

საქართველოში  
მედიკამენტების ფასები,  
ფიზიკური და ფინანსური  
ხელმისაწვდომობა

!

თამარ გოცაძე

ნათია რუხაძე

თინათინ ტურძელაძე

!

## სარჩევი

I. შესავალი .....	1
მეთოდოლოგია .....	2
II. ანალიზის შედეგები.....	5
მედიკამენტების ფიზიკური ხელმისაწვდომობა .....	5
მედიკამენტების ფასი .....	8
მედიკამენტების ფასის შედარება საქართველოსა და სხვა ქვეყნებში.....	13
მედიკამენტების ფასნამატი .....	14
სტანდარტული მკურნალობის ხელმისაწვდომობა .....	15
III. ანალიზი .....	16
მედიკამენტების ფიზიკური ხელმისაწვდომობა.....	16
მედიკამენტების ფასი .....	17
მედიკამენტთა ფასების ცვლილება.....	17
სტანდარტული მკურნალობის ხელმისაწვდომობა .....	18
IV. დასკვნა .....	20

# I. შესავალი

ჯანდაცვის სისტემა ვერ განახორციელებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის ხელის შეწყობას, თუ სახლემწოფოს მხრიდან წარმოიქმნება დაუძლეველი ფინანსური ბარიერები. ძლიერი ჯანდაცვის სისტემა უზრუნველყოფს მკურნალობას ყველასათვის, მათი შემოსავლების მიუხედავად.

საქართველოში, მოსახლეობის მიერ სამედიცინო მომსახურებისათვის გადახდილი თანხები მნიშვნელოვნად აღემატება საშუალო ოჯახის ფინანსურ შესაძლებლობებს, რაც მძიმე ტვირთად აწვებს საზოგადოებას და განსაკუთრებით მის ღარიბ ფენას. 2007 წელს ჩატარებულმა სამედიცინო მომსახურების გამოყენებისა და ხარჯების კვლევამ გამოავლინა, რომ მოსახლეობის მიერ არასაკვებ პროდუქტებზე გაწეული ხარჯების 40%-ი მოდის ჯანდაცვის სფეროზე. ყველაზე ღარიბ ფენაში დაფიქსირებულია, რომ 17%-ზე მეტი ოჯახი თანხის უმეტეს ნაწილს ხარჯავს ჯანდაცვაზე.

ოჯახების ჯანდაცვის დანახარჯების ოდენობა მეტწილად მედიკამენტების ხარჯით განისაზღვრება. კერძო ჯანდაცვის სისტემაში დანახარჯების დაახლოებით 50-55% მედიკამენტებზე მოდის. სწორედ ამიტომ, 2008 წელს დაფიქსირებული მედიკამენტების ფასების ზრდა გახდა სამოქალაქო საზოგადოებისა და ხელისუფლების მწვავე განხილვის საკითხი. საქართველოს ეროვნული ბანკის მონაცემებით ქვეყანაში ინფლაციის ერთ-ერთ წამყვან მიზეზად ფარმაცევტულ ბაზარზე მედიკამენტთა ფასის ზრდა დასახელდა<sup>1</sup>.

ჯანდაცვის სისტემა ვერ განახორციელებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის ხელის შეწყობას, თუ სახლემწოფოს მხრიდან წარმოიქმნება დაუძლეველი ფინანსური ბარიერები. ძლიერი ჯანდაცვის სისტემა უზრუნველყოფს მკურნალობას ფარმაცევტულ ბაზარზე მედიკამენტთა ფასების საგრძნობი მატება უკვე რამდენიმე წელია შეიმჩნევა. თუმცა გარდა ფასთა მატებისა, ადგილობრივი ფარმაცევტული ბაზრის სტრუქტურის თავისებურება და ჯანდაცვის სექტორში მიმდინარე რეფორმები საზოგადოების ამ საკითხზე დაფიქრების და წუხილის მთავარ მიზეზებად გვევლინება.

ყურადღაღებია ის ფაქტი, რომ ქვეყანას არა აქვს გამართული მექანიზმი და ინსტრუმენტი, რომლითაც რეგულარულად დაადგენს ფარმაცევტული ბაზრის ძირითად და მნიშვნელოვან მახასიათებლებს (ფასს, გეოგრაფიულ და ფინანსურ ხელმისაწვდომობას და სხვა). ინფორმაციის სიმწირეს კი, თავისთავად გატარებული პოლიტიკის სისუსტე იწვევს. ეს უკანასკნელი კი მედიკამენტებზე მოსახლეობის დანახარჯების ზრდას და მოსახლეობის გარკვეული ნაწილის გადატაკებას იწვევს.

სამედიცინო მომსახურების მზარდი ხარჯები და ამ კუთხით მოსახლეობის დაუცველობა დღის წესრიგში აყენებს მედიკამენტების ფასების ზრდის საკითხებზე სახელმწიფო და საზოგადოებრივი მსჯელობის საჭიროებას.

<sup>1</sup> Finchannel.com December 29, 2008 [http://www.finchannel.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=27535&Itemid=47](http://www.finchannel.com/index.php?option=com_content&task=view&id=27535&Itemid=47)

კვლევა მიზნად ისახავდა საქართველოს ფარმაცევტულ ბაზარზე მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის დინამიკაში შეფასებას 2010 წლის პირველი 6 თვის მანძილზე. კვლევა ჩატარდა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული მეთოდოლოგიის<sup>3</sup> გამოყენებით. შესწავლილი იქნა 52 მედიკამენტზე (იხილეთ დანართი #2) ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობა, ფასები, ფას ნამატის მარეები და საქართველოს ბაზარზე მედიკამენტების ფასების შედარება ევროპის სხვა ქვეყნების ფასებთან. თითოეული მედიკამენტისთვის ფიზიკური ხელმისაწვდომობა და ფასი შესწავლილია ორი ტიპის პროდუქტზე - ორიგინალი ბრენდის და მისი ყველაზე დაბალფასიანი გენერიული დასახელების ექვივალენტისთვის (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული მეთოდოლოგიის თანახმად, ყველაზე დაბალფასიანი გენერიკის შერჩევა ინტერვიუს მომენტში კონკრეტულ აფთიაქში ფიზიკურად არსებული გენერიული მედიკამენტებიდან ხდებოდა).

კვლევის არეალებად შეირჩა: კახეთი (თელავი, გურჯაანი); სამეგრელო (ზუგდიდი, სენაკი); ქვემო ქართლი (რუსთავი, მარნეული); იმერეთი (ქუთაისი, სამტრედია). შერჩევის ამ პრინციპის გამოყენებით კვლევამ მოიცვა თითქმის 70% ლიცენზირებული აფთიაქები. ცხრილი #1 ასახავს ლიცენზირებული აფთიაქების რაოდენობას შერჩეულ არეალებში.

**ცხრილი 1: ლიცენზირებული აფთიაქები რაიონების მიხედვით**

შერჩეული რაიონები	# ლიცენზ. აფთიაქები <sup>4</sup>	PSP	AVERSI	GPC	სხვა
<b>დედაქალაქი</b>					
თბილისი	1191	86	93	31	981
<b>მეორე დიდი ქალაქი</b>					
ბათუმი	114	5	5	2	102
<b>კახეთი</b>					
თელავი	51	2	3	1	45
გურჯაანი	54	1	1	0	52
<b>სამეგრელო</b>					
ზუგდიდი	77	2	3	1	71
სენაკი	33	2	4	0	27

<sup>2</sup> კვლევის დეტალური მეთოდოლოგია იხილეთ დანართი #1

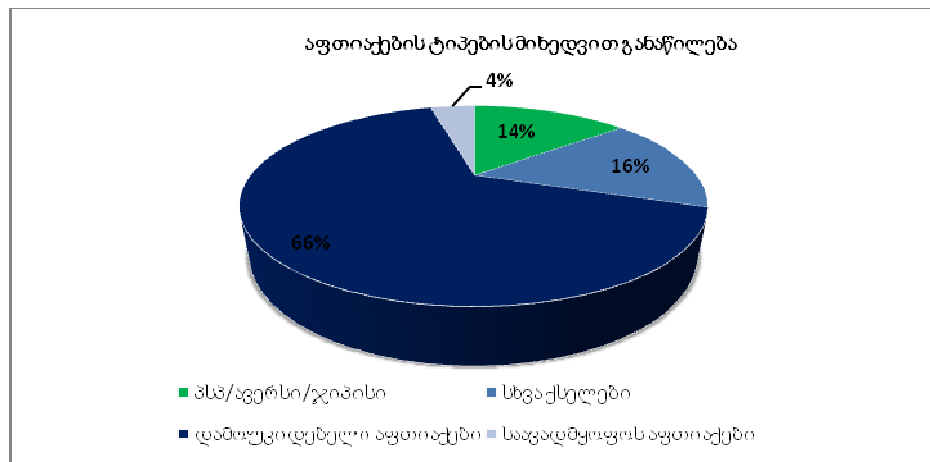
3 Measuring medicine prices, availability, affordability and price components

<sup>4</sup> [www.moh.gov.ge](http://www.moh.gov.ge)

ქვემო ქართლი					
რუსთავი	75	4	5	1	65
მარნეული	41	2	2	0	37
<b>იმერეთი</b>					
ქუთაისი	182	12	14	4	152
სამტრედია	35	2	2	1	30
<b>ჯამი</b>	<b>1853</b>	<b>118</b>	<b>132</b>	<b>41</b>	<b>1562</b>

გამოკვლეული იყო 146 ავთიაქი. ავთიაქები ტიპების მიხედვით პირობითად დაიყო: ა) პსპ/ავერსი/ჯკს ქსელური ავთიაქები; ბ) სხვა ქსელური ავთიაქები; გ) დამოუკიდებელი ლიცენზირებული ავთიაქები და დ) საავადმყოფოს ავთიაქები. კვლევის დასაწყისში ავთიაქები გადანაწილდა ალბათური პროპორციული ზომის მიხედვით, მიღებული შედეგები კოეფიციენტის გათვალისწინებით შემდეგნაირად გადანაწილდა: 14% პსპ/ავერსი/ჯკს ქსელური ავთიაქები; 16% შესაბამისად, სხვა ქსელური ავთიაქები; 66% დამოუკიდებელი ავთიაქები და მხოლოდ 4% საავადმყოფოებში განთავსებული ავთიაქები.

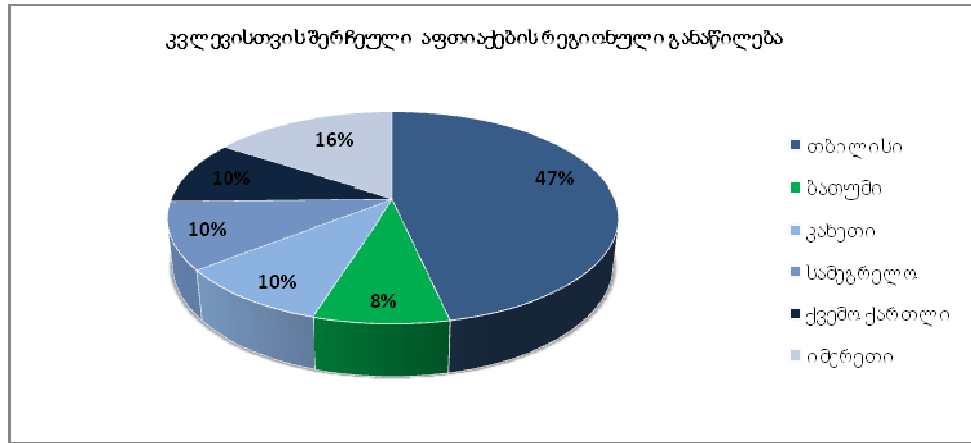
**ილუსტრაცია 1: ავთიაქების ტიპების მიხედვით განაწილება**



ტიპების მიხედვით კვლევაში მონაწილე ავთიაქები შემდეგნაირად გადანაწილდა (ილუსტრაცია #1):

რეგიონალურ შერჩევასაც იგივე, ალბათური პროპორციული ზომის მეთოდი დაედო საფუძვლად. შესაბამისად, კვლევის ობიექტების გეოგრაფიული გადანაწილება კი ასე გამოიყურება (იხილეთ ილუსტრაცია #2): 47% თბილისი, 8% ბათუმი, 10% კახეთი, 10% სამეგრელო, 10% ქვემო ქართლი და 16% იმერეთი.

