



**კურასიო**  
საერთაშორისო  
ფონდი

25 წელი უკეთესი ჯანდაცვის სისტემებისთვის

გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა:

მედიკამენტების ფასების რეგულირების შესაძლო მექანიზმი  
საქართველოსთვის

საერთაშორისო გამოცდილების მიმოხილვა

იანვარი, 2022

წინამდებარე დოკუმენტი მომზადებულია ავტორთა ჯგუფის მიერ: ლელა სულაბერიძე, ვახტანგ ნაცვლიშვილი, ნინო კოტრიკაძე, ცირა გვასალია, კონსტანტინე ჩაჩიბაია. ნარკვევი მომზადდა მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პოლიტიკის და პრაქტიკის ხელშეწყობის პროექტის ფარგლებში, რომელსაც საერთაშორისო ფონდი კურაციო ბეირუთის ამერიკულ უნივერსიტეტთან არსებული „მტკიცებულებები პოლიტიკისთვის“ ცენტრთან ერთად ახორციელებს.

საერთაშორისო ფონდი კურაციო მადლობას უხდის აკაკი ზოიძეს დოკუმენტის გადახედვასა და კომენტარების მონოღებისთვის.

## სარჩევი

მოკლე შეჯამება	4
პრობლემის აქტუალობა	4
რა არის გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნა და როგორ აუმჯობესებს ის მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობას?	4
გრფ-ს დანერგვის დროს გასათვალისწინებელი ფაქტორები:	6
პრობლემის აქტუალობა: მედიკამენტებზე დანახარჯი - მძიმე ფინანსური ტვირთი საქართველოს მოსახლეობისთვის	8
რა არის გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა?	11
გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის დიზაინი	12
ქვეყნების შერჩევა	12
მედიკამენტების შერჩევა	14
ფასის გამოთვლის მეთოდოლოგია	17
გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის შედეგები	20
მედიკამენტების ფასებზე გავლენა	20
მედიკამენტების მოხმარებაზე გავლენა	22
ფარმაცევტულ დანახარჯებზე გავლენა	23
გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის დანერგვისა და გატარების დროს გასათვალისწინებელი ფაქტორები	25
დანართი:	30
მეთოდოლოგია	30
გამოყენებული ლიტერატურა:	31

## მოკლე შეჯამება

### პრობლემის აქტუალობა

საქართველო მედიკამენტებზე დანახარჯით ერთერთი მონინავე ქვეყანაა მსოფლიოში - ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯის მესამედზე მეტი (36%) მედიკამენტებზე დანახარჯს უჭირავს. განვითარებული ქვეყნებისგან განსხვავებით, სადაც მედიკამენტების დაფინანსების ტვირთი მოსახლეობისთვის სახელმწიფოს მიერაა შემსუბუქებული, საქართველოში მედიკამენტებზე განეული ხარჯების 96% მოსახლეობის მიერ ჯიბიდან გადახდილ თანხებზე მოდის, ხოლო სახელმწიფოს კონტრიბუცია მედიკამენტების ხარჯების დაფარვაში მხოლოდ 2% (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2018).

მედიკამენტებზე დანახარჯი საქართველოს მოსახლეობისთვის მძიმე ფინანსური ტვირთი და მათი გაღარიბების ერთ-ერთი ფაქტორია. ჯანდაცვაზე მოსახლეობის ჯიბიდან გადახდილი ყოველი 10 ლარიდან 7 მედიკამენტებზე იხარჯება (Goginashvili, Nadareishvili, & Habicht, 2021). მოსახლეობის მესამედისთვის მედიკამენტების შეძენა უმთავრესი პრობლემაა და 50% ვერ ყიდულობს დანიშნულ მედიკამენტს მაღალი ფასის გამო (National Democratic Institute, 2019). მედიკამენტებზე დანახარჯი განსაკუთრებით პრობლემურია მოსახლეობის უღარიბესი ფენისთვის, რადგან სწორედ ამ ტიპის დანახარჯის გამო მათი 90% განიცდის ჯანდაცვაზე კატასტროფულ დანახარჯს, ანუ კიდევ უფრო ღარიბდება (Goginashvili et al., 2021).

საქართველოში მედიკამენტებზე განსაკუთრებულად მაღალი დანახარჯების ერთერთ წამყვან ფაქტორს ფარმაცევტული პოლიტიკის და რეგულირების მნიშვნელოვანი ხარვეზები წარმოადგენს, რაც როგორც მედიკამენტების არარაციონალური მოხმარების ისე მედიკამენტების ფასების უკონტროლო ზრდის კუთხით ხელშემწყობ გარემოს ქმნიდა/ქმნის ქვეყანაში (Curatio International Foundation, 2019b).

ფარმაცევტულ სექტორში მრავალჯერ გაუღრებული თუმცა განუხორციელებელი რეკომენდაციების კვალდაკვალ (Curatio International Foundation, 2021), მიმდინარე დოკუმენტის მიზანია მედიკამენტების ფასების რეგულირების ერთერთი ფართოდ გავრცელებული მექანიზმის - გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის (გრფ) პოლიტიკის შედეგების მიმოხილვა მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების კუთხით და ასევე გრფ-ს დანერგვისთვის საყურადღებო ფაქტორების შეჯამება, რათა გადანყვეტილების მიმღებმა პირებმა გრფ პოლიტიკის დანერგვის შემთხვევაში საერთაშორისო გამოცდილების საფუძველზე პოტენციური რისკები და საფრთხეები თავიდან აირიდონ.

### რა არის გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნა და როგორ აუმჯობესებს ის მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობას?

გრფ მედიკამენტების ფასების რეგულირების ერთ-ერთი ინსტრუმენტია, რომლის გამოყენების შედეგად შესაძლებელია მედიკამენტები უფრო ხელმისაწვდომი გახდეს მოქალაქეებისთვის, ფასი დაუახლოვდეს მეზობელი ქვეყნების ფასს და დაიზოგოს როგორც ქვეყნის ბიუჯეტის ის ნაწილი, რაც მედიკამენტებზე იხარჯება, ასევე მოსახლეობის მიერ მედიკამენტებზე ჯიბიდან

გადახდილი თანხები (S. Vogler, Lepuschütz, Schneider, & Stühlinger, 2015b). გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მექანიზმს ევროკავშირის თითქმის ყველა წევრი ქვეყანა იყენებს (Van Der Gronde, Uyl-De Groot, & Pieters, 2017). ის გამოიყენება ასევე ევროკავშირის არაწევრ ქვეყნებშიც - ავსტრალია, კანადა, ბრაზილია, მექსიკა, სამხრეთ აფრიკა, იაპონია, ირანი, ეგვიპტე, იორდანია, ლიბანი (S. M. Vogler, 2019). ბოლო წლებია გრფ პოლიტიკის გატარება დაიწყო ცენტრალური აზიის და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებშიც: ყაზახეთი, უკრაინა, აზერბაიჯანი, ბელარუსი, მოლდოვა (World Health Organization, 2020).

გრფ პოლიტიკის შედეგად მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში გაიაფდა მედიკამენტები:

ქვეყანა	მედიკამენტებზე ფასის შემცირება
ნორვეგია	2%
მოლდოვა	3%
საბერძნეთი	9.5%
აზერბაიჯანი	დანერგვიდან 1-ლი წელი: 27% დანერგვიდან მე-2 წელი: 41%
ბულგარეთი	4% - 75.4%
ნიდერლანდები	2006 წლამდე - 15%; 2007-2008 წწ - 8%

გრფ-ს შედეგად მედიკამენტები გაიაფდა ასევე

- რუმინეთში
- მაკედონიაში
- ყაზახეთში
- უკრაინაში

თუმცა ფასებს შემცირების % მითითებული არ არის.

მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული პოლიტიკის გავლენის შესახებ მედიკამენტების ფასების ცვლილებაზე გრძელვადიანი შედეგები ჯერჯერობით მწირია სამეცნიერო ლიტერატურაში, ზოგიერთი ავტორი მსჯელობს, რომ მოკლევადიანი ეფექტების შენარჩუნებაც კი საბოლოო ჯამში სასურველ შედეგს გამოიღებს ანუ მეტად ხელმისაწვდომს გახდის მედიკამენტებს მოსახლეობისთვის. საგულისხმოა, ასევე, რომ გრფ პოლიტიკის იმპლემენტაცია მედიკამენტების ფასების რეგულირების სხვა მექანიზმებთან ერთად უფრო უკეთეს შედეგს იძლევა და მისი შემოღება სხვა მექანიზმებთან ერთად კომბინაციაში უნდა იყოს განხილული (Kanavos, Fontrier, Gill, & Efthymiadou, 2020; Ruggeri & Nolte, 2013; S. Vogler et al., 2015b).

გრფ-ს მოსახლეობის მიერ მედიკამენტების მოხმარებას არ ამცირებს თუმცა მოსახლეობას უბიძგებს გამოიყენონ რეფერენტულ ჯგუფში შემავალი მედიკამენტები და ნაკლებად მოიხმარონ არა-რეფერენტული მედიკამენტები. ანუ ერთი ტიპის მედიკამენტების ჩანაცვლება ხდება მეორე ტიპის მედიკამენტებით, რომლებიც მოსახლეობისთვის უფრო ხელმისაწვდომია (Lee, Bloor, Hewitt, & Maynard, 2015):

**გრფ-ს გავლენა მედიკამენტების მოხმარებაზე**

- რეფერენტული მედიკამენტების მოხმარება 15%-ით გაიზარდა
- ხოლო არა-რეფერენტული მედიკამენტების მოხმარება, რომლის დაფინანსებაც პაციენტებს ნაწილობრივ თავიანთი ჯიბიდან უწევდათ შემცირდა 39%-ით

მედიკამენტების ფასების შემცირების გზით, საერთო ჯამში, გრფ პოლიტიკას განიხილავენ როგორც ხარჯების შეკავების ერთერთ ეფექტურ მექანიზმს. ამ უკანასკნელში იგულისხმება მედიკამენტებზე დანახარჯების შემცირება ან დანახარჯების ზრდის ტემპის შეკავება. საერთაშორისო გამოცდილების მიხედვით გრფ ხელს უწყობს მედიკამენტებზე ხარჯების შეკავებას ყოველ შემთხვევაში მისი დანერგვის შემდგომ მოკლევადიან პერიოდში.

გრძელვადიან პერიოდში ხარჯების შეკავების ეფექტზე ემპირიული გამოცდილება საერთაშორისო ლიტერატურაში არ გვხვდება, თუმცა გათვლებით ნავარაუდევია, რომ ის შედეგს იძლევა (Acosta et al., 2014; Kanavos et al., 2020; S. Vogler et al., 2015b):

**გრფ-ს გავლენა ფარმაცევტულ დანახარჯებზე**

- მაკედონიამ გრფ-ის დანერგვიდან 2 წლის თავზე დაზოგა 7.3 მილიონი ევრო
- თურქეთში გრფ-ის დანერგვის შედეგად (გრფ მექანიზმის ამუშავებიდან მესამე წელს) - 1 მილიარდი აშშ დოლარით შემცირდა ფარმაცევტული დანახარჯი
- დანახარჯი შემცირდა შვეიცარიაში, საბერძნეთსა და პორტუგალიაში, თუმცა შემცირების მასშტაბი არ არის მითითებული.

სიმულაციური სავარჯიშოების მიხედვით გრფ-ს ამოქმედების შედეგად ფარმაცევტული დანახარჯების შემცირება ნავარაუდევია

- სლოვაკეთში - 75 მილიონი ევროთი
- აშშ-ში - 37.9 მილიარდი აშშ დოლარი (69%-ით)

დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ გრფ მედიკამენტებზე დანახარჯებს ამცირებს. თუმცა, მაქსიმალური ეფექტის მიღწევა დამოკიდებულია გრფ-ს დიზაინის თავისებურებებზე (რეფერენტული ქვეყნების სიმრავლეზე, ფასის გამოთვლის ფორმულაზე, ფასების შესახებ ინფორმაციის განახლების სიხშირეზე, ფასების გამჭვირვალობაზე) და ასევე იმაზე, იყენებს თუ არა ქვეყანა მედიკამენტების ჭარბი მოხმარების მარეგულირებელი პოლიტიკის ინსტრუმენტებს, რომ ხელი შეუწყოს მათ რაციონალურ მოხმარებას (მაგ. ელექტრონულ რეცეპტს).

**გრფ-ს დანერგვის დროს გასათვალისწინებელი ფაქტორები:**

საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს, რომ გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის წარმატებით განხორციელების ერთი საერთო ფორმულა არ არსებობს. მისი დაგეგმვისას, თითოეულმა სახელმწიფომ მხედველობაში უნდა მიიღოს ადგილობრივი კონტექსტი და გრფ-ის პოლიტიკის დიზაინი ლოკალური მახასიათებლების გათვალისწინებით შეადგინოს. არსებული სამეცნიერო ცოდნა მიუთითებს, რომ გრფ-ის პოლიტიკით დასახული მიზნების მიღწევა ერთდროულად ისეთ ფაქტორებზეა დამოკიდებული, როგორცაა რეფერენტული ქვეყნების შერჩევის კრიტერიუმები, მედიკამენტების ფასის განსაზღვრის მეთოდოლოგია, მედიკამენტების ფასების განახლების სიხშირე და ვალუტის კურსის ცვალებადობით გამოწვეული რყევების შეკავების მექანიზმები:

1. რეფერენტული ქვეყნების შერჩევისას ძირითადად ითვალისწინებენ (ა) შესარჩევი ქვეყნის შემრჩევ ქვეყანასთან გეოგრაფიული სიახლოვეს, (ბ) ეკონომიკური მსგავსებას: მთლიანი შიდა პროდუქტის მოცულობათა შესადარისობას, (გ) რეფერენტულად იმ სახელმწიფოების არჩევნ, რომლებშიც მედიკამენტებს დაბალი ფასი აქვთ. გამოცდილება აჩვენებს, რომ ქვეყნების შერჩევას არსებითი გავლენა აქვს გრფ-ის პოლიტიკაზე. მაგ., ხორვატიაში, სლოვაკეთში და ლიეტუვაში რეფერენტული ქვეყნების სიის განახლებით ფასები მნიშვნელოვნად შემცირდა.
2. ფასის გამოთვლის მეთოდოლოგია. ჩვეულებრივ, გრფ-ის დროს, მარეგულირებელი ქვეყანა კონკრეტული მედიკამენტის ფასს ადგენს რეფერენტულ ქვეყნებში იმავე

მედიკამენტზე არსებული ფასების საშუალოს გამოთვლის გზით. ევროკავშირის კვლევამ, რომელიც 11 ფარმაცევტული პროდუქტის ფასებზე გრფ-ის გავლენას სწავლობდა, დაასკვნა, რომ იმ შვიდიდან ოთხ ქვეყანაში, სადაც მედიკამენტების ფასები შემცირდა, ფასი დგინდებოდა რეფერენტულ ქვეყნებს შორის ყველაზე დაბალი ფასის მიხედვით ან რეფერენტულ ქვეყნებს შორის ყველაზე დაბალი ფასების მქონე ქვეყნების ფასების საშუალოს შესაბამისად.

