pharmacy organizations.

REFERENCES

1. Egorov V.A. The history of pharmacy. Samara: SamGMU, 2004; 162–212, 271–87 (in Russian).
2. Krikov V.I. Organization and economics of a pharmacy. Moscow: Meditsina, 1976; 55–8 (in Russian).
3. Tol'tsman T.I., Golosova N.A. A textbook on the history and organization of pharmaceutical business. Meditsina, 1974; 16–28 (in Russian).
4. Salo V.M. Apothecary department in the first half of the XVII century. Farmatsiya, 1970; 5: 69–73 (in Russian).
5. Salo V.M. The pharmacy reform of the year 1701. Farmatsiya, 1989; 5: 88–91 (in Russian).
6. Salo V.M. The history of pharmacy in Russia. Moscow: Litterra, 2007; 126–59 (in Russian).
7. Egorysheva I.V. Common and distinctive features in the development of rural and urban medicine. Byulleten' NII obshchestvennogozdorov'ya RAN; 2006; 13–5 (in Russian).
8. Krikov V.I., Zaytsev V.P., Lomakin I.I. Optimal coverage area of rural pharmacies in Ryazan region. Farmatsiya, 1973; 5: 10–4 (in Russian).
9. Prokopishin V.I., Cant V.I., Zambitsky D.K. Computer-aided planning of optimal placement of a pharmacy chain in the Moldavian SSR. Farmatsiya, 1975; 3: 23–4 (in Russian).