ილუსტრაცია 2: კვლევისთვის შერჩეული ავთიაქების რეგიონული განაწილება



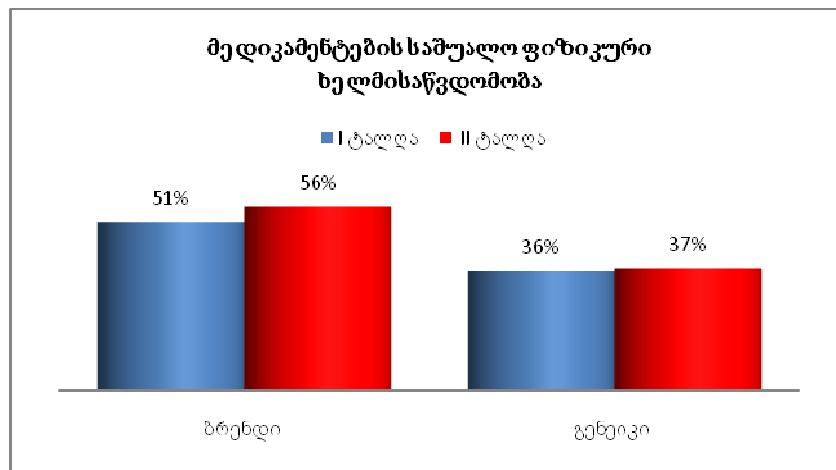
კვლევა ჩატარდა 2 ეტაპად. პირველი გამოკითვები ჩატარდა 2009 წლის დეკემბერში, ხოლო მეორე 2010 წლის ივლისის თვეში.

## II. ანალიზის შედეგები

### მედიკამენტების ფიზიკური ხელმისაწვდომობა

მედიკამენტების ფიზიკური ხელმისაწვდომობის განსაზღვრისას გავანალიზეთ ორიგინალი ბრენდების და მათი გენერიული დასახელების მედიკამენტების არსებობა შესწავლილ სააფთიაქო ქსელში. კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა სააფთიაქო ქსელში არცთუ მაღალია. კვლევის პირველი ეტაპის მონაცემებით ორიგინალი ბრენდები გაყიდვაში იყო მხოლოდ გამოკვლეული აფთიაქების 51%-ში მოიპოვება, ხოლო დაბალფასიანი გენერიული ექვივალენტი დასახელების მედიკამენტები კი აფთიაქების 36%-ში, მეორე ეტაპის მონაცემებით ხელმისაწვდომობის ცვლილება უმნიშვნელოა და სტატისტიკურად არასარწმუნო. ბრენდების შემთხვევაში ხელმისაწვდომობა გაიზარდა 5%-ით (პ-0.40), ხოლო ექვივალენტი დაბალფასიანი გენერიკების შემთხვევაში მხოლოდ 1%-ით (პ-0.87) (ილუსტრაცია #3). იყო დაფიქსირებული.

### ილუსტრაცია 3: მედიკამენტების საშუალო ფიზიკური ხელმისაწვდომობა

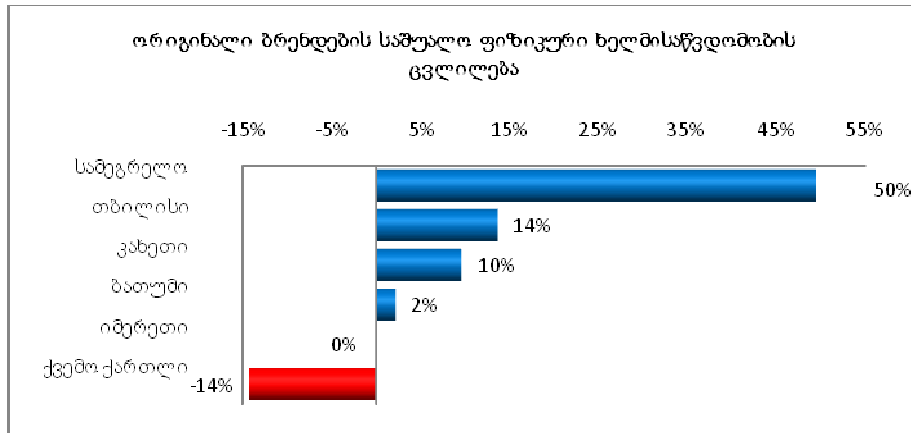


კვლევამ ცხადყო, რომ ფიზიკური ხელმისაწვდომობა არადაამაკმაყოფილებელია ორივე ტიპის მედიკამენტისთვის. ხელმისაწვდომობა არათანაბარია რეგიონების მიხედვით და აფთიაქის ტიპების მიხედვით.

კვლევის პირველი ეტაპის მონაცემების თანახმად ორიგინალი ბრენდები გაცილებით ხშირად გვხვდებოდა ბათუმის სააფთიაქო ქსელში (59%), თბილისსა (53.7%) და იმერეთში (52.6%). ყველაზე დაბალი საშუალო მაჩვენებელი დაფიქსირდა სამეგრელოში (27,8%), რაც მეტყველებს ქვეყნის ამ რეგიონში ძალიან დაბალ ფიზიკურ ხელმისაწვდომობაზე. წლის განმავლობაში ვლინდება ხელმისაწვდომობის ოდნავი გაუმჯობესება. თუმცა მიუხედავად ამ გაუმჯობესებისა, მაჩვენებელი მაინც არათანაბარია რეგიონების მიხედვით (ილუსტრაცია #4). ხელმისაწვდომობა გაუარესდა ქვემო ქართლში, კერძოდ ეს მაჩვენებელი შემცირდა

14%-ით, ხოლო დანარჩენ რეგიონებში დაფიქსირდა არათანაბარი გაუმჯობესება. აღსანიშნავია საგრძნობი გაუმჯობესება სამეგრელოში სადაც ამ მაჩვენებელმა 50% -ს მიაღწია, თუმცა უნდა აღინიშნოს რომ კვლევის პირველი ეტაპის დროს სამეგრელოში ყველაზე დაბალი ხელმისაწვდომობა იყო დაფიქსირებული.

**ილუსტრაცია 4: ორიგინალი ბრენდების ფიზიკური ხელმისაწვდომობის %-ული ცვლილება რეგიონების მიხედვით 2010 წლის პირველი 6 თვის მანძილზე**

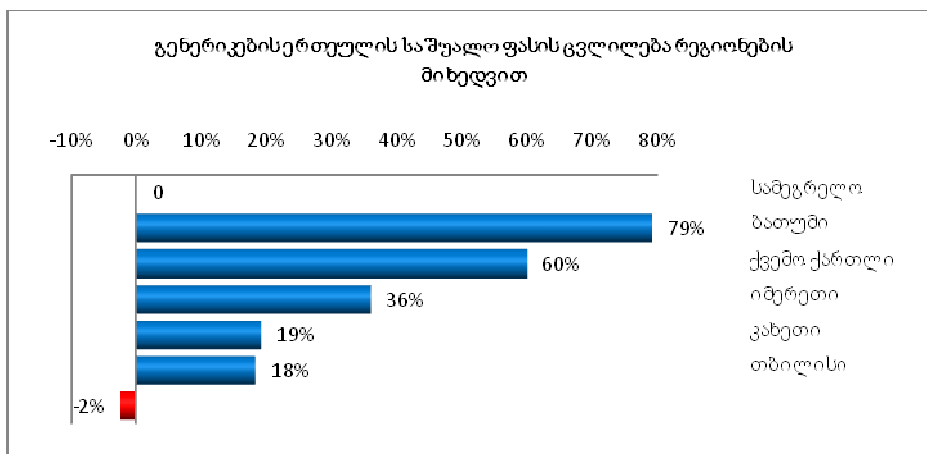


ორიგინალი ბრენდებისგან განსხვავებით, კვლევის პირველ ეტაპზე ბრენდის ექვივალენტ გენერიული დასახელების მედიკამენტებზე საშუალო ფიზიკური ხელმისაწვდომობა დაბალია და შეადგენს მხოლოდ 35.9%-ს. ყველაზე დაბალი ხელმისაწვდომობა აღინიშნება სამეგრელოს რეგიონში (20,3%), ხოლო ეს მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია კახეთში (43%)

წლის განმავლობაში ფიქსირდება მედიკამენტების მთლიან „კალათაზე“ ხელმისაწვდომობის 3%-იანი მატება, თუმცა ისედაც დაბალი ფიზიკური ხელმისაწვდომის გაუარესების ტენდენცია იკვეთება ქვემო ქართლსა (9%) და იმერეთში (35%) (ილუსტრაცია #5). ფიზიკური ხელმისაწვდომობის საგრძნობი გაუმჯობესება შეინიშნება სამეგრელოში (47%), მაგრამ საერთო კალათის მაჩვენებელთან შედარებით მნიშვნელოვნად დაბალი რჩება და კვლევის მეორე ეტაპზე შეადგინა მხოლოდ 29.8%.

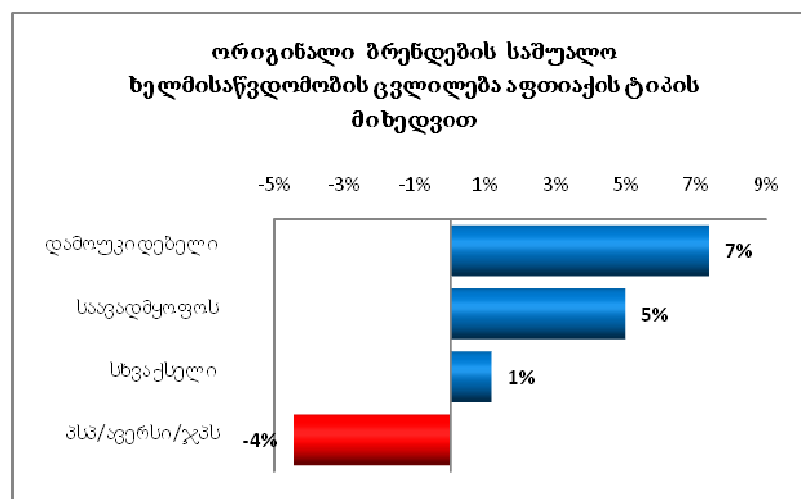
**ილუსტრაცია 5: ექვივალენტი დაბალფასიანი გენერიკების ფიზიკური ხელმისაწვდომობის %-ული ცვლილება რეგიონების მიხედვით 2010 წლის პირველი 6 თვის მანძილზე.**





მედიკამენტთა საშუალო ფიზიკური ხელმისაწვდომობა ასევე არათანაბარი იყო სხვადასხვა ტიპის აფთიაქებში. ორიგინალი ბრენდების საშუალო ხელმისაწვდომობა მაღალი იყო პსპ/ავერსი/ჯგს აფთიაქთა ქსელში და 74.3% შეადგინა. სხვა სააფთიაქო ქსელები მეორე ადგილზეა მედიკამენტთა ხელმისაწვდომობით (62%), მაშინ როდესაც საცალო აფთიაქებში და საავადმყოფოს აფთიაქებში 45%-ზე დაბალია. კვლევის მეორე ეტაპის მონაცემებით, ხელმისაწვდომობა გაიზარდა ყველა ტიპის აფთიაქებში, გარდა პსპ/ავერსი/ჯგს ქსელისა, სადაც ხელმისაწვდომობა შემცირდა 4%-ით (ილუსტრაცია #6).