3. **მედიკამენტების ფასის არჩევა.** რეფერენტულ ქვეყნებში კონკრეტული მედიკამენტის ფასის დასადგენად ძირითადად იყენებენ ამ მედიკამენტის ე.წ. ქარხნულ (ex-factory) ფასს, რადგან საბითუმო დისტრიბუტორებისა და აფთიაქების მოგების მარჟა და საგადასახადო რეჟიმები ერთმანეთისგან მნიშვნელოვნად განსხვავდება და, ამდენად, მედიკამენტის სარეალიზაციო ფასი გრფ-ს მიზნებისთვის ვალიდური არ არის.
4. **ფასის განახლების სიხშირე.** აუცილებელია, მარეფერირებელ ქვეყანას ჰქონდეს რეფერენტულ ქვეყნებში ფასების ცვლილების მონიტორინგის ქმედითი სისტემა, რომლის დახმარებითაც ფასების რყევას დააკვირდება. ერთ-ერთი გამოთვლის მიხედვით, როდესაც მარეფერირებელი ქვეყანა რეფერენტულ ქვეყნებში ფასების ცვლილებას აკვირდება და საკუთარ ფასებს, ყოველი სამწლეულის ნაცვლად, ყოველწლიურად ცვლის, ფასის შემცირების კოეფიციენტს თითქმის აორმაგებს.
5. **ვალუტის გაცვლითი კურსის ცვალებადობა.** აღნიშნული გრფ-ის წარმატებული განხორციელების კიდევ ერთი ფაქტორია. გაცვლითი კურსის ცვალებადობის საკითხი, ცხადია, იმ მარეფერირებელი ქვეყნებისთვის იქნეს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას, სადაც მედიკამენტის ფასი ეროვნულ ვალუტაშია დადგენილი. გამოსავალი შესაძლოა ვალუტის გაცვლითი კურსის დაფიქსირება და ან სპეციალური ეკონომიკური ფორმულების გამოყენება იყოს, რომელსაც მეზობელი თურქეთი მიმართავს.
6. **ფარმაცევტული ინდუსტრიის საპასუხო სტრატეგიები.** ინდუსტრიას შეუძლია, ახალი მედიკამენტი პირველად იმ ბაზარზე გაუშვას, სადაც მედიკამენტები მაღალი ფასი ღირს, ასეთი სტრატეგიის ფარგლებში, ინდუსტრიას შეუძლია, გავლენა მოახდინოს იმ ქვეყნებზე, რომლებსაც რეფერენტული ქვეყნების სიაში შეყვანილი ყავთ მაღალი ფასების მქონე ქვეყანა. მეორე მხრივ, ინდუსტრიას ასევე ხელეწიფება, გადაავადოს ან საერთოდ არ შეიტანოს საკუთარი მედიკამენტები იმ ქვეყნებში, სადაც წამლებს, შესაბამისი რეგულაციების გამო, ძალიან დაბალი ფასი აქვთ.

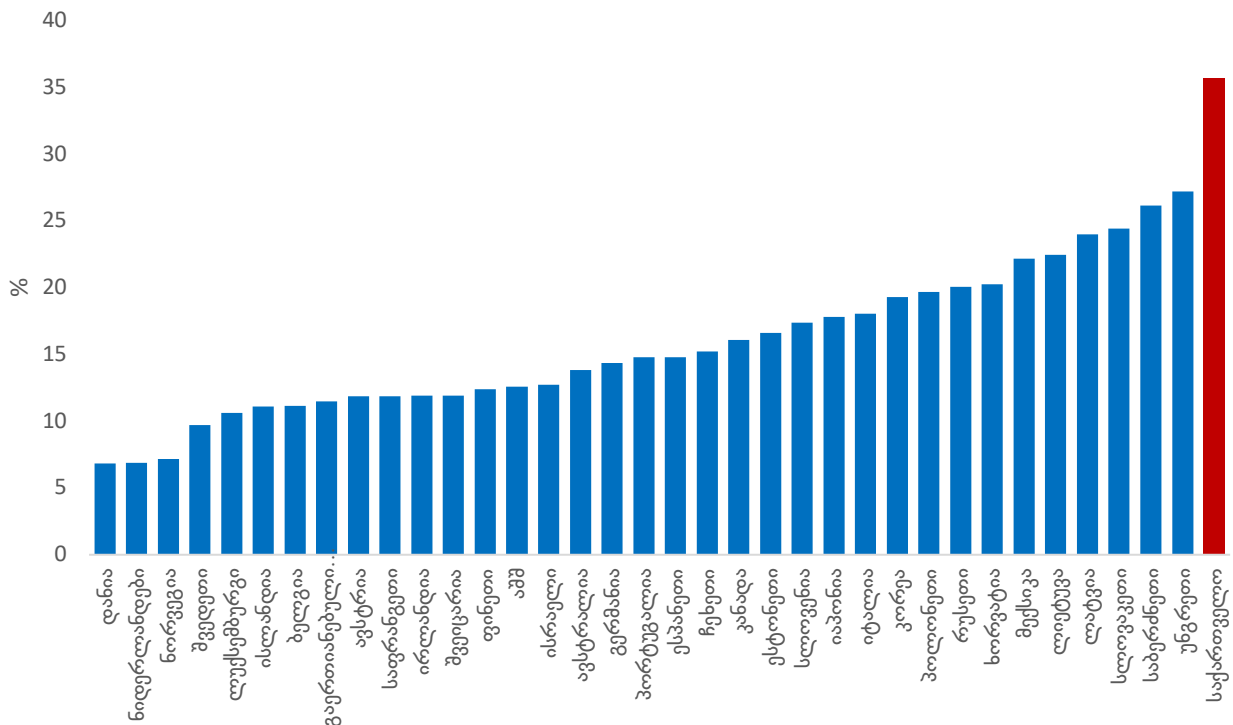
შეჯამების სახით უნდა აღინიშნოს, რომ გრფ-ის წარმატებული განხორციელება პოლიტიკის დიზაინზე და მოკიდებული, სხვა სიტყვებით, ისეთ ფაქტორებზე, როგორცაა რეფერენტული ქვეყნების შერჩევის კრიტერიუმები, მედიკამენტების ფასის განსაზღვრის მეთოდოლოგია და მისი გადახედვა უფრო სასურველი შედეგის მისაღწევად, მედიკამენტების ფასების განახლების სიხშირე და ვალუტის კურსის ცვალებადობით გამოწვეული რყევების შეკავების მექანიზმები. გრფ-ის პოლიტიკის წარმატების ამოსავალი წერტილი ადგილობრივი კონტექსტის გათვალისწინებაა, თუმცა საერთაშორისო გამოცდილებას შეუძლია პოტენციური რისკებისგან და საფრთხეებისგან დაგვაზღვიოს.



## პრობლემის აქტუალობა: მედიკამენტებზე დანახარჯი - მძიმე ფინანსური ტვირთი საქართველოს მოსახლეობისთვის

საქართველო მედიკამენტებზე დანახარჯით ერთერთი მოწინავე ქვეყანაა მსოფლიოში - ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯის მესამედზე მეტი (36%) მედიკამენტებზე დანახარჯს უჭირავს (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2018). მაშინ, როდესაც აღნიშნული პროპორცია/თანაფარდობა საშუალოდ მეექვსედი იყო ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის (ეთგო) წევრ ქვეყნებში 2019 წელს (OECD, 2021).

გრაფიკი 1. მედიკამენტებზე დანახარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში, 2019

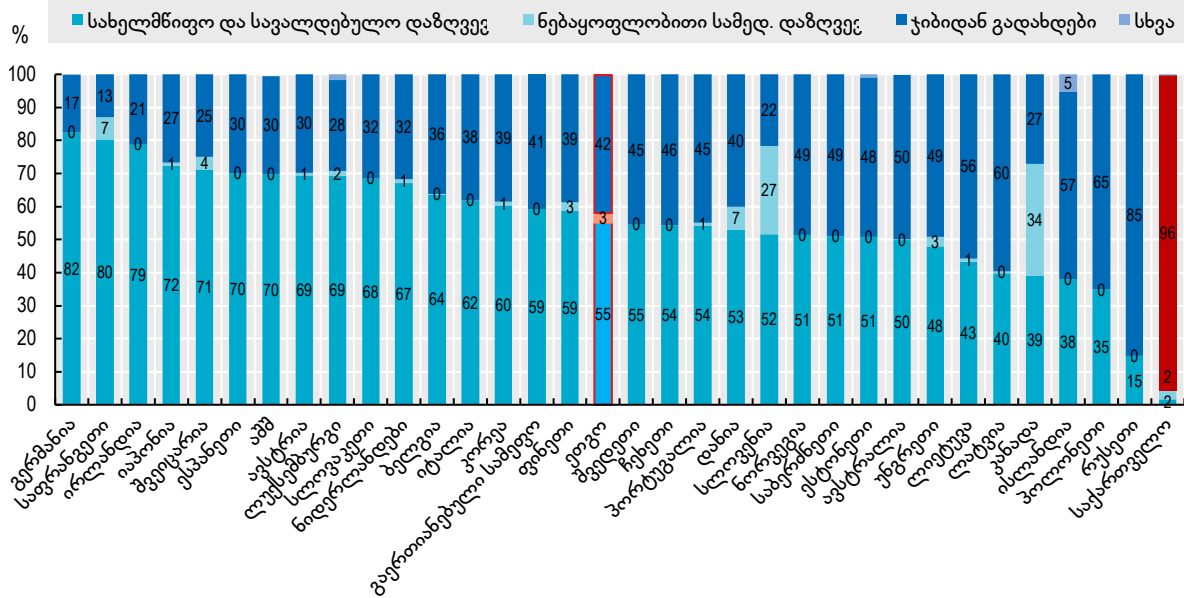


წყარო: ეთგო, სტატისტიკურ მონაცემთა ბაზა, 2019; საქართველო - ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიში, 2018

განვითარებული ქვეყნებისგან განსხვავებით, სადაც მედიკამენტების დაფინანსების ტვირთი მოსახლეობისთვის სახელმწიფოს მიერაა შემსუბუქებული, საქართველოში მედიკამენტებზე განეული ხარჯების 96% მოსახლეობის მიერ ჯიბიდან გადახდილ თანხებზე მოდის, ხოლო სახელმწიფოს კონტრიბუცია მედიკამენტების ხარჯების დაფარვაში მხოლოდ 2% (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2018). 2019 წლის მონაცემებით, ეთგო-ს წევრ ქვეყნებში სახელმწიფოს მონაწილეობა მოსახლეობისთვის ამბულატორიული მედიკამენტების დანახარჯებში დაახლოებით 55%, ხოლო ჯიბიდან გადახდები 42%-ს არ აჭარბებს (OECD, 2021).



გრაფიკი 2. მედიკამენტებზე დანახარჯები წყაროების მიხედვით, 2019



წყარო: ეთვო, სტატისტიკურ მონაცემთა ბაზა, 2019, საქართველო - ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიში, 2018

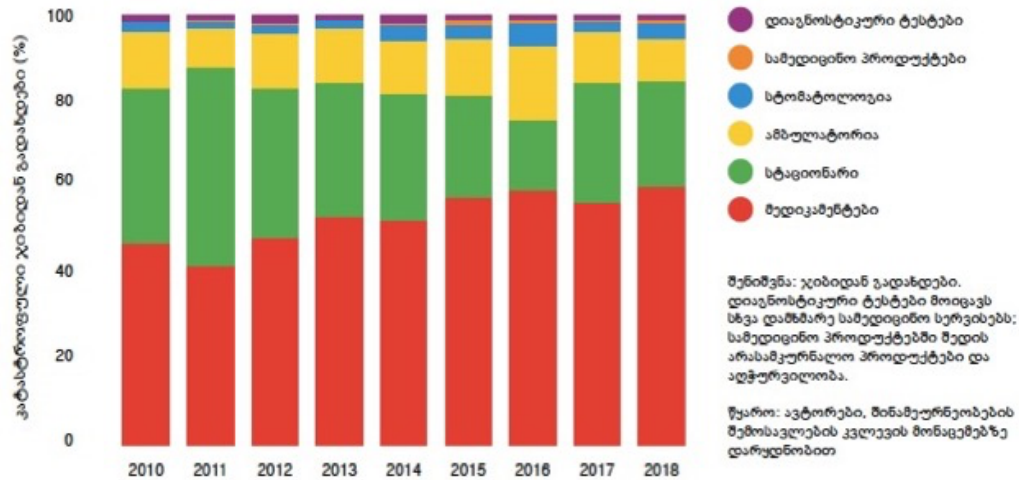
მედიკამენტებზე დანახარჯი საქართველოს მოსახლეობისთვის მძიმე ფინანსური ტვირთი და მათი გაღარიბების ერთ-ერთი ფაქტორია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) ევროპის რეგიონული ოფისის 2021 წლის ივლისის ანგარიშში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია საქართველოში ჯანდაცვაზე განეულ დანახარჯების მნიშვნელოვან წილს კატასტროფულს<sup>1</sup> უწოდებს და მოსახლეობის გაღარიბების ერთ-ერთ მიზეზად ასახელებს. ანგარიშის თანახმად, სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობის მიუხედავად, ჯიბიდან განეული სამედიცინო ხარჯები მოსახლეობას კვლავ ტვირთად აწვება და ჯიბიდან გადახდების ყველაზე მაღალი წილი – დაახლოებით 69% მედიკამენტებზე მოდის (Goginashvili et al., 2021). მოსახლეობის მესამედისთვის მედიკამენტების შეძენა უმთავრესი პრობლემაა და 50% ვერ ყიდულობს დანიშნულ მედიკამენტს მაღალი ფასის გამო (National Democratic Institute, 2019). როგორც ჯანმოს ანგარიშშია ნათქვამი, განსაკუთრებით მძიმე ფინანსური ტვირთია მედიკამენტების შეძენა უღატაკესი ოჯახებისთვის, რომელთა შემთხვევაშიც ჯიბიდან გადახდების წილი 90%-ია (Goginashvili et al., 2021).