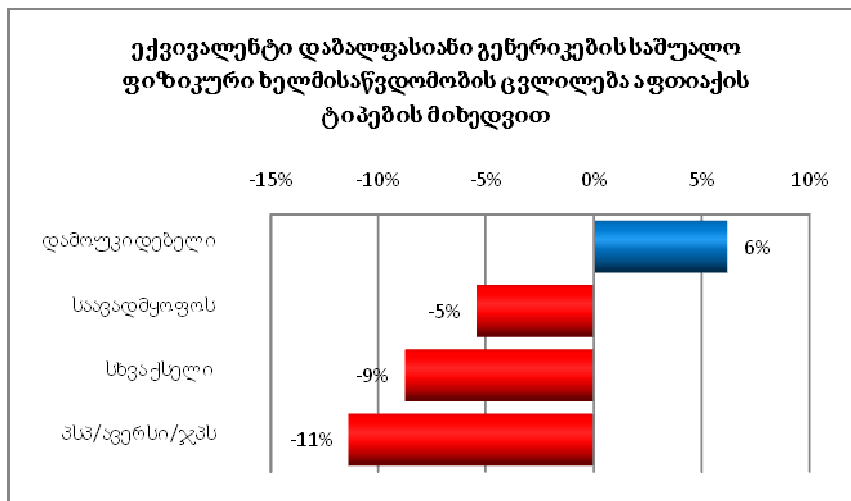
**ილუსტრაცია 6: ორიგინალი ბრენდების ფიზიკური ხელმისაწვდომობის %-ული ცვლილება აფთიაქის ტიპის მიხედვით 2010 წლის პირველი 6 თვის მანძილზე**



გენერიული დასახელების მედიკამენტთა ხელმისაწვდომობის სურათი განსხვავებულია. გენერიკების საშუალო ფიზიკური ხელმისაწვდომობის მაჩვენებელი შედარებით მაღალია პსპ/ავერსი/ჯგს ქსელში (50.5%) და სხვა ქსელურ აფთიაქებში (52%), ხოლო დამოუკიდებელ (42.7%) და საავადმყოფოს აფთიაქებში (14.3%) გენერიკები ნაკლებად არის წარმოდგენილი. კვლევის მეორე ეტაპის ანალიზით ვლინდება გენერიკების ხელმისაწვდომობის გაუარესება

ყველა ტიპის აფთიაქში, გარდა დამოუკიდებელი ტიპის აფთიაქებისა, სადაც აღინიშნება 6%-იანი ზრდა.

**ილუსტრაცია 7: დაბალფასიანი გენერიკების ფიზიკური ხელმისაწვდომობის %-ული ცვლილება აფთიაქის ტიპის მიხედვით 2010 წლის პირველი 6 თვის მანძილზე**



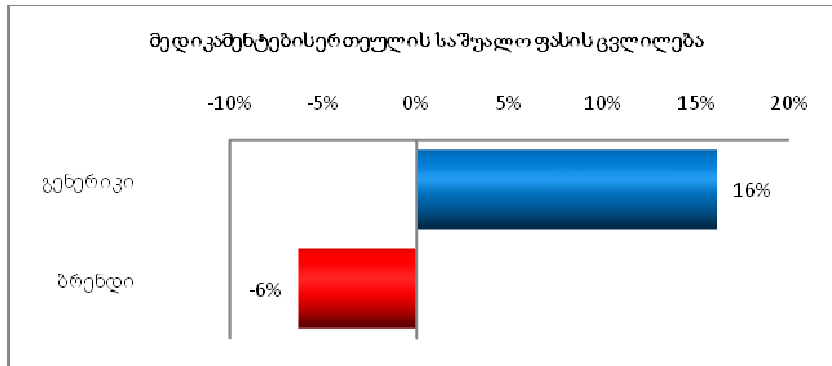
## მედიკამენტების ფასი

კვლევის ორივე ტალღის შედეგად მოძიებული ინფორმაციის საფუძველზე გაანალიზდა მედიკამენტების ფასები სხვადასხვა ჭრილში. ამისთვის გამოყენებული იქნა მედიკამენტების ერთეულის საშუალო ფასი და ფასთა ცვლილება კვლევის პირველ და მეორე ეტაპებს შორის. ეს მაჩვენებლები დათვლილი იქნა როგორც შესასწავლი მედიკამენტების მთლიანი „კალათისთვის“, ასევე აფთიაქის ტიპის, რეგიონალურ, ორიგინალი ბრენდის და მისი ექვივალენტი დაბალფასიანი გენერიული დასახელების მედიკამენტის ჭრილში.

პირველ ეტაპზე ორიგინალი ბრენდების „კალათის“ ერთეულის საშუალო ფასმა შეადგინა 0.45 ლარი, მაშინ როდესაც ფასთა ცვალებადობა ემყარებოდა 0.0230 ლარს და 14.85 ლარს შორის. ექვივალენტი დაბალფასიანი გენერიკების „კალათის“ ერთეულის საშუალო ფასი დაფიქსირდა 0.17 ლარი.

მეორე ეტაპზე შეინიშნება გენერიული დასახელების მედიკამენტთა „კალათის“ ერთეულის საშუალო ფასის ზრდა 16%-ით (-0,05), ხოლო ორიგინალი ბრენდებისთვის ამ მაჩვენებელმა დაიკლო 6%-ით (-0,039) (ილუსტრაცია #8). დაფიქსირებული ფასის ცვლილება ორივე ტიპის მედიკამენტისთვის სტატისტიკურად სარწმუნოა.

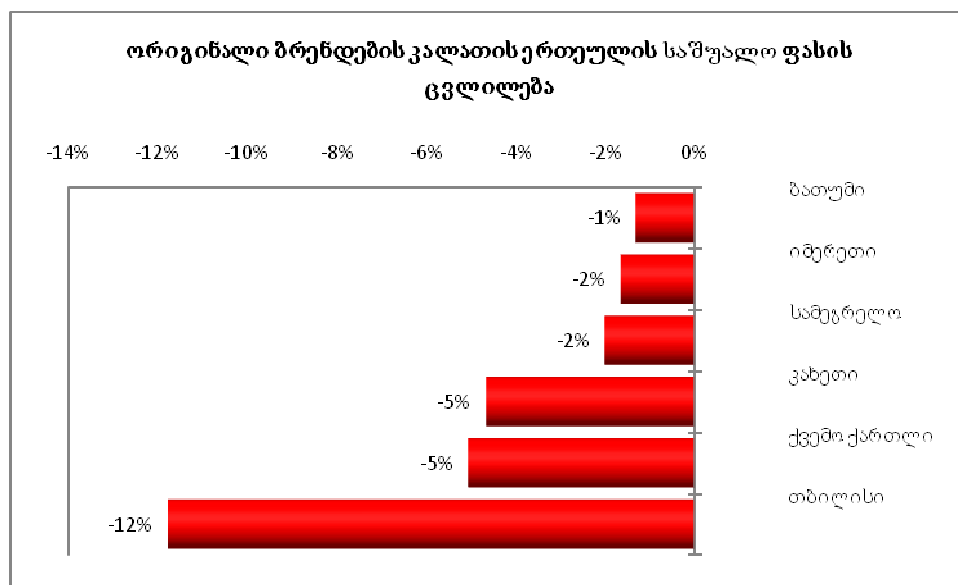
**ილუსტრაცია 8: მედიკამენტების ერთეულის საშუალო ფასის ცვლილება**



ორიგინალი ბრენდის ერთეულის მედიანური ფასი არათანაბარია რეგიონალურ ჭრილში და მერყეობს 0.44 ლარიდან 0.48 ლარამდე. ბრენდების ერთეულის საშუალო ფასის სხვაობა დაფიქსირდა თბილისსა და დანარჩენ რეგიონებშიც.

კვლევის მეორე ეტაპის ანალიზის შედეგად ვლინდება რომ ბრენდი მედიკამენტების ფასი შემცირდა ყველა გამოკვლეულ რეგიონში. ბრენდის ერთეულის საშუალო ფასის კლების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა თბილისში (12%), ხოლო მთლიანი კალათის ერთეულის საშუალო ფასი შემცირდა 6%-ით (ილუსტრაცია #11).

**ილუსტრაცია 9: ორიგინალი ბრენდების კალათის ერთეულის საშუალო ფასის %-ლი ცვლილება რეგიონალურ ჭრილში 2010 წლის პირველი 6 თვის მანძილზე**



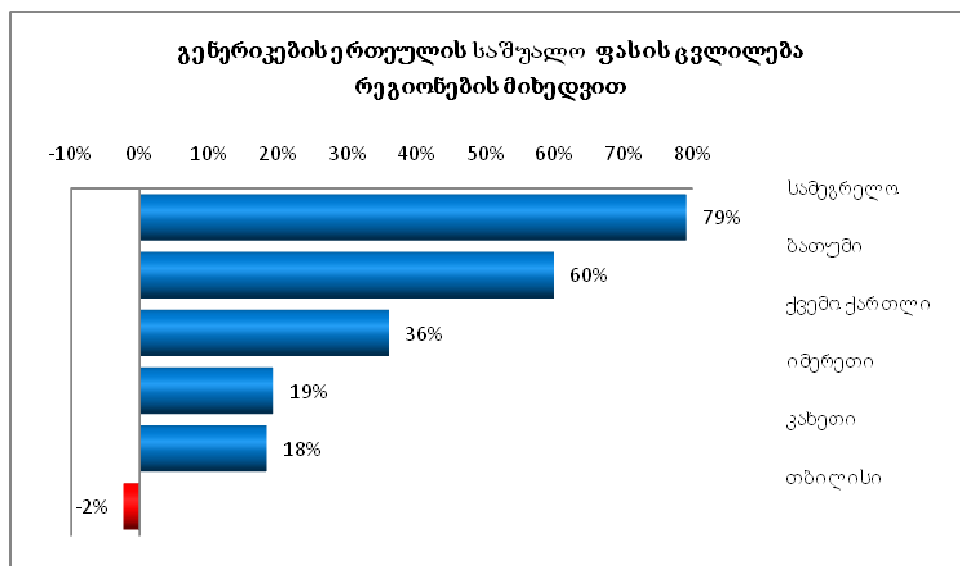
განსხვავებულია მდგომარეობა ექვივალენტი გენერიული დასახელების მედიკამენტების შემთხვევაში. პირველი ეტაპის შედეგებზე დაყრდნობით, ამ ტიპის მედიკამენტებისთვის

ყველაზე მაღალი საშუალო ფასი დაფიქსირდა თბილისში, რომელიც 53%-ით აღემატება „კალათის“ ერთეულის საშუალო ფასს (0.17 ლარი), მაშინ როდესაც დანარჩენ რეგიონებში დაფიქსირებული საშუალო ფასი ნაკლებია „კალათის“ ერთეულის საშუალო ფასზე.

მეორე ეტაპის ანალიზისას გამოვლინდა გენერიული დასახელების მედიკამენტებზე ფასის მატება რომელიც სტატისტიკურად არასარწმუნოა.

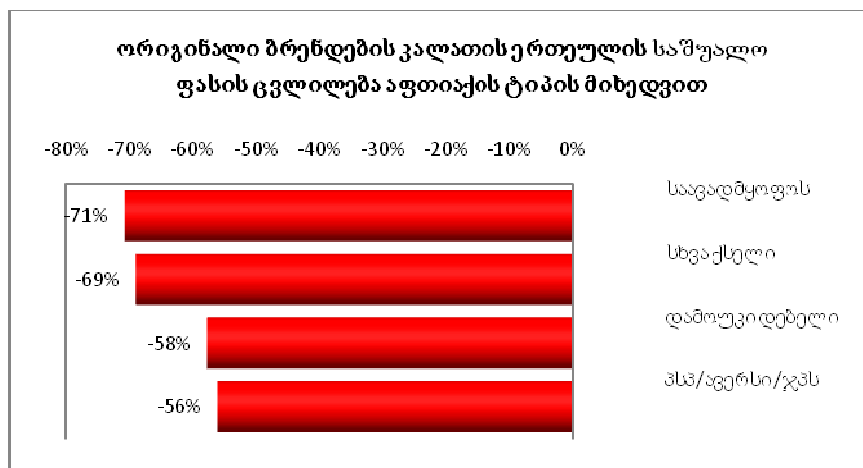
ფასთა მატება მერყეობს 16%-დან 79%-მდე. გენერიკების ყველაზე დიდი პროცენტით გაძვირება ფიქსირდება კახეთის რეგიონში (79%) და ბათუმში (60%), ხოლო თბილისში დაფიქსირდა 2%-იანი გაიაფება (ილუსტრაცია#11).

**ილუსტრაცია 10: გენერიკების ერთეულის საშუალო ფასის %-ული ცვლილება რეგიონულ ჭრილში 2010 წლის პირველი 6 თვის მანძილზე**



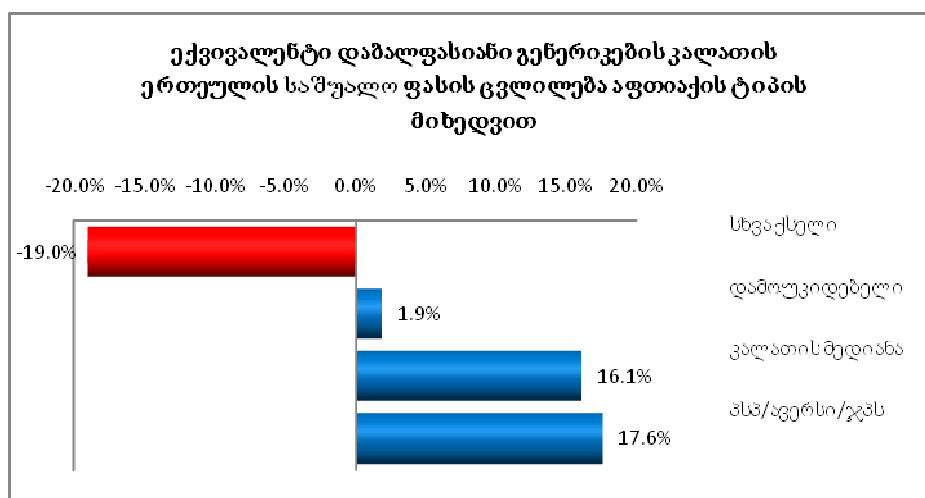
ორიგინალი ბრენდის ერთეულის საშუალო ფასი ვარირებს აფთიაქის ტიპის მიხედვით. პირველი ეტაპის კვლევისას, ყველაზე მაღალი ფასი ფიქსირდება სხვა ქსელურ აფთიაქებში, რომელიც აღემატება „კალათის“ საშუალო ფასს 2%-ით. ნიშანდობლივია ის ფაქტი, რომ მეორე ეტაპის შედეგად გამოავლინა საშუალო ფასების კლება ყველა ტიპის აფთიაქში, თუმცა ორიგინალი ბრენდის ერთეულის ყველაზე მაღალი საშუალო ფასი ფიქსირდება პსპ/ავერსი/ჯკს-ის ქსელში, საშუალო ფასდაკლება ამ ტიპის აფთიაქებში შეადგენს მხოლოდ 56% (ილუსტრაცია # 12).

**ილუსტრაცია 11: ორიგინალი ბრენდის ერთეულის საშუალო ფასის %-ლი ცვლილება აფთიაქის ტიპის მიხედვით 2010 წლის პირველი 6 თვის მანძილზე**



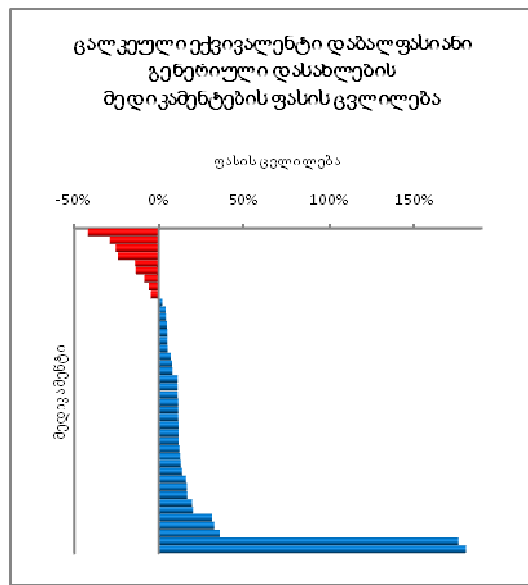
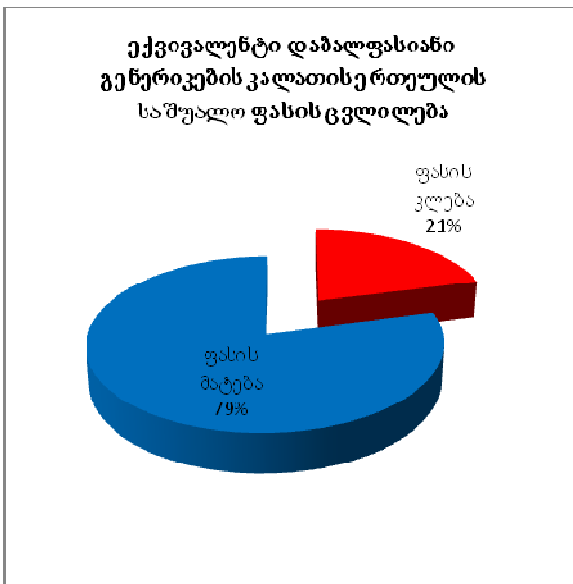
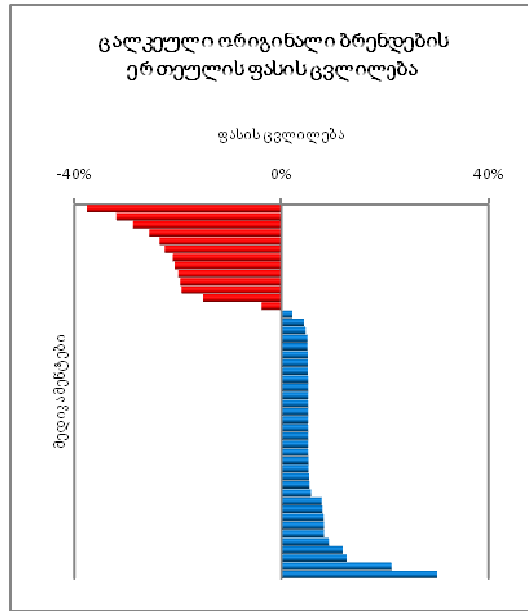
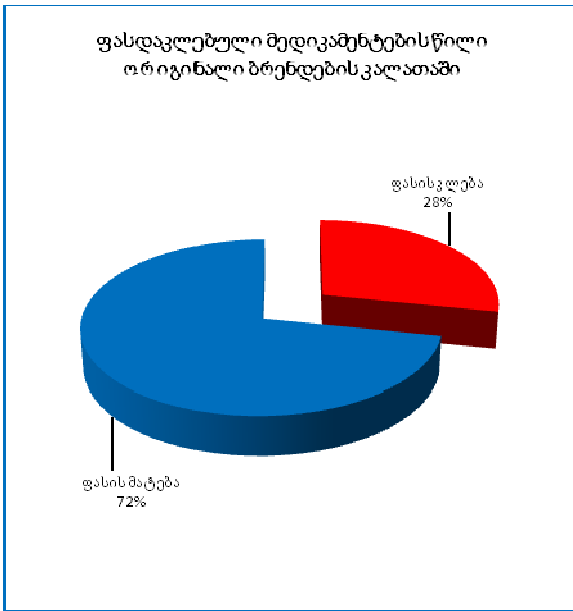
გენერიული მედიკამენტების ერთეულის საშუალო ფასიც განსხვავდება აფთიაქის ტიპების მიხედვით. კვლევის პირველი ეტაპის დროს ყველაზე მაღალი ფასი დაფიქსირდა დამოუკიდებელ აფთიაქებსა (0.20 ლარი) და სხვა ქსელურ აფთიაქებში (0.18 ლარი). მეორე ეტაპის ანალიზმა გამოავლინა ფასის კლება მხოლოდ სხვა ქსელის აფთიაქებში და შეადგინა 19% (ილუსტრაცია #12).

**ილუსტრაცია 12: გენერიკის ერთეულის საშუალო ფასის ცვლილება აფთიაქის ტიპის მიხედვით**



წარმოდგენილი საშუალო ფასის მატება და კლება არ ასახავს ცალკეულ მედიკამენტებზე ფასის დინამიკას. ამიტომ გაანალიზდა თუ საკვლევი მედიკამენტების რა ნაწილზე გაიზარდა ან შემცირდა ფასი. შედეგად, ორიგინალი ბრენდების კალათის მხოლოდ 28% მედიკამენტებზე დაფიქსირდა ფასის კლება 21%-ით, ხოლო 72% მედიკამენტებზე აღინიშნა საშუალო ფასის 5%-იანი გაძვირება (ილუსტრაცია 9) ექვივალენტი გენერიული დასახელების მედიკამენტების შემთხვევაში ფასდაკლება შეეხო საკვლევი მედიკამენტების მხოლოდ 21%-ს და ფასი შემცირდა 14%-ით, ხოლო გენერიული მედიკამენტების 78%-ზე ფასი გაიზარდა 12%-ით.

ილუსტრაცია 13: მედიკამენტთა ერთეულის საშუალო ფასების ცვლილება



აღნიშნული შედეგის ახსნის მიზნით გაკეთდა საფუძვლიანი ანალიზი, რათა დაგვედგინა თუ რა ზეგავლენას ახდენს საიმპორტო ფასთა ცვლილება საცალო გასაყიდ ფასზე. ამ მიზნით გამოყენებული იქნა 2009 წლის აგვისტო-სექტემბრის და 2010 წლის მაის-ივნისის ოფიციალური საბაჟო დეპარტამენტის იმპორტის მონაცემები და ორივე კვლევის საშუალო ფასები ცალკეული ორიგინალი ბრენდების და ექვივალენტი დაბალფასიანი გენერიკული დასახლების მედიკამენტებისთვის. იმის გათვალისწინებით, რომ ოფიციალურ წყაროში საიმპორტო ფასები დაფიქსირებულია აშშ დოლარში, საცალო გასაყიდი ფასები

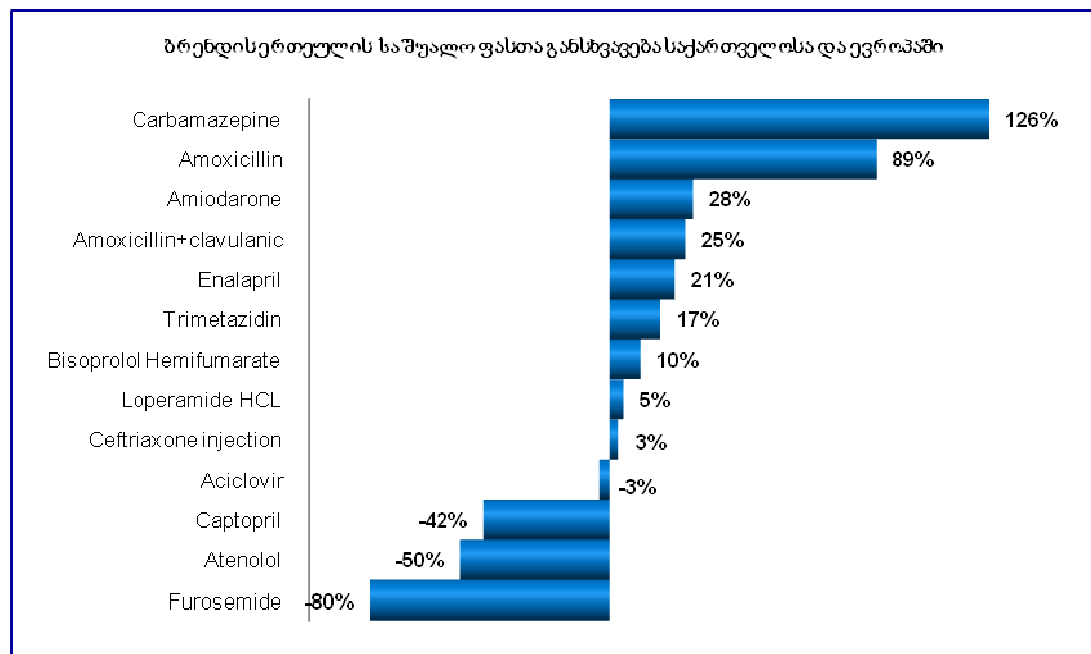
გადაყვანილი იქნა აშშ დოლარში კვლევის შესაბამისი თვის საშუალო გაცვლითი კურსის გამოყენებით<sup>5</sup>.

ანალიზმა ცხადყო, რომ საიმპორტო და საცალო გასაყიდ ფასთა შორის ცვლილება არ ასახავს რეალურ თანაფარდობას. არაადექვატური საცალო ფასების მატება ან კლება ფიქსირდება როგორც საიმპორტო (მატება/კლება/ არანაირი ცვლილება), ისე ორიგინალი ბრენდების და ექვივალენტი დაბალფასიანი გენერიული დასახლების მედიკამენტების შემთხვევაშიც.