2018 წლის მონაცემებით საქართველოს მოსახლეობის 17.4%-თვის ჯანდაცვის სერვისებზე განეული ჯიბიდან გადახდები კატასტროფული აღმოჩნდა. მოსახლეობაში ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების ფორმირებაში წამყვანი წილი მედიკამენტებზე დანახარჯს უჭირავს (იხ. გრაფიკი 3). აღნიშნულის მიზეზად ხაზგასმულია სახელმწიფოს მიერ ამბულატორიული მედიკამენტების მწირი დაფინანსება: 2017 წელს დამატებით ქრონიკული

<sup>1</sup> ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია და მსოფლიო ბანკი კატასტროფულად აფასებენ დანახარჯებს ჯანდაცვაზე, თუ პაციენტი ამ მიზნით ხარჯავს მისი საერთო შემოსავლების (ან დანახარჯების) 10%-ს ან მეტს დროის მოცემულ მონაკვეთში (ამ შემთხვევაში წლის განმავლობაში).

დაავადების სამკურნალო საშუალებების დაფარვა არ იყო საკმარისი ღარიბი შინამეურნეობების ფინანსური მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად (Goginashvili et al., 2021).

გრაფიკი 3. მედიკამენტებზე დანახარჯების წილი ჯანდაცვაზე კატასტროფულ დანახარჯებში, 2018 (Goginashvili et al., 2021)



საქართველოში მედიკამენტებზე განსაკუთრებულად მაღალი დანახარჯების ერთერთ წამყვან ფაქტორს ფარმაცევტული პოლიტიკის და რეგულირების მნიშვნელოვანი ხარვეზები წარმოადგენს, რაც როგორც მედიკამენტების არარაციონალური მოხმარების ისე მედიკამენტების ფასების უკონტროლო ზრდის კუთხით ხელშემწყობ გარემოს ქმნიდა/ქმნის ქვეყანაში (Curatio International Foundation, 2019b; საქართველოს პარლამენტი ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტი, 2019a).

2019 წელს ნორმატიული აქტების აღსრულების კონტროლის მექანიზმის ფარგლებში საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის მიერ ჩატარებული მოკვლევის - წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ კანონის აღსრულება რამდენად შეესაბამება ხარისხიანი სამკურნალო საშუალებების ხელმისაწვდომობას საქართველოში - კომიტეტმა დაინტერესებულ მხარეთა მოსაზრებების მოსმენის საფუძველზე გამოსცა რეკომენდაციები, სადაც მედიკამენტების ფასების რეგულირების კუთხით სისტემის ჩამოყალიბება/ამოქმედებაზე გააკეთა ერთერთი აქცენტი და მათ შორის გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის (გრფ) პოლიტიკის ამოქმედებას გაუწია რეკომენდაცია გენერალური მედიკამენტებისთვის (სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტებისთვის) (საქართველოს პარლამენტი ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტი, 2019b).

მედიკამენტების ფასების რეგულირების თემაზე 2019 წლის ბოლოს საერთაშორისო ფონდი კურაციოს მიერ საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტთან აქტიური თანამშრომლობით მომზადდა მტკიცებულებების მიმოხილვის დოკუმენტი საერთაშორისოდ გავრცელებულ ინსტრუმენტებზე (Curatio International Foundation, 2019a), რომელთა განსახილველად ასევე გაიმართა პოლიტიკის დიალოგი დაინტერესებულ მხარეთა აქტიური მონაწილეობით (Curatio International Foundation, 2019a). მედიკამენტებზე

მოსახლეობის ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით მედიკამენტების ფასების რეგულირების განხილულ ინსტრუმენტებს შორის დიალოგის მონაწილეებმა სხვადასხვა ინსტრუმენტს შორის გარე რეფერენტულ ფასწარმოქმნას დაუჭირეს მხარი საქართველოს ფარმაცევტულ სექტორში არსებული კონტექსტუალური ფაქტორების გათვალისწინებით (Curatio International Foundation, 2019b).

მოსახლეობისთვის მედიკამენტების შესაძენად არსებულ ფინანსურ ტვირთზე და წამლის ფასების რეგულირების რომელიმე მეთოდის შემოღების აუცილებლობაზე უთითებს ასევე კონკურენციის სააგენტო, რომლის დასკვნის თანახმად, დღეს არსებული ვითარებით, კერძოდ ფარმაცევტული „ბაზრის მაღალი ხარისხის ინტეგრაციისა თუ შესაძლო ინტერესთა შეუთავსებლობის შედეგად არსებული ხელოვნური/ გარანტირებული მოთხოვნა, იმპორტიორ/მწარმოებელ, საბითუმო მიმწოდებელ და საცალო რეალიზატორ კომპანიებს შესაძლებლობას აძლევს, მედიკამენტებზე, რომელთა იმპორტიც ხორციელდება მნიშვნელოვნად დაბალ ფასად, მიიღონ მაღალი ფასნამატი“ (საქართველოს კონკურენციის ეროვნული სააგენტო, 2021). ამ მდგომარეობის გამოსასწორებლად და წამლებზე დანახარჯების შესამცირებლად სააგენტო არა ერთ რეკომენდაციას იძლევა, რომელთა შორისაა „თავისუფალი ფასწარმოქმნის“ პოლიტიკის ჩანაცვლება სხვადასხვა მარეგულირებელ მექანიზმით, მათ შორის გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნით (საქართველოს კონკურენციის ეროვნული სააგენტო, 2021).

ფარმაცევტულ სექტორში მრავალჯერ გაუღერებული რეკომენდაციების კვალდაკვალ, მიმდინარე დოკუმენტის მიზანია გრფ პოლიტიკის შედეგების მიმოხილვა მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების კუთხით და ასევე გრფ-ს დანერგვისთვის საყურადღებო ფაქტორების თავმოყრა.

## რა არის გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა?

გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის (გრფ) პოლიტიკა მედიკამენტების ფასების რეგულირების ერთერთი ინსტრუმენტია, რომლის გამოყენების შედეგად მედიკამენტები უფრო ხელმისაწვდომია მოქალაქეებისთვის და იზოგება როგორც ქვეყნის ბიუჯეტის ის ნაწილი, რაც მედიკამენტებზე იხარჯება, ასევე მოსახლეობის მიერ მედიკამენტებზე ჯიბიდან გადახდილი თანხები. ამ მეთოდის გამოყენების პრინციპი შემდეგია: ამ დროს კონკრეტული ქვეყანა, რომელშიც გრფ იწერება მედიკამენტების ფასების შესახებ ინფორმაციას იღებს სხვა ქვეყნიდან ან ქვეყნებიდან და ფასის გამოთვლის მეთოდოლოგიის გამოყენებით ადგენს ფასს კონკრეტული მედიკამენტებისთვის. გრფ-ს მეშვეობით სახელმწიფო წინასწარ შერჩეული მედიკამენტების ჯგუფის ანაზღაურებისთვის განსაზღვრავს ზღვრულ ფასს, რომელსაც სახელმწიფო გადამხდელი ან სადაზღვევო კომპანია იყენებს მოსახლეობისთვის მედიკამენტების ანაზღაურებისთვის (S. Vogler, Lepuschütz, Schneider, & Stühlinger, 2015a)

გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მექანიზმს ევროკავშირის თითქმის ყველა წევრი ქვეყანა იყენებს (Van Der Gronde et al., 2017). მედიკამენტების ფასების რეგულირებისთვის გრფ პოლიტიკას იყენებს ასევე ევროკავშირის არაწევრი ქვეყნებიც - ავსტრალია, კანადა, ბრაზილია, მექსიკა, სამხრეთ აფრიკა, იაპონია, ირანი, ეკვიპტე, იორდანია, ლიბანი (S. M. Vogler, 2019).

ბოლო წლებია გრფ პოლიტიკის გატარება დაიწყო ცენტრალური აზიის და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში: ყაზახეთი, უკრაინა, აზერბაიჯანი, ბელარუსი, მოლდოვა (World Health Organization, 2020).

## გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის დიზაინი

### ქვეყნების შერჩევა

საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს, რომ ქვეყნები მედიკამენტებზე რეფერენტული ფასის დასადგენად ისეთ ქვეყნებს ირჩევენ, რომლებიც შედარებადნი არიან სოციო-ეკონომიკური მაჩვენებლებით და გეოგრაფიული სიახლოვით, ჯანდაცვის მონაცემების მეტ-ნაკლებად მსგავსი სისტემით, რომლებსაც მედიკამენტების ფასებზე მონაცემების შეგროვების გამართული სისტემა აქვთ. გარდა ამისა, რაც მთავარია ქვეყნების შერჩევისას განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა მედიკამენტების ფასებს, კერძოდ, ისეთი ქვეყნების შერჩევას, სადაც მედიკამენტებს დაბალი ფასი აქვთ (S. Vogler et al., 2015b).

მედიკამენტების ფასების შესადარებლად შემრჩევი ქვეყნები (ქვეყნები, რომლებშიც გრფ პოლიტიკა იწარმოება) ასევე ირჩევენ განსხვავებული ეკონომიკური კლასიფიკაციის მქონე ქვეყნებს მას შემდეგ რაც სპეციალური ფორმულების გამოყენებით მოხდება ქვეყნების ეკონომეტრიული მაჩვენებლების ერთმანეთთან მიმსგავსება.

ევროპის რეგიონის ქვეყნებში ყველაზე ხშირად რეფერირებადი ქვეყანა საფრანგეთია, რომლის ფასებს საკუთარ რეფერენსად ევროპის რეგიონის 20 ქვეყანა იყენებს), შემდეგ ადგილზეა ესპანეთი, დანია და ბულგარეთი (რომელთა ფასებსაც რეფერენსად 18 ევროპული ქვეყანა იყენებს), შემდეგ ადგილს იტალია და გაერთიანებული სამეფო იკავებს. ყველაზე ნაკლებად რეფერირებადი ქვეყნებია შვეიცარია (მას რეფერენს ქვეყნად იყენებს მხოლოდ ევროპის რეგიონის 2 ქვეყანა), ისლანდია და ნორვეგია (იხ. ცხრილი 1) (S. Vogler et al., 2015b).

ქვეყნების მიხედვით, განსხვავდება რეფერენტულ კალათაში შეყვანილი ქვეყნების რაოდენობა (გთხოვთ, იხილეთ ცხრილი 1 და ცხრილი 2). ესტონეთი, სლოვენია და პორტუგალია გრფ პოლიტიკისთვის რეფერენს ქვეყნებად 3 ქვეყანას იყენებენ. საფრანგეთი და ნიდერლანდები - 4 ქვეყანას. ევროპის რეგიონში რეფერენტული ქვეყნების კალათა ყველაზე მსხვილია უნგრეთის და პოლონეთის შემთხვევაში: აღნიშნული ქვეყნები რეფერენს ქვეყნებად 30 ქვეყანას იყენებენ, შემდეგ ადგილზეა ფინეთი - 29 რეფერენტული ქვეყნით. შემდეგ - ავსტრია, ბელგია, სლოვაკეთი - 27 ქვეყნით. აზიის ქვეყნებიდან - ყაზახეთი ლიდერობს - 39 რეფერენს ქვეყნით (იხ. ცხრილი 2) (Rodwin, 2021; S. Vogler et al., 2015b).

აქვე უნდა აღინიშნოს რომ საკმაოდ ხშირია იმ ქვეყნების რაოდენობა, რომლებმაც გრფ პოლიტიკის დანერგვის შემდეგ განაახლეს რეფერენტული ქვეყნების ჩამონათვალი, როგორც წესი - გაზარდეს, ერთადერთი ქვეყანა სადაც რეფერენტული ქვეყნების რაოდენობა 4-დან 3-მდე შემცირდა ესტონეთია. ქვეყნების სიის განახლების მთავარი მიზეზი უკეთესი შედეგის მიღებაა, კერძოდ, ფასების მეტად შემცირება რეფერენტული მედიკამენტებისთვის. ცხრილი 2-ში მოყვანილი 34 ქვეყნიდან გრფ პოლიტიკის დანერგვის შემდეგ რეფერენტული ქვეყნების რაოდენობა გაიზარდა 15 ქვეყანაში.

ცხრილი 1. რეფერენტული ქვეყნების კალათა სხვადასხვა ქვეყნისთვის (S. Vogler et al., 2015b)

ქვეყნები	აავრია	ავსტრია	ბელგია	ბულგარეთი	შვეიცარია	კვიპროსი	ჩეხეთი	გერმანია	დანია	ესტონეთი	საბერძნეთი	ესპანეთი	ფინეთი	საფრანგეთი	ხორვატია	უნგრეთი	ირლანდია	ისლანდია	იტალია	ლიეტუვა	ლატვია	მალტა	ნიდერლანდები	ნორვეგია	პოლონეთი	პორტუგალია	რუმინეთი	სლოვენია	სლოვაკეთი	თურქეთი	
ავსტრია																															
ბელგია																															
ბულგარეთი																															
შვეიცარია																															
კვიპროსი																															
ჩეხეთი																															
გერმანია																															
დანია																															
ესტონეთი																															
საბერძნეთი																															
ესპანეთი																															
ფინეთი																															
საფრანგეთი																															
ხორვატია																															
უნგრეთი																															
ირლანდია																															
ისლანდია																															
იტალია																															
ლიეტუვა																															
ლატვია																															
მალტა																															
ნიდერლანდები																															
ნორვეგია																															
პოლონეთი																															
პორტუგალია																															
რუმინეთი																															
სლოვენია																															
სლოვაკეთი																															
თურქეთი																															
N	16	18	9	2	10	15	16	18	13	14	18	15	20	8	13	13	4	17	15	8	13	8	15	6	12	15	11	14	14	16	17



## მედიკამენტების შერჩევა

გრძე პოლიტიკისთვის სხვადასხვა ქვეყანა სხვადასხვა ჯგუფის მედიკამენტებს ირჩევს, მაგრამ ლიტერატურაზე დაყრდნობით, ფასების რეგულირება ძირითადად ეხება ფარმაცევტული პროდუქტების შემდეგ ძირითად ჯგუფებს: ა) სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებად მედიკამენტებს, ბ) რეცეპტებით გაცემად მედიკამენტებს, გ) გენერიკებს, დ) ბრენდული დასახელების ან ინოვაციურ მედიკამენტებს, რომლებსაც ანალოგი არ გააჩნიათ, და ა.შ. (Panteli et al., 2016).