### მედიკამენტების ფასის შედარება საქართველოსა და სხვა ქვეყნებში

კვლევის შედეგად მოხდა ევროპის ოთხი ქვეყნის (ჩეხეთი, უნგრეთი, იტალია და პოლონეთი) ორიგინალი ბრენდის და გენერიული დასახლების მედიკამენტების საშუალო ფასების შედარება დადგენილ საერთაშორისო ფასებთან. შედარებისთვის შერჩეული 17 მედიკამენტიდან, რომელთა ფასების მოძიებაც გახდა შესაძლებელი ევროპის ქვეყნებში, მედიკამენტთა 70% -ზე საქართველოს ფასები აღემატებოდა ევროპის ფასს, მაშინ როდესაც დანარჩენ 30% მედიკამენტზე საქართველოს ფასი დაბალი იყო ევროპის ფასსზე (ილუსტრაცია #14).

ილუსტრაცია 14: მედიკამენტების ფასების შედარება საქართველოსა და ევროპის ქვეყნებს შორის



<sup>5</sup> ეროვნული ბანკის ოფიციალური მონაცემები

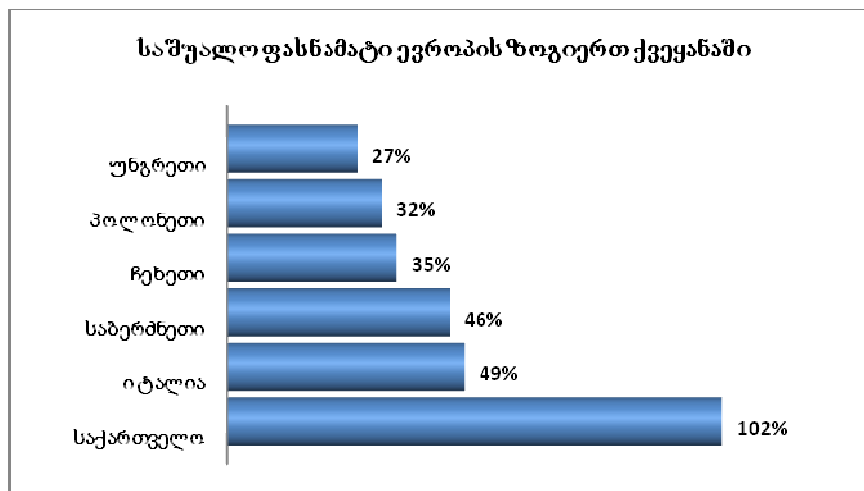
## მედიკამენტების ფასნამატი

მკვლევარები ასევე დაინტერესდნენ შეეფასებინათ მედიკამენტებზე ფასნამატი იმპორტიდან (საქართველოს ეკონომიკური საზღვრის გადაკვეთიდან) საცალო ქსელის დახლამდე. ამ მიზნით, განხორციელდა საბაჟო დეპარტამენტიდან მოპოვებული საიმპორტო ფასების ინფორმაციის შედარება კვლევის შედეგად მიღებულ საშუალო ფასებთან, რამაც აჩვენა, რომ ჩვენს მიერ შესწავლილი მედიკამენტების კალათისთვის ფასნამატმა 102%-ი შეადგინა (ფასნამატი განბაჟების ფასსა და საცალო გასაყიდ ფასს შორის). კვლევის პირველ ეტაპზე დაფიქსირდა საშუალო ფასნამატი ორიგინალ ბრენდებზე 95.8%, მაშინ როდესაც გენერიული დასახელების მედიკამენტების საშუალო ფასნამატმა 102% შეადგინა. უნდა აღინიშნოს, რომ ფასნამატის მარჟა 6.5%-დან 4.58%-მდე მერყეობს სხვადასხვა დასახელების მედიკამენტებზე.

მეორე ეტაპზე ჩატარებულმა ანალიზმა გამოავლინა საშუალო ფასნამატის მარჟის კლების ტენდენცია თუმცა ეს ცვლილებები არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო.

განხორციელდა აგრეთვე საქართველოში დაფიქსირებული ფასნამატიშს შედარება ამავე მედიკამენტებისთვის ევროპაში დაფიქსირებულ ფასნამატთან. კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ საქართველოს ფასნამატის მარჟა სულ მცირე ორჯერ აღემატება ევროპის ქვეყნებში დაფიქსირებულ მარჟას (იხილეთ ილუსტრაცია #15)<sup>6</sup>.

ილუსტრაცია 15: მედიკამენტების საშუალო ფასნამატის მარჟა საქართველოსა და ევროპის ქვეყნებში



<sup>6</sup> საქართველოს მონაცემებთან შედარებისას გასათვალისწინებელია, რომ ევროპის ფასნამატის მარჟა გვიჩვენებს განსხვავებას ქარხნის (ex-factory) და საცალო გასაყიდ ფასს შორის, რაც მოიცავს საბითუმო ვაჭრობის, დისტრიბუციის და საცალო ქსელში ხარჯებს და რეალიზაციის მოგებას.

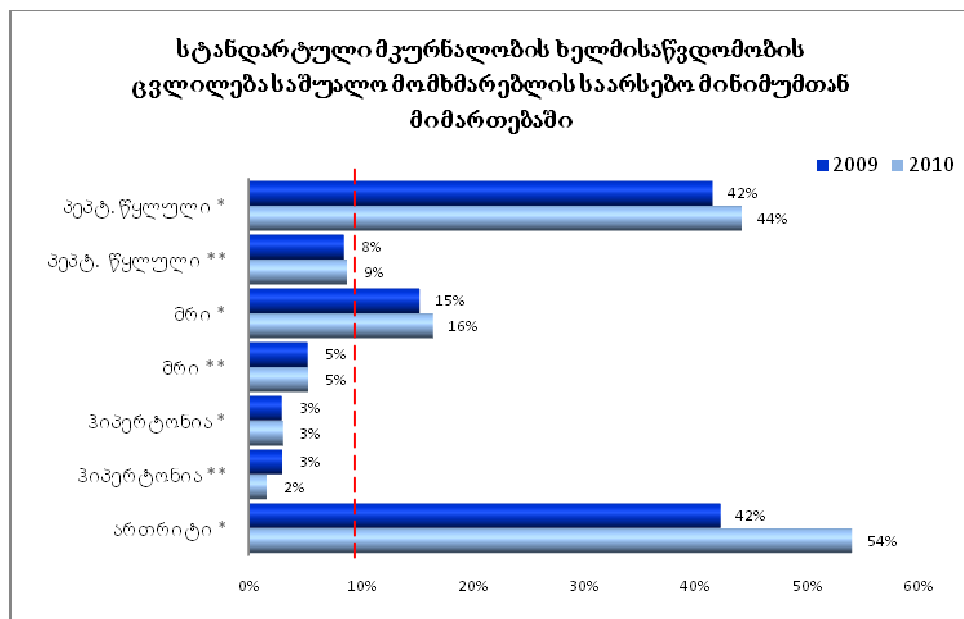


## სტანდარტული მკურნალობის ხელმისაწვდომობა

საქართველოს ფარმაცოლოგიურ ბაზარზე მედიკამენტების ხელმისაწვდომობისა და არსებული ფასების გათვალისწინებით გაანალიზდა მკურნალობის ხელმისაწვდომობა. ამ მიზნით შეირჩა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მეთოდოლოგიით განსაზღვრული სტანდარტული მკურნალობის ოთხი სქემა (ართრიტი, ჰიპერტონია, მოზრდილთა მწვავე რესპირატორული ინფექცია და პეპტიური წყლული). მკურნალობის ღირებულების განსაზღვრა მოხდა კვლევის შედეგად მოძიებული ბრენდების და გენერიული დასახელების მედიკამენტების საშუალო ფასებით. განისაზღვრა აგრეთვე საშუალო მომხმარებლის საარსებო მინიმუმის<sup>7</sup> თუ რა წილს შეადგენს სტანდარტული მკურნალობის ღირებულება.

ანალიზისას სტანდარტული მკურნალობის ღირებულება დათვლილი იქნა ორივე ეტაპისთვის როგორც ორიგინალი ბრენდების, ასევე მათი ექვივალენტური დაბალფასიანი გენერიული მედიკამენტების გამოყენებით (ილუსტრაცია # 19).

ილუსტრაცია 19: სტანდარტული მკურნალობის ხელმისაწვდომობის ცვლილება 2010 წლის პირველი 6 თვის მანძილზე



\* ორიგინალი ბრენდი

\*\* ექვივალენტი დაბალფასიანი გენერიული დასახელების მედიკამენტი

იმის გათვალისწინებით, რომ მოსახლეობისთვის ხელმისაწვდომია თვეში საარსებო მინიმუმის მხოლოდ 10% დახარჯოს მკურნალობაზე, კვლევამ აჩვენა, რომ შესწავლილი დაავადებებისთვის ყველაზე ხელმისაწვდომი არის ჰიპერტონიის<sup>8</sup> მკურნალობა, ხოლო დანარჩენი დაავადებების მკურნალობისთვის მედიკამენტების ხარჯი, განურჩევლად მწვავე თუ ქრონიკული დაავადებისა, ფინანსურ ტვირთად აწევა პაციენტს.

<sup>7</sup> საქართველოს სტატისტიკის დეპარტამენტი <http://www.geostat.ge/>

<sup>8</sup> ათენოლოლი 50 მგ, დღეში ერთხელ 30 დღის განმავლობაში.

2010 წლის პირველი 6 თვის განმავლობაში გამოვლენილი ორიგინალი ბრენდების კალათის ერთეულის ფასის კლების მიუხედავად, მკურნალობის ხელმისაწვდომობა გაუარესდა.

ნიშანდობლივია ის ფაქტი, რომ მკურნალობა მეტ-ნაკლებად ხელმისაწვდომი და იაფი შეიძლება იყოს იმ პაციენტთათვის, რომელთაც დაენიშნებათ გენერიული დასახელების მედიკამენტები. კერძოდ, ართრიტის შემთხვევაში, თუ ბრენდით მკურნალობას დასჭირდებოდა საარსებო მინიმუმის 54%, ექვივალენტი გენერიკით მკურნალობისას მედიკამენტის შესაძენად საკმარისი იქნებოდა საარსებო მინიმუმის მხოლოდ 42%.

### III. ანალიზი

#### მედიკამენტების ფიზიკური ხელმისაწვდომობა

მედიკამენტების ფიზიკური ხელმისაწვდომობა არ არის უზრუნველყოფილი - ორივე კვლევამ დაადგინა რომ, სხვა ქვეყნებთან შედარებით საქართველოში მედიკამენტების ფიზიკური ხელმისაწვდომობა ზოგადად დაბალია. მიუხედავად იმისა, რომ მონაცემები ოდნავ გაუმჯობესდა 2010 წლის პირველ 6 თვეში, მიღწეული წარმატებად ვერ ჩაითვლება. განსაკუთრებით საყურადღებოა, რომ მედიკამენტებზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობა არათანაბარია ქვეყნის რეგიონების მიხედვით, რაც ალბათ ამ რეგიონების განსხვავებული ეკონომიკური მდგომარეობით, და აქედან გამომდინარე მოსახლეობის განსხვავებული შემსყიდველუნარიანობით შეიძლება აიხსნას. ამგვარი რეგიონალური უთანაბრობის გამოსწორება და მოსახლეობისთვის თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა სახელმწიფოს ვალდებულებაა. ამ მიზნით მსოფლიო პრაქტიკაში შემუშავებულია რამდენიმე ინსტრუმენტი, რომელთა განხილვა ამ ნაშრომის მიზანს არ წარმოადგენს.

როგორც კვლევამ აჩვენა, ფიზიკური ხელმისაწვდომობა განსხვავდება სხვადასხვა ტიპის აფთიაქებშიც. წამყვანი ფარმაცევტული კომპანიების საცალო ობიექტებში ყველაზე მაღალი ხელმისაწვდომობა დაფიქსირდა, მაშინ როდესაც დამოუკიდებელი აფთიაქებში ფიზიკური ხელმისაწვდომობა ყველაზე დაბალი იყო. სავარაუდოა, რომ აფთიაქებს შორის ამგვარი სხვაობა ალბათ უფრო საქართველოს ფარმაცევტული ბაზრის სტრუქტურულ მახასიათებლებში (იმპორტის, საბითუმო ვაჭრობის და დისტრიბუციის ოლიგოპოლიური ხასიათი) უნდა ვეძებოთ. ფაქტია, რომ დამოუკიდებელ აფთიაქებთან შედარებით წამყვანი კომპანიების ქსელის მედიკამენტებით უკეთესი უზრუნველყოფა კონკურენტულ გეოგრაფიულ ბაზარზე მათ გაცილებით დიდ უპირატესობას ანიჭებს. ამგვარი მოვლენა საბაზრო ეკონომიკის პირობებში აბსოლუტურად ნორმალური იქნებოდა, იმ შემთხვევაში, თუ ეს უპირატესობა საბითუმო და დისტრიბუციის ოლიგოპოლიზაციით არ არის განპირობებული. თუ 2009 წელს ფარმაცევტულ კანონში შეტანილი ცვლილებები რეალურად ხელს შეუწყობს ქვეყნის ფარმაცევტული ბაზრის ტრანსფორმაციას ოლიგოპოლიურიდან უფრო კონკურენტულში მაშინ შესაძლებელია მომავალში სიტუაცია უკეთესობისკენ შეიცვალოს.