მედიკამენტების ზემოთ ხსენებული კლასიფიკაცია ექსკლუზიური არ არის. მაგალითისთვის, გრძე პოლიტიკისთვის შერჩეული რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტების ჯგუფი შესაძლოა მოიცავდეს როგორც გენერიკებს, ასევე ბრენდულ და/ან სრულიად ახალ მედიკამენტებს. გრძე პოლიტიკა რომელ მედიკამენტებზე გავრცელდება ძირითადად დამოკიდებულია ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის მონაცემებსა და ფარმა პოლიტიკის მიმართულებით არსებულ სურათზე. ევროზონის ქვეყნების უმრავლესობაში (ავსტრია, ხორვატია, ჩეხეთის რესპუბლიკა, ესტონეთი, ფინეთი, საფრანგეთი, გერმანია, ირლანდია, იტალია, ლატვია, ლიეტუვა, მალტა, პოლონეთი, სლოვაკეთი, სლოვენია და შვეიცარია) გრძე გამოიყენება სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტებისთვის (იხ. ცხრილი 2).

საგულისხმოა, ასევე რომ გრძე-თვის შერჩეული მედიკამენტები შესაძლოა იყოს როგორც ადგილობრივად წარმოებული, ასევე სხვა ქვეყნიდან შემოტანილი ე.წ. „იმპორტირებული“ მედიკამენტები. მაგალითისთვის, გრძე პოლიტიკა ვრცელდება ყველა მედიკამენტზე ლუქსემბურგში, საბერძნეთსა და თურქეთში [როგორც ადგილობრივად წარმოებულზე, ასევე იმპორტირებულზე (Atikeler & Özçelikay, 2016)].

ზოგიერთი ქვეყანა გრძე პოლიტიკას იყენებს როგორც ჰოსპიტალში გამოსაყენებელი მედიკამენტებისთვის, ასევე ამბულატორიული მედიკამენტებისთვის. ქვეყნების ნაწილი, მაგალითისთვის, დანია, გრძე-თვის გამოყოფს მხოლოდ ისეთ მედიკამენტებს, რომლებიც ჰოსპიტალში სამკურნალოდ გამოიყენება. დანიისგან განსხვავებით პორტუგალიაში, ავსტრიაში, ნიდერლანდებში გრძე პოლიტიკა მხოლოდ ამბულატორიულ მედიკამენტებზე ვრცელდება. ნიდერლანდებში გრძე სისტემაში შესული მედიკამენტების ჩამონათვალი ძვირადღირებული და იშვიათი დაავადებების სამკურნალო წამლებიც შედის (Rémuzat et al., 2017).

2018 წელს ტრამპის ადმინისტრაციამ მიიღო გრძე პოლიტიკის გამოყენების გადანაცვტილება ჯანმრთელობის სახელმწიფო სადაზღვევო სქემით მოსარგებლე ბენეფიციარებისთვის (Medicare – 65 წლის და უფროსი ასაკის მოქალაქეებისთვის) ანაზღაურებადი მედიკამენტებისთვის, რომელთა ფასებიც იქნებოდა აღებული კანადიდან, იაპონიიდან და ევროპიდან, კერძოდ გაერთიანებული სამეფოდან (Rand & Kesselheim, 2021). გასული წლის სექტემბერში შესაბამისი ბრძანება გამოიყენა, რომელიც რეფერენტული ფასების შემუშავების პროცედურას დააჩქარებდა რეცეპტული მედიკამენტებისთვის, რომლებიც შედიან აღნიშნულ სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამაში (Medicare). ამავე ბრძანებით განისაზღვრა რომ გრძე პოლიტიკას დაქვემდებარებული მედიკამენტებისთვის სახელმწიფო უფრო მეტ თანხას არ გადაიხდიდა, ვიდრე რეფერენტულ ქვეყნებში (Rand & Kesselheim, 2021).

აქვე აღსანიშნავია, რომ მედიკამენტების შერჩევასა და ქვეყნები ძირითადად სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებად მედიკამენტებს ირჩევენ (იხ. ცხრილი 2), რომლებიც თავის მხრივ ე.წ. ესენციური და/ან პოზიტიური მედიკამენტების სიაზე დაყრდნობით აქვთ ქვეყნებს შერჩეული (Panteli et al., 2016). პოზიტიური მედიკამენტების სია ევროპის რეგიონის 44 ქვეყანაში აქტიურად გამოიყენება სახელმწიფოს მხრიდან მათი სრული ან ნაწილობრივი დაფინანსების მიზნით (World Health Organization, 2018).

საქართველოს შემთხვევაშიც მიზანშეწონილი იქნება გრფ-ს დანერგვა მედიკამენტების უფრო ვრცელ სიაზე ვიდრე მხოლოდ დღეს არსებული ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების მწირ ჩამონათვალზე, რომელიც სახელმწიფო პროგრამით მოსახლეობის მხოლოდ ნაწილისთვის (სოციალურად დაუცველი, პენსიონერი, შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე პირი) ანაზღაურდება.

*ცხრილი 2. გრფ პოლიტიკისთვის შერჩეული მედიკამენტების ტიპები, რეფერენტული ქვეყნების რაოდენობა და მათი ცვლილება (Atikeler & Özçelikay, 2016; Carone, Schwierz, & Xavier, 2012; S. Vogler, Schneider, & Lepuschütz, 2020; World Health Organization, 2020)*

No	ქვეყანა	პოზიტიური მედიკამენტების სია	გრფ-თვის შერჩეული მედიკამენტები	რეფერენტული ქვეყნების რაოდენობა	ცვლილება რეფერენტული ქვეყნების სიაში
1	ავსტრია	√	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები	24	27 ↑
2	ბელგია	√	ყველა მედიკამენტი	24	27 ↑
3	ბულგარეთი	√	რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტები	9	17 ↑
4	ხორვატია	√		3	5 ↑
5	კვიპროსი	√	იმპორტირებული რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტები და ურეცეპტით გასაცემი მედიკამენტები (კერძო სექტორში)	4	9 ↑
6	ჩეხეთი	√	ყველა მედიკამენტი	8	19 ↑
7	გერმანია		კონკრეტული სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები	15	16 ↑
8	ესტონეთი	√	ინოვაციური სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები	4	3 ↓
9	საბერძნეთი	√	ყველა გარდა გენერიკებისა	22	26 ↑
10	ესპანეთი	√	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები (ბრენდული მედიკამენტები და გენერიკები)		18
11	ფინეთი	√	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები	16	29 ↑
12	საფრანგეთი	√	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები (ბრენდული მედიკამენტები და გენერიკები)	4	4
13	უნგრეთი	√	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები	14	30 ↑
14	ირლანდია	√	რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტები მ.შ. გენერიკები	9	9



No	ქვეყანა	პოზიტიური მედიკამენტების სია	გაფრთხილების შერჩეული მედიკამენტები	რეფერენტული ქვეყნების რაოდენობა	ცვლილება რეფერენტული ქვეყნების სიაში
15	იტალია	✓	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები (ბრენდული მედიკამენტები და გენერიკები)		25
16	ლიეტუვა	✓	რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტები მ.შ გენერიკები	6	8 ↑
17	ლატვია	✓	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები	2	7 ↑
18	ლუქსემბურგი	✓	ყველა მედიკამენტი	1	1
19	მალტა	✓		12	12
20	ნიდერლანდები	✓	რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტები	4	4
21	ნორვეგია	✓			9
22	პოლონეთი	✓	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები	17	30 ↑
23	პორტუგალია	✓	რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტები და სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები (ბრენდული მედიკამენტები და გენერიკები). ურეცეპტოთ გასაცემი მედიკამენტები (გარდა გენერიკისა)	3	3
24	რუმინეთი	✓	რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტები	12	12
25	სლოვენია	✓	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები	3	3
26	სლოვაკეთი	✓	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები	26	27 ↑
27	შვეიცარია	✓		6	8 ↑
28	მაკედონია		სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები (ბრენდული მედიკამენტები და გენერიკები).	4	
29	თურქეთი	✓	ბრენდული მედიკამენტები და გენერიკები	5	
30	აზერბაიჯანი	✓	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები	10	
31	ბელარუსი	✓	გენერიკები (31 INN)	14	
32	ყაზახეთი	✓	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები	39	
33	მოლდოვა	✓	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები	9	
34	უკრაინა	✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტები (23 INN)</li> <li>ინსულინი</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5</li> <li>8</li> </ul>	

## ფასის გამოთვლის მეთოდოლოგია

გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მექანიზმის შემუშავების დროს, სახელმწიფოები იყენებენ განსხვავებულ მეთოდოლოგიას. თუმცა შესაძლებელია გამოვეყნოთ რამდენიმე ძირითადი პრინციპი და დებულება, რის ირგვლივაც აიგება გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის ამოქმედებისას ფასების გამოთვლის სხვადასხვა მეთოდოლოგიები.

ყველაზე ხშირად ქვეყნები გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის შემუშავებისას ცდილობენ განსაზღვრონ წამლის ფასი ე.წ. ქარხნულ დონეზე (მწარმოებელი ქარხნის მიერ დადგენილი ფასების დონე), ასევე ზოგჯერ ადგენენ ფასს საბითუმო გაყიდვის დონეზე (იგულისხმება აფთიაქის მიერ წამლის შესყიდვის ფასი, ე.ი. მწარმოებლის მიერ განსაზღვრულ ფასს დამატებული საბითუმო გამყიდველის სავაჭრო ფასი) და საცალო გაყიდვების დონეზე (მწარმოებლის ფასი, საბითუმო გამყიდველის სავაჭრო ფასი, სააფთიაქო ქსელის მიერ გაზრდილი საცალო გაყიდვის ფასი და დღე) (Carone et al., 2012). უმეტეს შემთხვევაში სახელმწიფოებისთვის ქარხნული ფასი იყო საორიენტაციო ფასი, რომელიც გამოიყენება გარე რეფერენტული ფასის გამოსათვლელად (17 ქვეყანა), რასაც სიხშირით მოჰყვება საბითუმო ფასის გამოყენება. სააფთიაქო საცალო ფასი გამოიყენებოდა მხოლოდ ორ ქვეყანაში: ლუქსემბურგში და მალტაში (Rémuzat et al., 2015). ლატვიაში გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნა გამოიყენებოდა ქარხნული ფასით და/ან სააფთიაქო საცალო გაყიდვების დონეზე, იმისდა მიხედვით, იყო თუ არა წამალი იმპორტირებული (Rémuzat et al., 2015).

როგორც უკვე აღინიშნა, გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნისას ადგენენ შესაღარებელი ქვეყნების სიას, რომლებზე ორიენტირებითაც უნდა განისაზღვროს ფასი. შედგენილი ქვეყნების სიიდან რომელ ფასზე შეჩერდება სახელმწიფოს არჩევანი, ამ საკითხის გადასანვტადაც განსხვავებული მიდგომები არსებობს. მეთოდი, რომელიც გამოიყენება ფასის გამოსათვლელად, ჩვეულებრივ განსხვავდება ქვეყნების მიხედვით; ხშირად გამოიყენება შესაღარებელი ქვეყნების კალათიდან ყველაზე დაბალი ფასი, მაგრამ არც ისე იშვიათია კალათაში განხილულ ქვეყნებში არსებული ფასების საშუალოს ან მედიანას გამოყენება (Kanavos et al., 2020). მაგალითად, კანადაში მედიკამენტის მაქსიმალური ფასი უნდა შეესაბამებოდეს შვიდ რეფერენტულ ქვეყანაში ამავე მედიკამენტის მედიანურ ფასს. ვინაიდან შესაღარებელ ქვეყნებში კანადისგან განსხვავებული ეროვნული ვალუტა მოქმედებს, ფასის განსაზღვრისას მხედველობაში მიიღება წინა 36 თვის ვალუტის გაცვლითი კურსის საშუალოს გამოანგარიშება (Ruggeri & Nolte, 2013). ლატვიის მედიკამენტების ფასები შვიდი რეფერენტული ქვეყნის ფასს შორის მესამე ყველაზე დაბალი ფასი უნდა იყოს, მაგრამ ამასთანავე არ უნდა აღემატებოდეს იმავე მედიკამენტის ფასს ლიტვაში ან ესტონეთში (S. Vogler et al., 2020). მედიკამენტის ფასის განსაზღვრად რეფერენტული ქვეყნებში არსებული ფასების საშუალო გამოიყენება ავსტრიაში, ბელგიაში, კვიპროსში, დანიაში, ისლანდიაში, ირლანდიაში, პორტუგალიაში, შვეიცარიაში და ნიდერლანდებში. შესაღარებელ კალათაში მოქცეულ ქვეყნებს შორის სამი-ოთხი ყველაზე დაბალი ფასი გამოიყენებული იქნა საბერძნეთში, ნორვეგიაში, სლოვაკეთსა და ჩეხეთში (იხილეთ ცხრილი 3). რეფერენტულ ქვეყნებს შორის ყველაზე დაბალი ფასი განისაზღვრა ორიენტირად ბულგარეთში, უნგრეთში, იტალიაში, რუმინეთში, სლოვენისა (ორიგინალური წამლებისა და ბიოსიმულარებისთვის) და ესპანეთში (იხილეთ ცხრილი 3) (Rémuzat et al., 2015).

ფასების გამოთვლის მეთოდოლოგიის განსაზღვრისთვის ასევე მნიშვნელოვანი ფაქტორია შესადარებელ ქვეყნებს შორის ერთ სულ მოსახლეზე შემოსავალი მშპ-ის მიხედვით. გერმანიაში სწორედ ეს მეთოდი გამოიყენება.

გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მოქმედების პროცესში მნიშვნელოვანია ასევე ფასების განახლება. ფასების გადაფასება შესაძლებელია რეგულარულად, საწყისი ფასის დადგენის შემდეგ. ფასების გადახედვის სიხშირე და პროცესი განსხვავებულია ქვეყნებს შორის. გადასინჯვის სიხშირე შეიძლება მერყეობდეს ყოველ 3 თვიდან (საბერძნეთი) ყოველ 5 წლამდე (ფინეთი და საფრანგეთი). სლოვენიაში ფასების გადახედვა წელიწადში ორჯერ ხდება რეფერენტული ქვეყნების ფასის ცვლილების გასათვალისწინებლად (Rémuzat et al., 2015; S. Vogler et al., 2020).

დასკვნისთვის შეიძლება ითქვას, რომ გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პროცესში ფასების გამოთვლის არა ერთი განსხვავებული მიდგომა არსებობს, რომლებიც სახელმწიფოების კონკრეტულ საჭიროებებს და ეკონომიკურ შესაძლებლობებს უკავშირდება.