**ფარმაცევტული ბაზარი მეტად გაჯერებულია ორიგინალი ბრენდებით ვიდრე გენერიული დასახელების მედიკამენტებით** - ქვეყნის ფარმაცევტული ბაზარი ძირითადად გაჯერებულია ორიგინალი ბრენდებით, მაშინ როდესაც მათი ექვივალენტი დაბალფასიანი გენერიული დასახელების მედიკამენტები განურჩევლად გეოგრაფიული მდებარეობისა და აფთიაქის ტიპისა, იშვიათად მოიძიება სააფთიაქო ქსელში. ბრენდი მედიკამენტების დომინირებას ბაზარზე განსაზღვრავს ადექვატური მოთხოვნა. ეს უკანასკნელი კი სავარაუდოდ განპირობებულია ქვეყანაში არსებული წამლის პოლიტიკის ხარვეზებით, ექიმების მიერ მედიკამენტების დანიშვნის პრაქტიკით, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობის გაიდლაინების დანერგვის სისუსტით.

## მედიკამენტების ფასი

**ფარმაცევტულ ბაზარზე მედიკამენტების ფასი ცვალებადია** - მედიკამენტთა ფასების მერყეობა დიდია და იაფ და ძვირად ღირებულ ბრენდებს შორის ეს მაჩვენებელი 645-ჯერ განსხვავდება, მაშინ როდესაც გენერიული დასახელების მედიკამენტების ფასთა თანაფარდობა მხოლოდ 32.7-ჯერ. არსებული მდგომარეობა ლოგიკური შედეგია იმ გარემოსი, რომელშიც უწევს ფარმაცევტულ ბაზარს ფუნქციონირება. ერთის მხრივ, ბრენდებზე გენერიკებთან შედარებით მაღალი მოთხოვნილებაა შექმნილი, რასაც მოწმობს ბაზრის გაჯერება ბრენდებით, ხოლო მეორეს მხრივ სახელმწიფოს ინერტულობა ფარმაცევტული ბაზრის რეგულირების საკითხებში, რაც სუბიექტებს გასაყიდი ფასების დადგენის სრულ თავისუფლებას აძლევს, თავისთავად განაპირობებს ფასთა სხვაობას როგორც გეოგრაფიულ ასევე აფთიაქის ტიპის მიხედვით.

**გენერიული დასახელების მედიკამენტების ფასი თითქმის ორნახევარჯერ ნაკლებია ბრენდის ფასზე** - მიუხედავად იმისა რომ გენერიული დასახელების მედიკამენტების ფასი ორნახევარჯერ ნაკლებია ბრენდის ფასზე, ნაკლებად ხელმისაწვდომია მოსახლეობისთვის. მეორე ეტაპის კვლევის შედეგად დაფიქსირებული ხელმისაწვდომობის უმნიშვნელო ზრდის მიუხედავად საქართველოში საშუალო ხელმისაწვდომობა მაინც არ აღემატება 37%. ამავდროულად დაფიქსირდა გენერიული დასახელების მედიკამენტთა „კალათის“ ერთეულის საშუალო ფასის გაზრდა 16%-ით.

**საქართველოში მედიკამენტების საცალო ფასი უფრო მაღალია ვიდრე ევროპის ქვეყნებში** - საქართველოში ბრენდების მნიშვნელოვანი ნაწილი გაცილებით უფრო ძვირია ვიდრე ანალოგიური წამლები ევროპის ქვეყნებში. ამგვარი სხვაობის მიზეზი საქართველოს ბაზარზე ფასწარმოქმნის სპეციფიურობით აიხსნება, კერძოდ ის რომ ეკონომიკური საზღვრიდან საცალო ქსელამდე წამლის ფასი საშუალოდ 102%-ით იზრდება, მაშინ როცა ევროპაში ეს მაჩვენებელი 27-49%-ის ფარგლებში მერყეობს.

## მედიკამენტთა ფასების ცვლილება

**ცვალებადი მედიკამენტის ფასები** - მედიკამენტთა ფასი იცვლება წლის განმავლობაში. ფასთა კლება რიგ მედიკამენტებზე მეტნაკლებად დაბალანსებულია ფასთა მატებით სხვა მედიკამენტებზე. ორიგინალი ბრენდი მედიკამენტების შემთხვევაში 21%-იანი ფასდაკლება ფიქსირდება საკვლევ მედიკამენტთა 28%-ში, მაშინ როდესაც 5%-იანი ფასის მატება

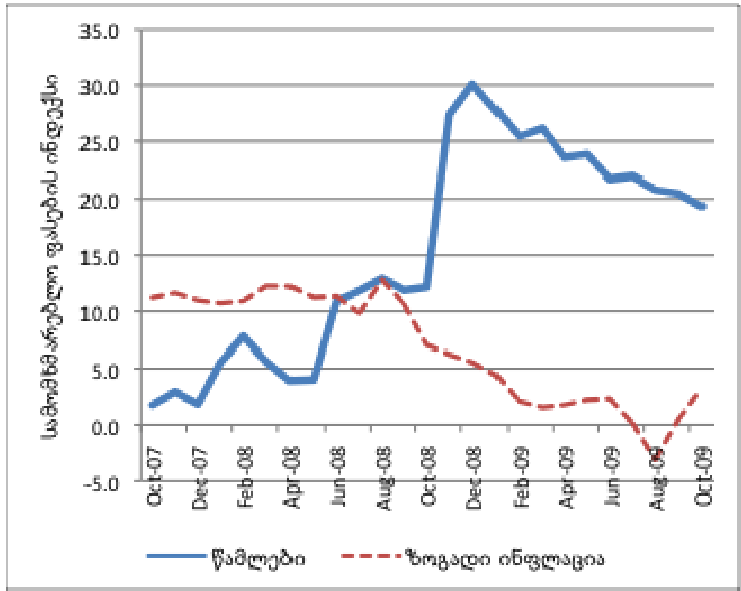
აღინიშნება დანარჩენ 72% მედიკამენტებზე. ანალოგიური სურათია ექვივალენტი გენერიული დასახელების მედიკამენტების შემთხვევაშიც. თუ 14%-იანი ფასდაკლება შეეხო მხოლოდ საკვლევი გენერიკების 21%, ფასის მატება აღინიშნა 79% მედიკამენტებზე და საშუალო ფასი 12%-ით გაიზარდა.

აღსანიშნავია, რომ იმპორტის ფასის ცვლილების ზემოქმედება საცალო ფასების ცვლილების ტენდენციაზე არ დასტურდება. არ ვლინდება კანონზომიერება საცალო და იმპორტის ფასთა ცვლილებს შორის. არსებული სურათი შესაძლოა განპირობებული იყოს პარალელური იმპორტის დაშვებით ქვეყანაში, მაგრამ შესაბამისი ინფორმაციის ხელმიუწვდომელობა არ იძლევა ცალსახად რაიმე დასკვნების გაკეთების საშუალებას.

## სტანდარტული მკურნალობის ხელმისაწვდომობა

კვლევამ ცხადყო, რომ სხვა ქვეყნების მსგავსად, საქართველოშიც გენერიული მედიკამენტებით მკურნალობა გაცილებით იაფია ბრენდი მედიკამენტებთან შედარებით. მომავალში გენერიული მედიკამენტების მოხმარების და ხელმისაწვდომობის გაზრდა სავარაუდოდ ხელს შეუწყობს წამლებზე მოსახლეობის ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდას და ალბათ შეანელებს ფარმაცევტული დანახარჯების ზრდის იმ მაღალ ტემპს, რომელიც საქართველოში აღინიშნება.

ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემებით საქართველოს ეკონომიკაში სხვა სამომხმარებლო საქონელთან შედარებით მედიკამენტებზე ფასების ზრდა გაცილებით სწრაფი იყო 2008–ივლისი / 2009–ოქტომბრის პერიოდში (იხ. ილუსტაცია 14). შესაბამისად, ფასების ზრდის ამგვარი ტემპი ურაცოფით გავლენას ახდენს მოსახლეობის ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე. როგორც 2010 წელს მოსფლიო ბანკის მიერ ჩატარებულმა საქართველოში ჯანდაცვის მოხმარებისა და დანახარჯების კვლევამ აჩვენა, 2007 წელთან შედარებით გაიზარდა იმ მოსახლეობის რაოდენობა, ვისაც ფინანსური რესურსების არქონის გამო ხელი არ მიუწვდება ექიმის მიერ დანიშნულ მედიკამენტებზე. ეს ყოველივე ცხადყოფს, რომ გენერიულ მედიკამენტებზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობის და მოთხოვნილების გაზრდა სახელმწიფო პოლიტიკის ერთერთი პრიორიტეტი უნდა გახდეს.



ილუსტრაცია 14

წყარო: საქსტატი 2009

## IV. დასკვნა

რეგულირების სისტემის ლიბერალიზაციის შესახებ საქართველოს მთავრობის გადაწყვეტილებით შეიქმნა გარემო, რომელშიც სრული თავისუფლება ენიჭება ფარმაცევტული ბაზრის სუბიექტებს სახელმწიფოს ჩარევის გარეშე თავად განსაზღვრონ ბაზრის მომარაგების დონე, ფასნამატის მარჟები და მედიკამენტების გასაყიდი ფასი. შედეგად, ქვეყანაში შეიმჩნევა ფიზიკურ და გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული სირთულეები, მედიკამენტების ფასების გაცილებით სწრაფი ზრდის ტემპი ვიდრე განვითარებულ ქვეყნებში, მედიკამენტთა საგრძნობლად მაღალი ფასები საერთაშორისო სტანდარტით დადგენილ ფასებთან შედარებით, მოსახლეობის ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა და სხვა. არსებული პრობლემები წარმოადგენს იმ ძირითადი მიზეზების ერთობლიობას, რაც სავარაუდოდ განაპირობებს მედიკამენტებზე ჯანდაცვის დანახარჯების მაღალ მაჩვენებლებს.

მიუხედავად იმისა, რომ მეორე ეტაპზე ჩატარებული კვლევის თანახმად, შეინიშნება მედიკამენტების ფიზიკური ხელმისაწვდომობის უმნიშვნელო გაუმჯობესება და ორიგინალი ბრენდის ფასის კლების ტენდენცია, ფარმაცევტული ხელმისაწვდომობა (ფინანსური და ფიზიკური) კვლავაც პრობლემად რჩება. მართალია კვლევით დასტურდება 2010 წლის პირველი 6 თვის მანძილზე ოდნავი გაუმჯობესების ტენდენცია, მაგრამ ნაკლებად სავარაუდოა რომ ეს „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ კანონში 2009 წლის ბოლოს შეტანილი ცვლილებებით იყოს განპირობებული. ამასთან, კვლევის შედეგად დადგენილი ცვლილებები არ არის სტატისტიკურად სარწმუნო.

როგორც ვხედავთ, ჩატარებული კვლევა ფარმაცევტულ ბაზარზე არსებულ პრობლემებს საინტერესო ჭრილში წარმოაჩენს. სავარაუდოა, რომ გარკვეული მეთოდოლოგიური სირთულეების გათვალისწინებით ფარმაცევტული ბაზრის განვითარების მონიტორინგისთვის ამგვარი კვლევები ძირითად ფუნქციას შეასრულებენ. ამდენად, სამომავლოდ ალბათ მიზანშეწონილი იქნება ქვეყანაში ფარმაცევტული ბაზრის დაკვირვების უფრო ეფექტური სტატისტიკური სიტემა შეიქმნას, რომელსაც ჯანდაცვის სამინისტრო ან საქსტატი განახორციელებს. ამგვარი სისტემა საშუალებას მოგვცემს დეტალურად წარმოებდეს ბაზრის შესახებ ძირითადი ინფორმაციის მოპოვება და გავრცელება, რაც საზოგადოებას და ხელისუფლებას საშუალებას მისცემს უკეთესად დააკვირდეს ამ სექტორში მიმდინარე მოვლენებს.