ჩვენი ქვეყნის კონტექსტის გათვალისწინებით, სადაც წამალზე ხელმისაწვდომობა მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილისთვის პრობლემაა, მნიშვნელოვანი იქნებოდა გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის შემთხვევაში ორიენტირება მოხდეს ბევრ ქვეყანაში აპრობირებულ მიდგომაზე - შესადარებელი ქვეყნების კალათიდან ყველაზე დაბალ ფასზე. ასევე მნიშვნელოვანია ლატვიის გამოცდილება, რომელიც დაბალი რეფერენტული ფასის შერჩევასთან ერთად ყურადღებას ამახვილებს მის იმ ორ უშუალო მეზობელთან (ლიტვა, ესტონეთი) არსებულ ფასებზე, რომელთანაც ეკონომიკა და სოციალური რეალობა საკმაოდ მსგავსია. რაც შეეხება უშუალოდ, ფასის არჩევას საქართველოს ფარმაცევტული ბაზარი მედიკამენტების იმპორტზეა დამოკიდებული, ამიტომ მედიკამენტის წარმოების „ქარხნული“ ფასის გამოყენებაა მიზანშეწონილი რომ თავიდან იქნას აცილებული საბითუმო მარჟების ზრდის გავლენა რეფერენს ფასზე.

*ცხრილი 3. გრფ-თვის ფასების გამოთვლის მეთოდოლოგია და ფასების განახლების სიხშირე (S. Vogler et al., 2020; World Health Organization, 2020)*

No	ქვეყანა	გრფ-თვის გამოყენებული ფასის დონე	ფასის გამოთვლის მეთოდი	ფასის განახლების სიხშირე
1	ავსტრია	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	ყველა ქვეყნის საშუალო	არ ახლდება
2	ბელგია	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	ყველა ქვეყნის საშუალო	არ ახლდება
3	ბულგარეთი	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	3 ქვეყნის საშუალო, სადაც მედიკამენტები ყველაზე იაფია	6 თვე
4	ხორვატია	საბითუმო	ყველა ქვეყნის საშუალო	1 წელი
5	კვიპროსი	აფთიაქის მიერ წამლის შესყიდვის ფასი	ქვეყნების საშუალო + 3%	1 წელი
6	ჩეხეთი	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	ყველა ქვეყნის საშუალო	3 წელი
7	გერმანია		ყველა ქვეყნის საშუალო	არ ახლდება
8	ესტონეთი	წარმოების „ქარხნული“ ფასი		1 წელი

No	ქვეყანა	გრფ-თვის გამოყენებული ფასის დონე	ფასის გამოთვლის მეთოდი	ფასის განახლების სიხშირე
9	საბერძნეთი	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	3 ქვეყნის საშუალო, რომლებშიც მედიკამენტები ყველაზე იაფია	3 თვე
10	ესპანეთი	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	ყველაზე დაბალი ფასი	1 წელი
11	ფინეთი	აფთიაქის მიერ წამლის შესყიდვის ფასი	ყველა ქვეყნის საშუალო	5 წელი
12	საფრანგეთი	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	ყველა ქვეყნის საშუალო	5 წელი
13	უნგრეთი	აფთიაქის მიერ წამლის შესყიდვის ფასი	ყველაზე დაბალი ფასი	არ ახლდება
14	ირლანდია	აფთიაქის მიერ წამლის შესყიდვის ფასი	ყველა ქვეყნის საშუალო	3 წელი
15	იტალია	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	ყველა ქვეყნის საშუალო	2 წელი
16	ლიეტუვა	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	საშუალო ფასის 95%	1 წელი
17	ლატვია	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	მესამე ყველაზე დაბალი ფასი თითოეული კალათისთვის	2 წელი
18	ლუქსემბურგი	აფთიაქში წამლის საცალო ფასი	ყველაზე დაბალი ფასი	1 წელი
19	მალტა	საბითუმო		1.5 წელი
20	ნიდერლანდები	აფთიაქში წამლის საცალო ფასი	ყველა ქვეყნის საშუალო	6 თვე
21	ნორვეგია	საბითუმო	3 ქვეყნის საშუალო, რომლებშიც მედიკამენტები ყველაზე იაფია	1 წელი
22	პოლონეთი	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	ყველაზე დაბალი ფასი	2 წელი
23	პორტუგალია	ქარხნის, აფთიაქში წამლის საცალო ფასი	ყველა ქვეყნის საშუალო	1 წელი
24	რუმინეთი	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	ყველაზე დაბალი ფასი	5 წელი
25	სლოვენია	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	3 ქვეყნის (რომლებშიც მედიკამენტები ყველაზე იაფია) საშუალო ფასის 95%	6 თვე
26	სლოვაკეთი	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	6 ქვეყნის საშუალო, რომლებშიც მედიკამენტები ყველაზე იაფია	6 თვე
27	შვეიცარია	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	ყველა ქვეყნის საშუალო	3 წელი
28	მაკედონია	საბითუმო	ყველა ქვეყნის საშუალო	
29	თურქეთი	საბითუმო		
30	აზერბაიჯანი	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	ყველაზე დაბალ ქარხნულ ფასს (დამატებული ღირებულების გადასახადის (დღგ) გარეშე)	1 წელი
31	ბელარუსი	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	ყველა ქვეყნის საშუალო	
32	ყაზახეთი	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	5 ქვეყნის საშუალო, რომლებშიც მედიკამენტები ყველაზე იაფია	1 წელი

No	ქვეყანა	გრფ-თვის გამოყენებული ფასის დონე	ფასის გამოთვლის მეთოდი	ფასის განახლების სიხშირე
33	მოლდოვა	წარმოების „ქარხნული“ ფასი	3 ქვეყნის საშუალო, რომლებშიც მედიკამენტები ყველაზე იაფია	1 წელი
34	უკრაინა	საბითუმო	5 ქვეყნის მედიანა	

## გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის შედეგები

### მედიკამენტების ფასებზე გავლენა

სამეცნიერო ლიტერატურა მიუთითებს, რომ გრფ პოლიტიკა მედიკამენტებზე ფასებს ამცირებს (Acosta et al., 2014; Kanavos et al., 2020; Leopold et al., 2012; Van Der Gronde et al., 2017; S. Vogler et al., 2015b). ამ პოლიტიკას აქტიურად ატარებს ევროზონის ქვეყნების უმრავლესობა, კანადა და ავსტრალია (Van Der Gronde et al., 2017).

გრფ პოლიტიკის შედეგად ფასების შემცირების მასშტაბი განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყანაში და მნიშვნელოვნად ვარიირებს ქვეყნებს შორის (Kanavos et al., 2020; S. Vogler et al., 2020). მაგალითისთვის, ნორვეგიამ გრფ პოლიტიკა 2000 წელს გაატარა რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტების ფასების დასადგენად. პოლიტიკის ამოქმედებიდან 1 წლის თავზე ჩატარებული ანალიზის შედეგად აღმოჩნდა, რომ მედიკამენტების ფასები 2%-ით იყო შემცირებული (S. Vogler et al., 2015b). მოლდოვაში, 2010 წელს გარე რეფერენტული ფასების რეფორმამ, სადაც მედიკამენტების ფასები გაუტოლდა რეფერენტული ქვეყნების კალათაში სამი ყველაზე დაბალი ფასის საშუალო ფასს, გამოიწვია ფასების შემცირება 3%-ით (Kanavos et al., 2020). საბერძნეთში, გრფ პოლიტიკის შედეგად მედიკამენტების ფასები საშუალოდ შემცირდა 9.5%-ით (Kanavos et al., 2020). 2015 წელს, აზერბაიჯანში გრფ-ს დანერგვამ 1 წლის თავზე მედიკამენტების ფასები საშუალოდ 27%-ით შეამცირა, მეორე წელს - 41%-ით, თუმცა მომდევნო პერიოდის შედეგები დოკუმენტირებული არ არის (World Health Organization, 2020). გრფ-ს შემოღების შემდეგ მედიკამენტების ფასები მნიშვნელოვნად შემცირდა ასევე რუმინეთში, თუმცა ცვლილების პროცენტი მოხსენიებული არ არის. თუმცა, იმავე კვლევაში აღნიშნულია, რომ რუმინეთში 2014 წელს გატარებული გრფ ფასწარმოქმნის მექანიზმის ამუშავების შემდეგ ქვეყანაში რეცეპტს დაქვემდებარებული მედიკამენტების ფასები ევროკავშირის ქვეყნების საშუალო ფასებზე დაბალი იყო რეფერენტულ ჯგუფში შესული იმავე დასახელების მედიკამენტებისთვის (Kanavos et al., 2020). გრფ-ს შედეგად მედიკამენტების ფასების შემცირებაზე ასევე საუბარი ყაზახეთში, უკრაინასა და მოლდოვაში, თუმცა შემცირების პროცენტი მითითებული არ არის (World Health Organization, 2020). 2011 წელს მაკედონიაში გრფ პოლიტიკის დანერგვის შედეგად შემცირდა 415 გენერიკული და 377 ინოვაციური მედიკამენტის ფასი (Kostova, Chichevalieva, Ponce, Van Ginneken, & Winkelmann, 2017).

ფასების შემცირება დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორებზე, უმთავრესად კი გრფ პოლიტიკისთვის შერჩეული ქვეყნების რაოდენობასა და შემადგენლობაზე, ფასის გამოთვლის მეთოდოლოგიაზე, რეფერენტულ ქვეყნებში მედიკამენტების შესახებ ფასების მოძიების და განახლების სიხშირეზე და ასევე, იმაზე თუ როგორია ქვეყანაში ფარმაცევტული სფეროს რეგულირება ანუ გრფ პოლიტიკასთან ერთად სხვა მექანიზმებიც გამოიყენება თუ არა ფასების

რეგულირებისთვის (Kanavos et al., 2020; Ruggeri & Nolte, 2013; S. Vogler et al., 2015b). ბულგარეთში 2012 წელს გრფ დიზაინში შეტანილი ცვლილების შემდეგ, კერძოდ, მას შემდეგ რაც რეფერენტული ქვეყნების ნუსხა 8-დან 12-მდე გაიზარდა და რეფერენტულ ქვეყნებში მედიკამენტებზე ფასების შესახებ ინფორმაციის განახლებას ყოველწლიური ხასიათი მიეცა ანაზღაურებადი მედიკამენტების ფასები შემცირდა 4%-დან 75.4%-მდე (Kanavos et al., 2020). ნორვეგიაში გრფ პოლიტიკასთან ერთად ასევე მუშაობს შიდა რეფერენტული ფასწარმოქმნის მექანიზმიც. ერთერთი კვლევის მიხედვით, რომელიც ნორვეგიაში შიდა და გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მექანიზმების ეფექტს მედიკამენტების ფასების შემცირებაზე ერთად სწავლობდა, გამოიკვეთა, რომ ორივე მექანიზმის ერთობლივი მუშაობის შედეგად ბრენდული მედიკამენტები გაიფარდა 18%-ით, ხოლო გენერიკები 8%-ით (S. Vogler et al., 2015b). გრფ პოლიტიკის დადებით გავლენაზე მედიკამენტების ფასების შემცირების კუთხით თუ ის ფასების რეგულირების სხვა მექანიზმებთან ერთად ხორციელდება და არა იზოლირებულად, როგორც ფასის კონტროლის ერთადერთი მექანიზმი, ასევე აღნიშნულია სხვა წყაროშიც (Holtorf, Gialama, Wijaya, & Kaló, 2019).

გამოცდილება მოწმობს, რომ გრფ პოლიტიკა მედიკამენტების ფასების შემცირებას ხელს უწყობს, თუმცა მსგავსი შედეგი აღნიშნული პოლიტიკის დანერგვიდან მოკლე ვადაშია (1-2 წელი) შესწავლილ/დასაბუთებელი და ავტორთა ნაწილი მიიჩნევს, რომ მედიკამენტების ფასების შემცირებაზე გრფ პოლიტიკის გრძელვადიანი გავლენის შესახებ მტკიცებულებები არამყარია (Acosta et al., 2014; Kanavos et al., 2020). ემპირიული გამოცდილების არ ქონის მიუხედავად ერთერთი წყაროს მიხედვით, რომელიც ევროპის რეგიონის ქვეყნებში გრფ პოლიტიკის გავლენის შესწავლას მედიკამენტების ფასებზე მისი დანერგვიდან 10 წლის შემდეგ გათვლებით (სიმულაციური სავარჯიშოს საფუძველზე) ცდილობდა, აღმოჩნდა, რომ ევროპის ყველა ქვეყანაში, სადაც ეს მექანიზმი მუშაობს მედიკამენტების ფასების შემცირება საშუალოდ 15%-ით იყო მოსალოდნელი (S. Vogler et al., 2015b). ასევე საგულისხმოა, ნიდერლანდებისა და ნორვეგიის გამოცდილებაც, რომლის შესახებაც 2 სხვადასხვა წყაროში ვკითხულობთ. მაგალითისთვის, ერთერთი მიმოხილვის მიხედვით, რომელიც 2006 წელს გამოქვეყნებულ სტატიაზე აკეთებს ციტირებას, ნიდერლანდებში 1996 წელს ფარმაცევტულ კანონმდებლობაში შეტანილი ცვლილებებისა და გრფ პოლიტიკის დანერგვის შედეგად მედიკამენტების ფასები 15%-ით შემცირდა (S. Vogler et al., 2015b). მეორე სისტემური მიმოხილვის მიხედვით, გრფ პოლიტიკის შედეგად ნიდერლანდებში 2007-2008 წლებში მედიკამენტების ფასები საშუალოდ შემცირდა 8%-ით (Kanavos et al., 2020). აღნიშნული წყაროების მიხედვით გამოდის, რომ ნიდერლანდებში გრფ პოლიტიკის შედეგად მედიკამენტებზე ფასების შემცირება 2006 წლამდეც და მომდევნო 2 წელიწადშიც თიქსირდება. ნორვეგიის მაგალითს თუ განვიხილავთ, აქაც გრფ-ს დანერგვიდან (2000 წ) პირველი წლის თავზე მედიკამენტების ფასები 2%-ით იყო შემცირებული (S. Vogler et al., 2015b). უფრო გვიანდელ პუბლიკაციაში ასევე ვკითხულობთ, რომ ნორვეგიაში გრფ პოლიტიკა 2009 წლიდან ითვლება წარმატებულად, რადგან მან გამოიწვია ფასების მნიშვნელოვანი და პროგნოზირებადი შემცირება (Kanavos et al., 2020).

შეტამების სახით შეიძლება ითქვას, რომ გრფ პოლიტიკის დანერგვის შედეგად მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში მოხდა მედიკამენტების გაიფარება. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული პოლიტიკის გავლენის შესახებ მედიკამენტების ფასების ცვლილებაზე გრძელვადიანი შედეგები



ჯერჯერობით მწირია სამეცნიერო ლიტერატურაში, ზოგიერთი ავტორი მსჯელობს, რომ მოკლევადიანი ეფექტების შენარჩუნებას კი საბოლოო ჯამში სასურველ შედეგს გამოიღებს ანუ მეტად ხელმისაწვდომს გახდის მედიკამენტებს მოსახლეობისთვის. საგულისხმოა, ასევე, რომ გრძელვადიანი პოლიტიკის იმპლემენტაცია მედიკამენტების ფასების რეგულირების სხვა მექანიზმებთან ერთად უფრო უკეთეს შედეგს იძლევა და მისი შემოღება სხვა მექანიზმებთან ერთად კომბინაციაში უნდა იყოს განხილული.