2009 წელს განხორციელებული საკანონმდებლო ცვლილებების მიუხედავად, წინამდებარე კვლევის საფუძველზე, საქართველოს მთავრობის წინაშე ჯერ კვლავაც რჩება მთავარი გამოწვევა - უზრუნველყოს მოსახლეობის ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობა მედიკამენტებზე, რაც თავისთავად ხელს შეუწყობს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას. ამის მისაღწევად პრიორიტეტულ ამოცანად გვესახება მედიკამენტებზე დანახარჯების ზრდის ტემპის შენელება, რათა ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი დამატებითი ფინანსური რესურსის დიდი ნაწილი არ მოხმარდეს მხოლოდ მედიკამენტოზურ უზრუნველყოფას. მსოფლიო გამოცდილებაზე დაყრდნობით, საქართველო არ არის ერთადერთი ქვეყანა რომელიც ამგვარი გამოწვევების წინაშე დგას. საერთაშორისო გამოცდილება ცხადყოფს, რომ კერძო ფარმაცევტული ბაზრები, ვერ უზრუნველყოფენ მკურნალობაზე თანაბარ ხელმისაწვდომობას და ეფექტურ ფუნქციონირებას, რაც ემსახურება როგორც კერძო, ასევე საზოგადოებრივ ინტერესებს. სწორედ ამიტომ, მრავალმა ქვეყანამ

ბაზრის რეგულირების სხვადასხვა ინსტრუმენტი გამოიყენა, მეტ-ნაკლები წარმატებით. გამომდინარე იქედან, რომ სახელმწიფოს პირდაპირი ვალდებულებაა უზრუნველყოს მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა, ამდენად აუცილებელი ხდება ფარმაცევტული სახელმწიფო პოლიტიკის, რეგულირების მექანიზმების, პროფესიული სტანდარტების შემუშავება და მედიკამენტთა რაციონალური გამოყენების წახალისება. ეს აუცილებელი ღონისძიებების ის მინიმალური ჩამონათვალია, რომლის განხორციელებაზეც სახელმწიფომ უნდა აიღოს ვალდებულება განურჩევლად იმისა, თავად მოახდენს ამ ფუნქციების შესრულებას თუ მოახდენს გარკვეული ნაწილის დელეგირებას ფარმაცევტული ბაზრის მონაწილეებზე.

ქვეყნისთვის შემდგომი ქმედებების სწორედ განსაზღვრის მიზნით, მიზანშეწონილია შეფასდეს და გაანალიზდეს სხვა ქვეყნების გამოცდილება, კერძოდ, თუ რა მექანიზმებით ხორციელდება სხვა ქვეყნებში ანალოგიური პრობლემების მოგვარება, და შეირჩეს შესაძლო ინსტრუმენტების ის ერთობლიობა, რომელიც საქართველოსთვის იქნება მისაღები.

## დანართი 1: კვლევის მეთოდოლოგია

### კვლევის მიზანი

გაკვლევა მიზნად ისახავს სამოქალაქო საზოგადოების ინფორმირებულობის დონის გაზრდისა და შესაბამისი მტკიცებულებების გამყარებით მედიკამენტებზე მოსახელობის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების ხელშეწყობას.

### მედიკამენტების შერჩევა

წინამდებარე კვლევა ჩატარდა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული მეთოდოლოგიის<sup>9</sup> გამოყენებით. კვლევისას შესწავლილი იქნა 52 მედიკამენტზე (იხილეთ დანართი #1) ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობა, ფასები, ფასნამატის მარჟები და საქართველოს ბაზარზე მედიკამენტების არსებული ფასების შედარება ევროპის სხვა ქვეყნების ფასებთან. მოწოდებული მეთოდოლოგიის მიხედვით შეირჩა:

- ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის გლობალური მედიკამენტების ჩამონათვალიდან<sup>10</sup> 14 დასახელების მედიკამენტი, რომელთა ფასები შესწავლილია დინამიკაში და გვამღევს საერთაშორისო ფასების შედარების საშუალებას;
- 14 დასახელების მედიკამენტი ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეგიონალური ჩამონათვალიდან. ეს არის ჩამონათვალი, რომელიც დამახასიათებელია კონკრეტული რეგიონის მოხმარებისთვის და საშუალებას გვამღევს განვახორციელოთ რეგიონში შემავალ ქვეყნებს შორის ფასების შედარება;
- ადგილობრივი ინტერესის 26 მედიკამენტი, რომელიც შეირჩა 2007 წელს დამტკიცებული საქართველოს პირველადი მოხმარების მედიკამენტების სიიდან და ასევე საბაჟოს მონაცემებზე<sup>11</sup> დაყრდნობით ყველაზე გაყიდვადი/მოთხოვნადი<sup>12</sup> მედიკამენტები საქართველოში.

თითოეული მედიკამენტისთვის ფიზიკური ხელმისაწვდომობა და ფასი შესწავლილია ორი ტიპის პროდუქტისთვის - ორიგინალი ბრენდის და მისი ყველაზე დაბალფასიანი გენერიული დასახელების ექვივალენტისთვის (ყველაზე დაბალფასიანი გენერიკის შერჩევა, მეთოდოლოგიის მიხედვით, ხდება გამოკვლევის მომენტში კონკრეტულ აფთიაქში ფიზიკურად ხელმისაწვდომი გენერიული დასახელების მედიკამენტებიდან).

<sup>9</sup> გამოკვლეული მედიკამენტების ფასები, ხელმისაწვდომობა და კომპონენტები

<sup>10</sup> <http://www.haiweb.org/medicineprices/manual>

<sup>11</sup> <http://moh.itdc.ge>, 2009 წლის იმპორტის მონაცემები

<sup>12</sup> გაყიდვადი/მოთხოვნადი მედიკამენტები ჩვენს შემთხვევაში განისაზღვრა კონკრეტული დასახელების მედიკამენტის იმპორტის თანხობრივი მონაცემების მოცულობის სიდიდით.



## შერჩევის კრიტერიუმები

მსოფლიო ჯანდაცვის მეთოდოლოგიის მიხედვით კვლევისთვის არეალის შერჩევა რეკომენდებულია შემდეგი პარამეტრების გათვალისწინებით: ა) კვლევის არეალი ფარავს დაახლოებით 100,000–250,000 მოსახლეს; ბ) მიღწევადია 1 დღის მანძილზე ტრანსპორტით ძირითადი ქალაქიდან; გ) 4 საათიანი ტრანსპორტით მგზავრობისას დაფარული უნდა იყოს შერჩეული ობიექტების უმეტესი ნაწილი; დ) შერჩეული არეალი უნდა იყოს ეროვნულად რეპრეზენტაციული კვლევის სპეციფიკიდან გამომდინარე.

ამ პარამეტრების გათვალისწინებით შეირჩა საქართველოს 6 რეგიონი - თბილისი, ბათუმი, იმერეთი, სამეგრელო, ქვემო ქართლი და კახეთი. მეთოდოლოგიის შესაბამისად, მოხდა თბილისის (როგორც დედაქალაქის) და ბათუმის (მეორე დიდი ქალაქის) ჩართვა კვლევაში. დარჩენილი 4 რეგიონი ასევე შეირჩა სპონტანურად საქართველოს რეგიონების ჩამონათვალიდან. თითოეულ საკვლევ 4 რეგიონში, შეირჩა 2 რაიონი (რეგიონალური ცენტრი და ერთ-ერთი რაიონი). შერჩევის საბოლოო სიის ფორმირებისას, მოხდა დამატებითი კრიტერიუმის გათვალისწინება: გათვალისწინებული იქნა კვლევის არეალში ლიცენზირებული აფთიაქების რაოდენობა, რათა ინტერვიუერს საშუალება ჰქონოდა მიეღწია შერჩევის სასურველი ზომისათვის და მოეცვა შერჩევაში შემავალი როგორც შერჩეული, ასევე სარეზერვო აფთიაქები (საჭიროების შემთხვევაში). შედეგად, კვლევის არეალებად შეირჩა: კახეთი (თელავი, გურჯაანი); სამეგრელო (ზუგდიდი, სენაკი); ქვემო ქართლი (რუსთავი, მარნეული); იმერეთი (ქუთაისი, სამტრედია). შერჩევის ამ პრინციპის გამოყენებით კვლევამ მოიცვა თითქმის 70% ლიცენზირებული აფთიაქები. ცხრილი #1 ასახავს ლიცენზირებული აფთიაქების რაოდენობას შერჩეულ არეალებში.

## კვლევის ობიექტების შერჩევა

თავდაპირველად, კვლევისათვის შეირჩა სულ 240 აფთიაქი (120 პირველადი შერჩევის აფთიაქი და ამავე რაოდენობის სარეზერვო აფთიაქი). ინსტრუქციის შესაბამისად, ინტერვიუერები ახორციელებდნენ ვიზიტს ჯერ პირველადი შერჩევის აფთიაქში და იმ შემთხვევაში თუ ა) მიიღებდნენ უარს ან ბ) შერჩეულ აფთიაქში მოაგროვებდნენ ინფორმაციას 50%-ზე ნაკლებ საკვლევ მედიკამენტზე, ისინი ახორციელებდნენ ვიზიტს სარეზერვო აფთიაქში. ამ გზით მოხდა საბოლოო შერჩევის ფორმირება, რომელმაც შეადგინა 146 აფთიაქი<sup>13</sup> (აქედან 94 პირველადი შერჩევის, ხოლო 52 სარეზერვო აფთიაქი).

აფთიაქების სხვადასხვა ტიპები კვლევის თავდაპირველ შერჩევაში გადანაწილდა ალბათური პროპორციული ზომის მეთოდით (Probability Proportional to Size (PPS)).

აფთიაქები ტიპების მიხედვით პირობითად დაიყო: ა) პსპ/ავერსი/ჯპს ქსელური აფთიაქები; ბ) სხვა ქსელური აფთიაქები; გ) დამოუკიდებელი ლიცენზირებული აფთიაქები და დ) საავადმყოფოს აფთიაქები. რეგიონალურ შერჩევასაც იგივე ალბათური პროპორციული ზომის მეთოდი დაედო საფუძვლად.

<sup>13</sup> <http://www.moh.gov.ge>

## მონაცემთა ტიპები

კვლევის საფუძველზე მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული მეთოდების საფუძველზე შეგროვდა შემდეგი ტიპის მონაცემები:

- შერჩეული მედიკამენტების ბრენდ ორიგინალებზე აფთიაქში კვლევის დღეს ნანახი გასაყიდი ფასები;
- თითოეული ორიგინალური ბრენდის შესაბამისი ყველაზე დაბალი ფასის გენერიული ექვივალენტების გასაყიდი ფასები;

ასევე გამოყენებული იქნა დამატებითი მონაცემები ანალიზისა და ინტერპრეტაციისათვის

- 2009 წლის ნოემბრის თვის და 2010 წლის ივლისის მდგომარეობით საბაჟოს მონაცემები საკვლევი იმპორტირებული მედიკამენტების განბაჟების ფასების შესახებ იმპორტიორის საიდენტიფიკაციო მონაცემების მითითების გარეშე (CIF თბილისის მდგომარეობით).
- საკვლევი მედიკამენტების საერთაშორისო სტანდარტით დადგენილი ფასები<sup>14</sup>

## მონაცემთა შეგროვება

კვლევა 2 ეტაპად ჩატარდა. პირველი სავლე ვიზიტები განხორციელდა 2009 წლის დეკემბერში, ხოლო მეორე 2010 წლის ივლისის თვეში. მკვლევარები აკითხავდნენ წინასწარ შერჩეულ აფთიაქებს და აგროვებდნენ ინფორმაციას კვლევისათვის შერჩეული მედიკამენტების შესახებ. ინტერვიუებში ახორციელებდნენ ვიზიტს ჯერ პირველადი შერჩევის აფთიაქში და იმ შემთხვევაში თუ მიიღებდნენ უარს ან შერჩეულ აფთიაქში მოაგროვებდნენ ინფორმაციას 50%-ზე ნაკლებ საკვლევ მედიკამენტზე, ისინი ახორციელებდნენ ვიზიტს სარეზერვო აფთიაქში. ინტერვიუს რესპონდენტად შერჩეული იყო აფთიაქში მომუშავე ფარმაცევტი.