### მედიკამენტების მოხმარებაზე გავლენა

რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა შესაძლოა იყოს ინსტრუმენტი, რომელიც პაციენტებს უბიძგებს გადავიდნენ შედარებით უფრო იაფი და გენერიკული მედიკამენტების მოხმარებაზე, ხოლო მედიკამენტების მწარმოებლებს/ინდუსტრიას უბიძგებს შეამცირონ მედიკამენტების ფასები, რათა შეძლონ კონკურენციის განწევა ბაზარზე არსებულ ანალოგებს შორის (Van Der Gronde et al., 2017).

საერთაშორისო გამოცდილება მოწმობს, რომ რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის გავლენა მოსახლეობის მიერ მედიკამენტების მოხმარებაზე არც ისე დიდია ანუ საერთო ჯამში გრძელვადიანი მედიკამენტების მოხმარების შემცირებასთან არ ასოცირდება. მისი მოქმედების მექანიზმი მდგომარეობს იმაში, რომ მოსახლეობა უფრო მეტად იყენებს რეფერენტულ ჯგუფში შემავალ მედიკამენტებს და ნაკლებად ხდება არა-რეფერენტული მედიკამენტების გამოყენება. ანუ ერთი ტიპის მედიკამენტების ჩანაცვლება ხდება მეორე ტიპის მედიკამენტებით, რომლებიც მოსახლეობისთვის უფრო ხელმისაწვდომია (Lee et al., 2015).

მსგავსი შედეგია აღწერილი სხვა სისტემურ მიმოხილვაშიც, რომლის მიხედვითაც რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა ხელს უწყობს რეფერენტულ ჯგუფში შემავალი მედიკამენტების მოხმარების ზრდას, რომლებიც პაციენტებისთვის უფასოდაა ხელმისაწვდომი და ამცირებს იმ მედიკამენტების მოხმარებას, რომელთა საფასურიც პაციენტმა ნაწილობრივ ჯიბიდან უნდა გადაიხადოს. უფრო კონკრეტულად კი აღნიშნულ მიმოხილვაში შესული 4 კვლევის მიხედვით, რომლებიც გრძელვადიანი პოლიტიკის გავლენას აფასებდნენ მედიკამენტების მოხმარებაზე ნათქვამია, რომ რეფერენტული მედიკამენტების მოხმარება 15 %-ით გაიზარდა (მოხმარების მედიანური ცვლილება) (მოხმარების ცვლილების არეალი მერყეობდა -14%-დან +166%-მდე), ხოლო არარეფერენტული მედიკამენტების მოხმარება, რომლის დაფინანსებაც პაციენტებს ნაწილობრივ თავიანთი ჯიბიდან უწევდათ შემცირდა 39%-ით (მედიანური მოხმარების ცვლილება) (შემცირების დიაპაზონი მერყეობდა -87% დან -17%-ის დიაპაზონში) (Acosta et al., 2014).

მედიკამენტების მოხმარებაზე გრძელვადიანი პოლიტიკის გავლენასთან დაკავშირებით რამდენიმე ავტორი საუბრობს რისკებზე, რომლითაც გრძელვადიანი პოლიტიკა ხელი შეუწყობს მედიკამენტების ჭარბ მოხმარებას ან პირიქით მათზე ფიზიკური ხელმიწვდომლობის პრობლემა შექმნას. გასაკვირი არ არის რომ ორივე რისკი მედიკამენტების ფასებთან ბმაშია განხილული ავტორთა მიერ:

- მედიკამენტების ფასების შემცირება ზრდის მოხმარებელთა რაოდენობას (რადგან მედიკამენტები ფინანსურად უფრო ხელმისაწვდომი ხდება მოსახლეობისთვის), რამაც შესაძლოა ჭარბი და დაურეგულირებელი მოთხოვნის ფონზე არასასურველ



გამოსავლამდე მიიყვანოს მომხმარებელი და სახელმწიფო. ანუ მედიკამენტებზე შემცირებული ფასებით გამოწვეული მზარდი მოთხოვნის და მედიკამენტების ჭარბი მოხმარების ფონზე არ შემცირდეს მედიკამენტებზე დანახარჯი პაციენტისთვის და/ან სახელმწიფოსთვის, რაც მედიკამენტებზე ფასწარმოქმნის პოლიტიკის კატარების მთავარ ამოცანას წარმოადგენს (Van Der Gronde et al., 2017). აქვე აღსანიშნავია, რომ მოსახლეობისთვის მედიკამენტებზე დანახარჯის მატება საქართველოში მოსალოდნელი არ იქნება რადგან მოსახლეობის მონაწილეობა ფარმა დანახარჯში ისედაც 96%-ია. მოსალოდნელია, რომ გრფ-ს ამოქმედების შედეგად სახელმწიფო დანახარჯი მედიკამენტებზე გაიზარდება მოსახლეობისთვის ფინანსური ტვირთის შესამსუბუქებლად.

- მეორე მხრივ, მნიშვნელოვანია მხედველობაში მივიღოთ დაბალი ფასების გამო გამოწვეული შესაძლო ფიზიკური ხელმისაწვდომობის პრობლემები მედიკამენტებზე, რადგან ფარმაცევტული პროდუქციის მწარმოებელმა კომპანიებმა შეიძლება გადაავადონ ან საერთოდ არ შეიტანონ მათ მიერ ნაწარმოები მედიკამენტები ისეთი ქვეყნების ბაზრებზე, სადაც მათ მიერ ნაწარმოებ პროდუქციას დაბალი ფასი შეიძლება მიენიჭოს. ამით კი ახალ მედიკამენტებზე ფიზიკური ხელმიუწვდომლობის პრობლემის წინაშე შესაძლოა აღმოჩნდეს მოსახლეობა (Carone et al., 2012).

იმისთვის, რომ ქვეყნებმა შეამცირონ და/ან თავიდან აირიდონ ლიტერატურაში აღწერილი რისკების დადგომის ალბათობა აუცილებელია ფასების კონტროლის აღნიშნულ მექანიზმთან ერთად მედიკამენტების მოხმარების მარეგულირებელი სხვა ინსტრუმენტების დანერგვა - მაგალითად ისეთის, როგორცაა ელექტრონული რეცეპტი, რომელიც ხელს უწყობს მედიკამენტების რაციონალურ გამოყენებას (Carone et al., 2012; Van Der Gronde et al., 2017).

### **ფარმაცევტულ დანახარჯებზე გავლენა**

მედიკამენტების ფასების შემცირების გზით, საერთო ჯამში, გრფ პოლიტიკას განიხილავენ როგორც ხარჯების შეკავების ერთერთ ეფექტურ მექანიზმს. ამ უკანასკნელში იგულისხმება მედიკამენტებზე დანახარჯების შემცირება ან დანახარჯების ზრდის ტემპის შეკავება. საერთაშორისო გამოცდილების მიხედვით გრფ ხელს უწყობს მედიკამენტებზე ხარჯების შეკავებას ყოველ შემთხვევაში მისი დანერგვის შემდგომ მოკლევადიან პერიოდში. გრძელვადიან პერიოდში ხარჯების შეკავების ეფექტზე ემპირიული გამოცდილება საერთაშორისო ლიტერატურაში არ გვხვდება, თუმცა გათვლებით ნავარაუდევია, რომ ის შედეგს იძლევა (Acosta et al., 2014; Kanavos et al., 2020; S. Vogler et al., 2015b).

გრფ მედიკამენტებზე დანახარჯს ამცირებს თუმცა, დანაზოგის მოცულობა განსხვავდება ქვეყნების მიხედვით. მაგალითისთვის, მაკედონიაში გრფ-ის დანერგვიდან 2 წლის თავზე გენერიკულ და ინოვაციურ მედიკამენტებზე ფასების შემცირების ფონზე სახელმწიფომ 7.3 მილიონი ევრო დაზოგა (Kostova et al., 2017). 2007 წელს თურქეთში გრფ-ის დანერგვის შედეგად (გრფ მექანიზმის ამუშავებიდან მესამე წელს) სახელმწიფო დანახარჯი მედიკამენტებზე 1 მილიარდი აშშ დოლარით შემცირდა (Kanavos, Fontrier, Gill, Efthymiadou, & Boekstein, 2017). დანაზოგის მოცულობა მეტწილად დამოკიდებულია გრფ დიზაინზე. კერძოდ, რეფერენტული ქვეყნების კალათაში/ნუსხაში შემავალი ქვეყნების რაოდენობაზე, ფასის გამოთვლის

მეთოდოლოგიასა და მედიკამენტების ფასების განახლების/გადასინჯვის სიხშირეზე. საერთაშორისო გამოცდილება მოწმობს, რომ რაც უფრო ფართოა რეფერენტული ქვეყნების ნუსხა და რაც უფრო ხშირად ხდება ამ ქვეყნებიდან მედიკამენტების ფასების შესახებ ინფორმაციის განახლება, მით მეტად მცირდება მედიკამენტების ფასები რეფერენტულ ქვეყანაში და შესაბამისად, მით უფრო დიდია ფარმაცევტული დანახარჯის შემცირების მასშტაბი (Fontrier, Gill, & Kanavos, 2019; Kanavos et al., 2020). მაგალითისთვის, სლოვაკეთში გრფ პოლიტიკის დანერგვის შემდეგ რეფერენტული ფასის გამოთვლა ხდებოდა ევროკავშირის წევრი იმ 6 ქვეყნის საშუალო არითმეტიკულის გამოყენებით, რომელთაც რეფერენტული ქვეყნების კალათაში ყველაზე დაბალი ფასი უფიქსირდებოდათ, 2012 წელს მოხდა ფასის გამოთვლის ფორმულის განახლება და 6 ქვეყნის საშუალოს ნაცვლად რეფერენტული ფასი ყველაზე დაბალი ფასის მქონე 2 ქვეყნის საშუალოთი განისაზღვრება. აღნიშნული ცვლილების შემდეგ, 2012 წლის ბოლოსთვის წინასწარი გათვლებით, მოსალოდნელი იყო, რომ გრფ პოლიტიკის დანერგვის შედეგად გამოწვეული მედიკამენტების ფასების შემცირების გამო ფარმაცევტული დანახარჯი 75 მილიონი ევროთი შემცირდებოდა (Kanavos et al., 2020). შვეიცარიის გამოცდილებაზე დაყრდნობით 2010-2011 წლებში რეფერენტული ქვეყნების სიის გაფართოებისა და ასევე, ფასების უფრო ხშირად განახლების შედეგად მედიკამენტებზე ფასები კიდევ უფრო შემცირდა და შესაბამისად, იკლო დანახარჯებმაც (Kanavos et al., 2020). ამერიკის შეერთებულ შტატებში 2019 წელს ჩატარებული გრფ-ის მოდელირების კვლევის მიხედვით, რომელიც Medicare სახელმწიფო ჯანდაცვის სექტორის ფარგლებში 79 ბრენდული დასახელების მედიკამენტისთვის რეფერენტული ფასების დადგენის შედეგად მედიკამენტებზე დანახარჯის შემცირების გათვლას ისახავდა მიზნად აღმოჩნდა, რომ 2018 წელს გრფ-ს შედეგად დადგენილი ფასებით (რეფერენტული ქვეყნები: ინგლისი, იაპონია და კანადა) ამერიკა Medicare სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამის ხარჯს მედიკამენტებზე 69 %-ით - 37.9 მილიარდი აშშ დოლარით შეამცირებდა (Kang, Distefano, Social, & Anderson, 2019).

მეორე მხრივ, მედიკამენტებზე დანახარჯების შემცირების მოცულობა დამოკიდებულია **ფასების გამჭვირვალობაზე**. კერძოდ, დანაზოგის მასშტაბი ამ შემთხვევაში დამოკიდებულია იმაზე თუ რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია მედიკამენტების ქარხნულ ფასებზე და რამდენად განსხვავდება ის იმ ფასებისგან, რომლებსაც ქვეყნები მედიკამენტების (რეფერენტული) ფასის განსაზღვრად იყენებენ, რომლებიც როგორც წესი უფრო ფიქტიურია, ვიდრე რეალური (უფრო დეტალურად ინფორმაცია ფასების გამჭვირვალობის შესახებ იხილეთ ქვეთავში - **გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის დანერგვისა და გატარების დროს გასათვალისწინებელი ფაქტორები**).

მედიკამენტების ფასების გაიაფებასთან ერთად მათზე დანახარჯის შემცირების მეორე მნიშვნელოვან მსაზღვრელს მედიკამენტების მოხმარება (მოცულობის შემცირება) წარმოადგენს, შესაბამისად, მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის შედეგად თუ მათი ჭარბი ან არასაჭირო მოხმარების კონტოლი არ მოხდა, სავარაუდოა, რომ დანახარჯების შემცირების კუთხით სასურველი ეფექტი ვერ/არ მიიღწევა (Kanavos et al., 2020; S. Vogler et al., 2020). აღნიშნულის საილუსტრაციოდ განვიხილოთ საბერძნეთის მაგალითი, სადაც 1996 წელს გრფ პოლიტიკის დანერგვის შედეგად აღმოჩნდა, რომ მედიკამენტებზე სახელმწიფო დანახარჯი შემცირდა მოკლე პერიოდში, თუმცა მოგვიანებით მედიკამენტებზე დანახარჯის ზრდა

კვლავ გრფ პოლიტიკის დანერგვამდე არსებულ სურათს დაუბრუნდა (Kanavos et al., 2017, 2020). დანახარჯების ზრდის განმაპირობებელ ფაქტორებს შორის განხილულია, რეფერენტული ფასით განსაზღვრული მედიკამენტებისთვის ბაზარზე იმავე თერაპიული კატეგორიის ახალი უფრო ძვირადღირებული მედიკამენტების გამოჩენა, რომლებსაც ექიმები უფრო ფართოდ ნიშნავდნენ (Kanavos et al., 2020). საბერძნეთის მსგავსად, გრფ პოლიტიკის გავლენა ფარმაცევტული დანახარჯების შემცირებაზე მოკლევადიანი აღმოჩნდა პორტუგალიაშიც, სადაც გრფ-ს დანერგვიდან 6-9 თვის მანძილზე სახელმწიფო დანახარჯები მედიკამენტებზე შემცირდა, თუმცა ამ პერიოდის გასვლის შემდეგ მედიკამენტებზე მთლიანი დანახარჯის ზრდა კვლავ ჩვეულ ტემპს დაუბრუნდა. ფარმაცევტული დანახარჯების მატება მოხდა ძირითადად პაციენტების მიერ მედიკამენტებში ჯიბიდან გადახდილი თანხების მატების ფონზე იმ მედიკამენტებში, რომელთა ფასიც გრფ პოლიტიკით არ რეგულირდებოდა. ავტორები პორტუგალიის გამოცდილებას სახელმწიფოს მიერ შემოღებულ რეგულაციებზე ფარმა კომპანიების კარგი ადაპტაციის უნარს მიაწერენ და მსჯელობენ, დადებითი გავლენის ხანგრძლივად შენარჩუნების მიზნით გრფ პოლიტიკასთან ერთად რაოდენ მნიშვნელოვანია სხვა პოლიტიკის ინსტრუმენტების შემოღება, რომლებიც მედიკამენტების მოხმარებას დაარეგულირებს (მაგალითისთვის, ელექტრონული რეცეპტის) (Barros & Nunes, 2010).