ინსტრუქციის თანახმად, ინტერვიუებში ფარმაცევტს სთხოვდნენ წრმოედგინათ კონკრეტული მედიკამენტის შეფუთვა (დოზა, გამოშვების ფორმა, შეფუთვის ზომა), რათა მინიმუმამდე ყოფილიყო დაყვანილი შეცდომების ალბათობა. მოძიებული მედიკამენტების ფასები არ ითვალისწინებს კვლევის პერიოდში არსებულ ფასდაკლებებს.

## მონაცემთა ანალიზი და ინტერპრეტაცია

<sup>14</sup> <http://erc.msh.org> (Management Sciences for Health); <http://www.goeg.at/en/Area/Health-economics.html> (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (OBIG))

**ფიზიკური ხელმისაწვდომობა** - გამოთვლილი იქნა როგორც საშუალო პროცენტი (%) იმ აფთიაქებისა, სადაც საკვლევი მედიკამენტი კვლევის დღეს იყო გაყიდვაში. უნდა აღინიშნოს, რომ ფიზიკური ხელმისაწვდომობა შეფასებული იყო მხოლოდ კვლევის დღეს და არ ასახავს ხელმისაწვდომობას თვის ან წლის მიხედვით.

**მედიკამენტის ფასი** - მედიკამენტის ფასის დადგენისას აუცილებელ პირობას წარმოადგენდა ის გარემოება, რომ საკვლევი მედიკამენტი კვლევის პერიოდში გაყიდვაში უნდა ყოფილიყო სულ მცირე 4 აფთიაქში. მხოლოდ ამ პირობის დაკმაყოფილების შემთხვევაში ანალიზი ითვალისწინებდა მედიკამენტების ფასს. მედიკამენტთა ერთეულის ფასი გამოითვლებოდა საშუალო ფასის მიხედვით.

**ერთეულის საშუალო ფასი** - მედიკამენტების ერთეულის ფასის შეფასებისთვის გამოყენებული იქნა საშუალო ფასი. საშუალო მონაცემზე ზეგავლენას ახდენს არასიმეტრიულად განლაგებული სიდიდეები, ამდენად კვლევის პროცესში გამოყენებული იქნა საშუალო ფასები, რომელიც ყველაზე კარგად წარმოაჩენს შუა წერტილის მონაცემს<sup>15</sup>. მედიკამენტთა განბაჟების ფასების<sup>16</sup> ცვლილების გასაყიდ ფასებზე ზეგავლენის განსაზღვრის მიზნით, საცალო გასაყიდი საშუალო ფასები გადაყვანილი იქნა კვლევის შესაბამისი თვის საშუალო სავალუტო კურსით აშშ დოლარში.

**საერთაშორისო სტანდარტით დადგენილი ფასი** - მედიკამენტის საერთაშორისო სტანდარტით დადგენილი ფასიასი არის უახლესი ფასების მედიანა. ევროგაერთიანების ფარგლებში ჩამოყალიბებულია ავსტრიის მედიკამენტების ფასების მონიტორინგის კომიტეტი - სახელმწიფო სტრუქტურა, რომელიც რეგულარულად აგროვებს ინფორმაციას მედიკამენტების ფასების შესახებ ევროგაერთიანების 27-ე ქვეყანაში. საქართველოს ბაზარზე მედიკამენტთა ფასის საერთაშორისო სტანდარტით დადგენილი ფასებთან შესადარებლად გამოყენებული იქნა სწორედ ამ ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა.<sup>17</sup> შერჩეულ მედიკამენტებზე აღებულია ნეტო საერთაშორისო სტანდარტით დადგენილი ფასები (გადასახადების გარეშე), რადგან საქართველოში მედიკამენტების იმპორტი განთავისუფლებულია დამატებითი ღირებულების გადასახადისაგან.

საერთაშორისო სტანდარტით დადგენილი ფასებთან შედარების მიზნით კვლევის შედეგად დადგენილი მედიკამენტების ფასები გადაყვანილია ევროში, კვლევის დღეს არსებული ეროვნული ბანკის ვალუტის გაცვლის კურსით. შედეგები წარმოდგენილია როგორც ცალკეული მედიკამენტებისთვის, ასევე მედიკამენტთა კალათისათვის მედიანის გამოყენებით.

**მკურნალობის ხელმისაწვდომობა** - კვლევის თვალნათლივ წარმოჩენის მიზნით გაანალიზდა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული რამდენიმე დაავადების სტანდარტული მკურნალობის სქემა. მოხდა მათი შედარება საქართველოში საშუალო მომხმარებლის საარსებო მინიმუმთა<sup>18</sup>. მართალია ძალიან რთულია განისაზღვროს

<sup>15</sup> მედიანა

<sup>16</sup> განბაჟების ფასები მოწოდებული იქნა აშშ დოლარში

<sup>17</sup> <http://www.goeg.at/en/Area/Health-economics.html>

<sup>18</sup> სახელმწიფო სტატისტიკის დეპარტამენტი [http://www.geostat.ge/?action=page&p\\_id=178&lang=geo](http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=178&lang=geo)

რეალური ხელმისაწვდომობა, მაგრამ ითვლება, რომ დაავადების სტანდარტული სქემით მკურნალობის ფასი (ერთვეირიანი მკურნალობის სქემა მწვავე შემთხვევისას ან 30დღიანი მედიკამენტებით უზრუნველყოფა ქრონიკული დაავადების შემთხვევაში) თუ არ აღემატება საარსებო მინიმუმის 10%-ს, მაშინ მკურნალობა არის ხელმისაწვდომი.

## დანართი 2 საკვლევი მედიკამენტების ნუსხა

#	გენერიკის სახელწოდება, დოზირება, სიძლიერე	ბრენდის დასახელება	მწარმოებელი	შეფუთვის რეკომენდირებული მოცულობა
1	Acetylsalicylic acid 100 mg cap/tab	Aspirin cardio	Bayer	20
2	Aciclovir 5% crem	Zovirax	Glaxo Wellcome Operations	5gr
3	Albumin, Human Normal 20% mililitre	ALBUMIN HUMAN 20% Octapharma	Octapharma	100ml
4	Ambroxol 30 mg/10 ml mililitre	Halixol	EGIS	100
5	Amiodarone 200 mg cap/tab	Cordaron	Sanofi	30
6	Amlodipine 5 mg cap/tab	Norvasc	Pfizer	30
7	Amoxicillin 500 mg cap/tab (ამოქსიცილინი)	Phlemoxin Solutab	Astellas Pharma Europe B.V.	20
8	Amoxicillin+clavulanic 1000 mg cap/tab	Augmentin	SMITKLAIN BICHEM-GLAXOSMITKLAIN	14
9	Atenolol 50 mg cap/tab	Atenolol Nycomed	NYCOMED DENMARK A.S.	30
10	Atorvastatin 20 mg cap/tab	Atoris	Krka	30
11	Bisoprolol Hemifumarate 5 mg cap/tab	Concor	MERCK	50
12	Captopril 25 mg cap/tab	Capoten	BMS	30
13	Carbamazepine 200 mg cap/tab	Tegretol 200	Novartis	50
14	Ceftriaxone injection 1 g/vial	Rocephin	Roche	1
15	Ciprofloxacin 500 mg cap/tab	Ciprobay	Bayer	10
16	Clotrimazole topical cream 1% gram	Clotrimazole	GSK	20gr
17	Comb (Triploridin Hydrochloride, Pseudoephedrine) comb drug cap/tab	Actifed	Glaxo Wellcome GmbH&Co	12
18	Co-trimoxazole suspension 240mg/5 ml 100 ml	Septrin	Glaxo Wellcome GmbH&Co.	100
19	Diazepam 5 mg cap/tab	Valium Roche	Roche	25
20	Diclofenac 50 mg cap/tab	Voltaren Rapid 50	Novartis	20
21	Drotaverin 40 mg cap/tab	No-Spa	CHINOIN/Sanofi	100
22	Enalapril 10 mg cap/tab	Renitec	MSD	14
23	Fluoxetine 20 mg cap/tab	Prozac	Eli Lilly	28
24	Furosemide 40 mg cap/tab	Lasix	Sanofi-Aventis	45
25	Glibenclamide 5 mg cap/tab	Maninil 5	BERLIN-CHEMIE AG (MENARINI GROUP)	60
26	Gliclazide 80 mg cap/tab	Diabeton	Servier	60
27	Ibuprofen 200 mg cap/tab	EXPANFEN	AJC Pharma France	30
28	Ipratropium bromide inhaler 10 ml	Atrovent N	Boehringer Ingelheim	30

	<b>(200 dose)</b>		Pharma GmbH & Co.KG	
29	<b>Isosorbide dinitrate 40 mg cap/tab</b>	<b>Cardicet retard</b>	SCHWARZ PHARMA AG	<b>50</b>
30	<b>Ketoprofen 50 mg cap/tab</b>	<b>Flexen</b>	Capsugel Ploermel	<b>30</b>
31	<b>Levothyroxine 100 mcg cap/tab</b>	<b>Euthyrox</b>	Merck	<b>100</b>
32	<b>Loperamide HCL 2 mg cap/tab</b>	<b>Imodium</b>	JANSSEN-CILAG S.A.	<b>20</b>
33	<b>Metformin 850 mg cap/tab</b>	<b>Metformin Denk</b>	DENK PHARMA GmbH & Co.KG	<b>30</b>
34	<b>Metronidazole 250 mg cap/tab</b>	<b>Flagyl</b>	Sanofi-Aventis	<b>20</b>
35	<b>Nifedipine Retard 20 mg cap/tab</b>	<b>Adalat SL</b>	Bayer Healthcare AG	<b>30</b>
36	<b>Nimesulide 2 gr sachets</b>	<b>Nimesil</b>	Menarini group	<b>30</b>
37	<b>Omeprazole 40 mg cap/tab</b>	<b>Ultop</b>	KRKA d.d. Novo mesto	<b>28</b>
38	<b>Oseltamivir 75 mg cap/tab</b>	<b>Tamiflu</b>	Roche	<b>10</b>
39	<b>Paracetamol suspension 24 mg/ml (120mg/5ml) millilitre</b>	<b>Panadol</b>	GSK	<b>100</b>
40	<b>Perindopril 5 mg cap/tab</b>	<b>Prestarium</b>	Servier	<b>30</b>
41	<b>Prednizolone 5 mg cap/tab</b>	<b>Prednisolon Nycomed</b>	Nycomed	<b>30</b>
42	<b>Propranolol 40 mg cap/tab</b>	<b>Anaprilin</b>	RUP BORISOV MEDICAL PREPARATION PLANT	<b>30</b>
43	<b>Ranitidine 150 mg cap/tab</b>	<b>Zantac</b>	GSK	<b>20</b>
44	<b>Salbutamol inhaler 100 mcg/dose dose</b>	<b>Salbutamol</b>	GSK	<b>200</b>
45	<b>Simvastatin 20 mg cap/tab</b>	<b>Zocor</b>	MSD	<b>28</b>
46	<b>Tiapentine 12.5 mg cap/tab</b>	<b>Coaxil</b>	Servier	<b>30</b>
47	<b>Trimetazidin 35 mg cap/tab</b>	<b>Predictal MR</b>	Servier	<b>60</b>
48	<b>Valproic acid 300 mg cap/tab</b>	<b>Depakine chrono</b>	Sanofi	<b>100</b>
49	<b>Vitamin, Multi+minerals comb drug cap/tab</b>	<b>Duovit</b>	Krka	<b>40</b>
50	<b>Xylometazoline (spray) 0.1% mililitre</b>	<b>Xymelin</b>	Nycomed	<b>15</b>
51	<b>Fluconazole 50 mg cap/tab</b>	<b>Diflucan</b>	Pfizer	<b>7</b>
52	<b>Paracetamol 500 mg effervescent tablets</b>	<b>Efferalgan</b>	Bristol-Mayers Squibb	<b>16</b>