## **გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის დანერგვისა და გატარების დროს გასათვალისწინებელი ფაქტორები**

გლობალური გამოცდილება აჩვენებს, რომ გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის წარმატებით განხორციელების ერთი საერთო ფორმულა არ არსებობს. მისი დაგეგმვისას, თითოეულმა სახელმწიფომ მხედველობაში უნდა მიიღოს ადგილობრივი კონტექსტი და გრფ-ის პოლიტიკის დიზაინი ლოკალური მახასიათებლების, უპირველეს ყოვლისა, ჯანდაცვის საჭიროებებისა და ეროვნული ბაზრის თავისუბურებების გათვალისწინებით შეადგინოს. არსებული სამეცნიერო ცოდნა მიუთითებს, რომ გრფ-ის პოლიტიკით დასახული მიზნების მიღწევა ერთდროულად ისეთ ფაქტორებზეა დამოკიდებული, როგორიცაა **რეფერენტული ქვეყნების შერჩევის კრიტერიუმები, მედიკამენტების ფასის განსაზღვრის მეთოდოლოგია, მედიკამენტების ფასების განახლების სიხშირე და ვალუტის კურსის ცვალებადობით გამოწვეული რყევების შეკავების მექანიზმები** (Atikeler & Özçelikay, 2016; Carone et al., 2012; Fontrier et al., 2019; Kanavos et al., 2020; Kang et al., 2019; Rémuzat et al., 2015) ამასთან, სახელმწიფოებმა უნდა გაითვალისწინონ ის სტრატეგიებიც, რომლებსაც ფარმაცევტული ინდუსტრია შემუშავებს გრფ-ით გამოწვეული ფასების შემცირების თავიდან ასარიდებლად (Barros, 2010; Carone et al., 2012; De Weerd, Simoens, Hombroeckx, Casteels, & Huys, 2015; Fontrier et al., 2019; Kanavos et al., 2020; Leopold et al., 2012; Rand & Kesselheim, 2021)

- 1. რეფერენტული ქვეყნების სიის შერჩევისას, როგორც ვნახეთ, ისეთ ფაქტორებს ითვალისწინებენ, როგორიცაა შესარჩევი ქვეყნის შემრჩევ ქვეყანასთან გეოგრაფიული სიახლოვე, ამ ორ ქვეყანაში არსებულ მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ-ს) მოცულობათა თანაზომადობა (შესადარისობა) და სოციოეკონომიკურ პარამეტრებს/მახასიათებლებს შორის მსგავსება; ამასთან, ძალიან ხშირია შემთხვევა, როდესაც შემრჩევი ქვეყანა ცდილობს, რეფერენტული ქვეყნების სიაში შეიყვანოს ისეთი სახელმწიფოები, რომლებშიც**

მედიკამენტებს დაბალი ფასი აქვს (Fontrier et al., 2019; Kanavos et al., 2020; Rand & Kesselheim, 2021; Rémuizat et al., 2015). გამოცდილება აჩვენებს, რომ ქვეყნების შერჩევას არსებითი გავლენა აქვს გრფ-ის პოლიტიკაზე. მაგალითად, 2012 წელს, ხორვატიაში, მას შემდეგ, რაც მთავრობამ რეფერენტული ქვეყნების სიაში საფრანგეთი ჩეხეთის რესპუბლიკით ჩაანაცვლა, რეფერენტულ სიაში არსებული მედიკამენტების ფასები მნიშვნელოვნად შემცირდა (Fontrier et al., 2019). ესპანეთის შესახებ კვლევა, მეორე მხრივ, აჩვენებს, რომ მედიკამენტების ფასების შესამცირებლად, სასურველია, ესპანეთის მიერ განსაზღვრულ რეფერენტული ქვეყნების სიაში ისეთი ქვეყნები მოხვდნენ, რომელთაც ესპანეთზე დაბალი მთლიანი შიდა პროდუქტის მაჩვენებელი აქვთ (Fontrier et al., 2019). საინტერესო გამოცდილებას წარმოადგენს სლოვაკეთის შემთხვევა, სადაც, თავდაპირველად, რეფერენტული ქვეყნების სიაში მოხვდნენ გრფ-თვის შერჩეული მედიკამენტ(ებ)ის მწარმოებელი ქვეყნები და გერმანია, რომელიც მედიკამენტზე მაღალი ფასებით გამოირჩევა; ასეთი შერჩევის გამო, სლოვაკეთში მედიკამენტები უფრო ძვირი ღირდა, ვიდრე, მაგალითად, მის მეზობელ ქვეყნებში; 2009 წელს, მას შემდეგ, რაც სლოვაკეთმა რეფერენტული ქვეყნების სია განაახლა და მასში ის სახელმწიფოები შეიყვანა, რომლებშიც ევროპის მასშტაბით მედიკამენტები ყველაზე ნაკლებ ფასად იყიდებოდა, ფასები მნიშვნელოვნად შემცირდა (Fontrier et al., 2019). ანალოგიური მიდგომა გამოიყენა ლიეტუვამ 2012 წელს და რეფერენტული ქვეყნების სიაში შეიტანა ბულგარეთი და რუმინეთი, რადგან ამ ქვეყნებში მედიკამენტები დაბალ ფასად იყიდებოდა (Fontrier et al., 2019). კვლევა ასევე აჩვენებს, რომ მხოლოდ გეოგრაფიული სიახლოვის პრინციპით ქვეყნების შერჩევა სასურველ შედეგს არ იძლევა (Fontrier et al., 2019)

2. მეორე მნიშვნელოვანი ფაქტორი, როგორც ითქვა, **ფასის გამოთვლის მეთოდოლოგიაა**. ჩვეულებრივ, გრფ-ის დროს, მარეფერირებელი ქვეყანა კონკრეტული მედიკამენტის ფასს ადგენს რეფერენტულ ქვეყნებში იმავე მედიკამენტზე არსებული ფასების საშუალოს გამოთვლის გზით (De Weerd et al., 2015; Kanavos et al., 2020). არსებობს ფასის გამოთვლის სხვა მეთოდოლოგიაც, მაგალითად, ფასის განსაზღვრა რეფერენტული ქვეყნების ფასებს შორის ყველაზე უფრო დაბალი ფასის მიხედვით ან რეფერენტულ ქვეყნებს შორის ყველაზე დაბალი ფასების მქონე ქვეყნების კვარტილის, კვინტილის ან დეცილის საშუალოს შესაბამისად (Fontrier et al., 2019). ევროკავშირის კვლევამ, რომელიც 11 ფარმაცევტული პროდუქტის ფასებზე გრფ-ის გავლენას სწავლობდა, დაასკვნა, რომ იმ შვიდიდან ოთხ ქვეყანაში, სადაც მედიკამენტების ფასები შემცირდა, ფასი დგინდებოდა რეფერენტულ ქვეყნებს შორის ყველაზე დაბალი ფასის მიხედვით ან რეფერენტულ ქვეყნებს შორის ყველაზე დაბალი ფასების მქონე ქვეყნების ფასების საშუალოს შესაბამისად (Fontrier et al., 2019). ამასთან, არის შემთხვევები, როდესაც ქვეყნები ფასის გამოთვლის მეთოდოლოგიას პერიოდულად ცვლიან, თუ გრფ-ის პოლიტიკამ ფასების შემცირება არ გამოიწვია. მაგალითად, 2009 წელს, სლოვაკეთი რეფერენტული ქვეყნების სიაში შემავალი ყველა ქვეყნის საშუალო ფასიდან გადავიდა მოდელზე, რომელიც გულისხმობდა ფასის განსაზღვრას რეფერენტულ ქვეყნებს შორის ორი ყველაზე დაბალი ფასის მქონე ქვეყნის ფასების საშუალოს მიხედვით; ამ რეფორმის ფარგლებში, წინასწარი გათვლებით სლოვაკეთი ვარაუდობდა, რომ 75 მილიონი ევროს დანაზოგს მიიღებდა (Fontrier et al., 2019). ფასის გამოთვლის მეთოდოლოგიის შემუშავებისას გასათვალისწინებელია ისიც, რომ, ძალიან დაბალი ფასების განსაზღვრის შემთხვევაში, არსებობს რისკი, რომ ფარმაცევტულმა

კომპანიებმა ქვეყანა დატოვეს და მედიკამენტზე ფიზიკური ხელმიწვდომლობის რისკი შეიქმნას (De Weerd et al., 2015; Kanavos et al., 2020; Rémuzat et al., 2015). ქვეყნის მიერ მედიკამენტებზე ძალიან დაბალი ფასის განსაზღვრის მეორე რისკი ის არის, რომ ეს დაბალფასიანი მედიკამენტები შესაძლოა პარალელურ იმპორტზე გავიდეს და ქვეყანაში მედიკამენტების დეფიციტი წარმოიშვას - როგორც, მაგალითად, მოხდა ბულგარეთის შემთხვევაში, სადაც გრფ-ის ამოქმედების შემდეგ 200 ფარმაცევტული პროდუქტი ბაზრიდან გაქრა (De Weerd et al., 2015; Fontrier et al., 2019). ამერიკის შეერთებულ შტატებში გრფ-ის მოდელირების შესახებ კვლევა მიუთითებს, რომ ფასის გამოთვლის ყველაზე ოპტიმალური მეთოდოლოგია რეფერენტული ქვეყნების ფასების საშუალოს აღებაა - ოპტიმალური როგორც იმპლემენტაციის სიმარტივის, ისე სამართლიანობის ზოგადი პრინციპის გათვალისწინებით (Rand & Kesselheim, 2021).

3. ფასის გამოთვლის მეთოდოლოგიის კონტექსტში აღსანიშნავია, რომ **სხვადასხვა ქვეყანაში მოქმედი ფასების შედარება** ხშირად რთული საკითხია, ვინაიდან რეფერენტულ ქვეყანაში კონკრეტული მედიკამენტის ოფიციალური ფასი შესაძლოა, არსებითად განსხვავდებოდეს მისი რეალური, ფაქტობრივი ფასისგან (Carone et al., 2012; Rand & Kesselheim, 2021). ჩვეულებრივ, რეფერენტულ ქვეყნებში კონკრეტული მედიკამენტის ფასის დასადგენად იყენებენ ამ მედიკამენტის ე.წ. ქარხნულ (ex-factory) ფასს, რადგან ამა თუ იმ ქვეყანაში საბითუმო დისტრიბუტორებისა და აფთიაქების მოგების მარჟა და საგადასახადო რეჟიმები ერთმანეთისგან მნიშვნელოვნად განსხვავდება და, ამდენად, მედიკამენტის სარეალიზაციო ფასი გრფ-ს მიზნებისთვის ვალიდური არ არის (Fontrier et al., 2019; Leopold et al., 2012; Rand & Kesselheim, 2021). თუმცა, დამატებით პრობლემას წარმოშობს ის, რომ **არც ex-factory ფასებია სრულად გამჭვირვალე**, რადგან ფარმაცევტული პროდუქციის მწარმოებელი კომპანიები მედიკამენტების შემსყიდველ სახელმწიფოებსა და კომპანიებს კონფიდენციალურად სთავაზობენ ფასდაკლებებსა და შეღავათებს, რომელთა მოცულობაც, როგორც წესი, საჯაროდ არ ფიქსირდება (Kanavos et al., 2020; Rand & Kesselheim, 2021). ამ ფასდაკლების მასშტაბის გასაგებად გერმანიის მაგალითი დაგვეხმარება: გერმანია აქვეყნებს ფასდაკლების შედეგად მის მიერ მწარმოებლისთვის გადახდილ თანხის ოდენობას და, კვლევის მიხედვით, ეს თანხა, ზოგიერთ შემთხვევაში, 24.5%-ით ნაკლებია მწარმოებლის მიერ ოფიციალურად განსაზღვრულ ex-factory ფასზე (Rand & Kesselheim, 2021). ფასების გამჭვირვალობაზე საპასუხოდ, ზოგიერთი ქვეყანა წამლის რეალური ფასის დასადგენად სხვადასხვა მეთოდს იყენებს: მაგალითად, გერმანია მედიკამენტების მწარმოებლებს ავალდებულებს, ღია და ხელმისაწვდომი გახადონ სხვადასხვა ქვეყნისთვის გაკეთებული ფასდაკლება (Rodwin, 2021); საფრანგეთი მწარმოებლების მიერ სხვა ქვეყნებისთვის გაკეთებული ფასდაკლების მოცულობისა და რეალური ფასების დასადგენად სახელმწიფო დაზვერვის მოპოვებულ ინფორმაციას ეყრდნობა (Rodwin, 2021); კანადა ავალდებულებს ბრენდული (ახალი, ინოვაციური) მედიკამენტების მწარმოებლებს, ყოველწლიურად გამოაქვეყნონ მათ მიერ წარმოებული მედიკამენტების უცხოური ფასები (Kang et al., 2019). საყურადღებოა, რომ ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, რომელიც გრფ-ის გავლენას სწავლობს 21 ევროპულ ქვეყანაში, შუა აზიაში, რუსეთის ფედერაციაში, ბრაზილიასა და სამხრეთ აფრიკაში, მედიკამენტების ფასები უფრო მცირდება მაშინ, როდესაც ქვეყანა ფასდაკლებული ex-factory ფასებით ხელმძღვანელობს და არა ოფიციალური ფასით; ამავე კვლევაში მოცემული მოდელირების

მიხედვით, მაღალი მშპ-ს მქონე ქვეყნებში (გერმანია, საფრანგეთი, გაერთიანებული სამეფო, იტალია, ესპანეთი, ჰოლანდია და შვეიცარია) მედიკამენტების ოფიციალურ ex-factory ფასებს თუ სავარაუდო ფასდაკლების 20%-ს გამოვაკლებთ და მიღებული ოდენობით ვიხელმძღვანელებთ, იმ ევროპულ ქვეყნებში, რომლებსაც თავიანთი რეფერენტული ქვეყნების სიაში ასეთი მაღალი მშპ-ს მქონე ქვეყნები შეყავთ, მედიკამენტის ფასები თითქმის 47%-ით შემცირდება (Kanavos et al., 2020).

4. საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს, რომ გრფ-ის წარმატება, ფასის გამოთვლის მეთოდოლოგიასთან ერთად, დიდწილად **ფასის განახლების სიხშირეზეც** არის დამოკიდებული (Carone et al., 2012; Fontrier et al., 2019; Kanavos et al., 2020; Rand & Kesselheim, 2021; Rémuzat et al., 2015). ჩვეულებრივ, ფასის ცვლილების პერიოდი სამ წელიწადს არ უნდა აღემატებოდეს (Rand & Kesselheim, 2021). თუმცა რეფერენტულ ქვეყნებში მედიკამენტების ფასები ხშირად მცირდება და ეს ავტომატურად არ აისახება მედიკამენტის ფასებზე მარეფერირებელ ქვეყანაში. ამის მიზეზი ის არის, რომ რეფერენტულ ქვეყნებში მედიკამენტების ფასის ცვლილება რეგულარულად არ კონტროლდება მარეფერირებელი ქვეყნის მიერ. კვლევების მიხედვით, აუცილებელია, მარეფერირებელ ქვეყანას ჰქონდეს რეფერენტულ ქვეყნებში ფასების ცვლილების მონიტორინგის ქმედითი სისტემა, რომლის დახმარებითაც ფასების რყევას დააკვირდება (Carone et al., 2012). ერთ-ერთი გამოთვლის მიხედვით, როდესაც მარეფერირებელი ქვეყანა რეფერენტულ ქვეყნებში ფასების ცვლილებას აკვირდება და საკუთარ ფასებს, ყოველი სამწლიეულის ნაცვლად, ყოველწლიურად ცვლის, ფასის შემცირების კოეფიციენტს თითქმის აორმაგებს (Fontrier et al., 2019). ერთ-ერთი კვლევის ფარგლებში ჩატარებული მოდელირების მიხედვით, ქვეყნებში, სადაც გრფ-ით გათვალისწინებული ფასები ხშირად ექვემდებარება გადახედვას (მაგ. საბერძნეთი, ლატვია, ლიეტუვა, სლოვაკეთი), მედიკამენტზე არსებული ფასები უფრო მეტად მცირდება, ვიდრე იმ ქვეყნებში, სადაც ფასების რევიზია იშვიათად ან საერთოდ არ ხდება (მაგ. ავსტრია, ბელგია, დანია, ესტონეთი, გერმანია, უნგრეთი, ისლანდია, ლუქსემბურგი, პოლონეთი) (Kanavos et al., 2020). ამასთან, კვლევის მიხედვით, გრფ-ის პოლიტიკის მქონე ევროპულ ქვეყნებში ათი წლის განმავლობაში ფასების ხშირი (მაგ. ყოველ ექვს თვეში) რევიზიის შემთხვევაში, მედიკამენტის ფასები 6%-ით შემცირდებოდა (Kanavos et al., 2020).
5. როგორც ითქვა, გრფ-ის წარმატებული განხორციელების კიდევ ერთი ფაქტორი **ვალუტის გაცვლითი კურსის ცვალებადობაა** (Atikeler & Özçelikay, 2016; Fontrier et al., 2019; Kanavos et al., 2020; Rémuzat et al., 2015). გაცვლითი კურსის ცვალებადობის საკითხი, ცხადია, იმ მარეფერირებელი ქვეყნებისთვის იძენს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას, სადაც მედიკამენტის ფასი ეროვნულ ვალუტაშია დადგენილი. მაგალითად, შვეიცარიაში რეფერენტული ფასი დგინდება როგორც ევროზონის წევრ სახელმწიფოებში (ავსტრია, საფრანგეთი, გერმანია, ჰოლანდია), ისე ევროზონის არაწევრ სახელმწიფოებში (დანია, გაერთიანებული სამეფო) არსებული ფასების მიხედვით; შვეიცარიული ფრანკის გამყარების გამო, შვეიცარიაში მედიკამენტებზე ფასი შემცირდა და ის ჩამორჩებოდა მის რეფერენტულ ქვეყნებში მედიკამენტებზე არსებულ საშუალო ფასს (Rémuzat et al., 2015). საპირისპირო შემთხვევაა თურქეთის მაგალითი, რომლის ვალუტა, გამყარების ნაცვლად, უფასურდებოდა, რის გამოც თურქეთმა 2009 წლიდან 2015 წლამდე თურქული ლირისა და



ევროს გაცვლითი კურსი დააფიქსირა (1.9595 ლირ = 1 ევროს) რეფერენტულ მედიკამენტების ფასების დადგენის მიზნებისთვის (Atikeler & Özçelikay, 2016). ბოლო მონაცემებით, თურქეთში ვალუტის კურსის ცვალებადობის ნეგატიური ეფექტების საპასუხოდ, მოქმედებს მოდელი, რომელშიც სპეციალურ ფორმულას იყენებენ (Atikeler & Özçelikay, 2016).

6. გამოცდილება აჩვენებს, რომ გრფ-ის პოლიტიკის შემუშავებისას აუცილებელია, სახელმწიფოებმა მხედველობაში მიიღონ **ფარმაცევტული ინდუსტრიის საპასუხო სტრატეგიებიც**. გრფ-ის პოლიტიკის ფართოდ გავრცელების გამო, ფარმაცევტული ინდუსტრია ცდილობს, ადაპტირდეს და სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებით შეაფერხოს გრფ-ით გათვალისწინებული ფასების შემცირება (Barros, 2010; Carone et al., 2012; De Weerd et al., 2015; Fontrier et al., 2019; Kanavos et al., 2020; Leopold et al., 2012; Rand & Kesselheim, 2021). ინდუსტრიას შეუძლია, ახალი მედიკამენტი პირველად იმ ბაზარზე გაუშვას, სადაც მედიკამენტები მაღალი ფასი ღირს, მაგალითად, გერმანიაში; ასეთი სტრატეგიის ფარგლებში, ინდუსტრიას შეუძლია, გავლენა მოახდინოს იმ ქვეყნებზე, რომლებსაც რეფერენტული ქვეყნების სიაში შეყვანილი ყავთ მაღალი ფასების მქონე ქვეყანა, მაგალითად, გერმანია (Carone et al., 2012). მეორე მხრივ, ინდუსტრიას ასევე ხელეწიფება, გადააუადოს ან საერთოდ არ შეიტანოს საკუთარი მედიკამენტები იმ ქვეყნებში, სადაც წამლებს, შესაბამისი რეგულაციების გამო, ძალიან დაბალი ფასი აქვთ (Carone et al., 2012).

შეჯამების სახით უნდა აღინიშნოს, რომ გრფ-ის წარმატებული განხორციელება პოლიტიკის დიზაინზე და მოკიდებული, სხვა სიტყვებით, ისეთ ფაქტორებზე, როგორცაა რეფერენტული ქვეყნების შერჩევის კრიტერიუმები, მედიკამენტების ფასის განსაზღვრის მეთოდოლოგია და მისი გადახედვა უფრო სასურველი შედეგის მისაღწევად, მედიკამენტების ფასების განახლების სიხშირე და ვალუტის კურსის ცვალებადობით გამოწვეული რყევების შეკავების მექანიზმები. გრფ-ის პოლიტიკის წარმატების ამოსავალი წერტილი ადგილობრივი კონტექსტის გათვალისწინებაა, თუმცა საერთაშორისო გამოცდილებას შეუძლია პოტენციური რისკებისგან და საფრთხეებისგან დაგვაზღვიოს.



## დანართი:

### მეთოდოლოგია

მიმდინარე დოკუმენტის მოსამზადებლად ჩატარდა ლიტერატურის სისტემური მოძიება სამეცნიერო რეფერირებადი ჟურნალების მონაცემთა ბაზებში წინასწარ განსაზღვრული საძიებო სიტყვების გამოყენებით. ლიტერატურის ძიება განხორციელდება შემდეგ მონაცემთა ბაზებში: PubMed and Health Systems Evidence.

რელევანტური ლიტერატურის მოსაძიებლად გამოყენებული იქნა შემდეგი საძიებო სიტყვები:

- Reference pricing OR reference price OR reference prices OR reference drug pricing

AND

- drug OR drugs OR pharmaceutical\* OR medicines OR medicat\*

ძიებისას გამოყენებული ფილტრები:

- ლიტერატურის გამოქვეყნების თარიღი: 2000-2020 წწ
- სტატიების ტიპი: მიმოხილვა, სისტემური მიმოხილვა
- ენა: ინგლისურენოვანი სტატიები

ძიება დასრულდა 232 სამეცნიერო სტატიით, რომელთა გადარჩევა მოხდა სათაურებით, აბსტრაქტებითა და სრული ტექსტებით დამოუკიდებლად 2-2 ადამიანის მიერ, რომელთა მოსაზრებებიც ამა თუ იმ წყაროს რელევანტურობასთან დაკავშირებით თანხმდებოდა კონსენსუს შეხვედრებზე. საბოლოოდ, 25 სტატია შეირჩა ლიტერატურის მიმოხილვის დოკუმენტის მოსამზადებლად.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის რეგიონის გამოცდილება გრფ პოლიტიკის დანერგვის თაობაზე სამეცნიერო რეფერირებად ჟურნალებში თითქმის არ შეგვხვედრია.

დოკუმენტი ასევე ეყრდნობა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ გამოქვეყნებულ ანგარიშებს გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის გავლენისა და მისი დანერგვისას გასათვალისწინებელი ფაქტორების შეჯამების ნაწილში.

## გამოყენებული ლიტერატურა:

- Acosta, A., Ciapponi, A., Aaserud, M., Vietto, V., Austvoll-Dahlgren, A., Kösters, J. P., ... Oxman, A. D. (2014). Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005979.PUB2>
- Atikeler, E. K., & Özçelikay, G. (2016). Comparison of pharmaceutical pricing and reimbursement systems in Turkey and certain EU countries. *SpringerPlus*, 5(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S40064-016-3455-Z/TABLES/5>
- Barros, P. P. (2010). Pharmaceutical policies in European countries. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 22, 3–27. [https://doi.org/10.1108/S0731-2199\(2010\)0000022004](https://doi.org/10.1108/S0731-2199(2010)0000022004)
- Barros, P. P., & Nunes, L. C. (2010). The impact of pharmaceutical policy measures: An endogenous structural-break approach. *Social Science & Medicine*, 71(3), 440–450. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2010.04.020>
- Carone, G., Schwierz, C., & Xavier, A. (2012). Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. *Economic and Financial Affairs*. <https://doi.org/10.2765/27111>
- Curatio International Foundation. (2019a). *Pharmaceutical Pricing Policies to Improve the population's access to pharmaceuticals in Georgia - Rapid Response*.
- Curatio International Foundation. (2019b). ფარმაცევტული საშუალებების ფასნარმოქმნის მექანიზმები მოსახლეობაში მედიკამენტებზე უკეთესი ხელმისაწვდომობისთვის - პოლიტიკის დიალოგის შედეგების შეჯამება.
- Curatio International Foundation. (2021, December 21). რა დაავადება ჭირს ქვეყნის ფარმაცევტულ სექტორს და რა შეიძლება იყოს მისი საშველი? Retrieved January 12, 2022, from Blog website: <http://curatiofoundation.org/ge/რა-დაავადება-ჭირს-ქვეყნი/>
- De Weerd, E., Simoons, S., Hombroeckx, L., Casteels, M., & Huys, I. (2015). Causes of drug shortages in the legal pharmaceutical framework. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 71(2), 251–258. <https://doi.org/10.1016/J.YRTPH.2015.01.005>
- Fontrier, A. M., Gill, J., & Kanavos, P. (2019). International impact of external reference pricing: should national policy-makers care? *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 20(8), 1147–1164. <https://doi.org/10.1007/S10198-019-01083-W>
- Goginashvili, K., Nadareishvili, M., & Habicht, T. (2021). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia*.
- Holtorf, A. P., Gialama, F., Wijaya, K. E., & Kaló, Z. (2019). External Reference Pricing for Pharmaceuticals-A Survey and Literature Review to Describe Best Practices for Countries With Expanding Healthcare Coverage. *Value in Health Regional Issues*, 19, 122–131. <https://doi.org/10.1016/J.VHRI.2019.04.003>
- Kanavos, P., Fontrier, A.-M., Gill, J., Efthymiadou, O., & Boekstein, N. (2017). *The Impact of External*

*Reference Pricing within and across Countries The Impact of External Reference Pricing within and across Countries 2 The Impact of External Reference Pricing within and across Countries.*  
<https://doi.org/10.21953/lse.m0bluqcv10g6>

- Kanavos, P., Fonrier, A. M., Gill, J., & Efthymiadou, O. (2020). Does external reference pricing deliver what it promises? Evidence on its impact at national level. *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 21(1), 129–151. <https://doi.org/10.1007/S10198-019-01116-4>
- Kang, S. Y., Distefano, M. J., Socal, M. P., & Anderson, G. F. (2019). Using External Reference Pricing In Medicare Part D To Reduce Drug Price Differentials With Other Countries. *Health Affairs (Project Hope)*, 38(5), 804–811. <https://doi.org/10.1377/HLTHAFF.2018.05207>
- Kostova, N. M., Chichevalieva, S., Ponce, N. A., Van Ginneken, E., & Winkelmann, J. (2017). *The former Yugoslav Republic of Macedonia Health system review. Health Systems in Transition.*
- Lee, I. H., Bloor, K., Hewitt, C., & Maynard, A. (2015). International experience in controlling pharmaceutical expenditure: influencing patients and providers and regulating industry - a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 20(1), 52–59. <https://doi.org/10.1177/1355819614545675>
- Leopold, C., Mantel-Teeuwisse, A. K., Seyfang, L., Vogler, S., de Joncheere, K., Laing, R. O., & Leufkens, H. (2012). Impact of External Price Referencing on Medicine Prices – A Price Comparison Among 14 European Countries. *Southern Med Review*, 5(2), 34. Retrieved from </pmc/articles/PMC3606937/>
- National Democratic Institute. (2019). *Public Opinion Polls in Georgia*. Tbilisi.
- OECD. (2021). *Pharmaceutical expenditure / Health at a Glance 2021 : OECD Indicators / OECD iLibrary*. Retrieved from [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021\\_2493ee95-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_2493ee95-en)
- Panteli, D., Arickx, F., Cleemput, I., Dedet, G., Eckhardt, H., Fogarty, E., ... Busse, R. (2016). *Pharmaceutical regulation in 15 European countries Health Systems in Transition* (Vol. 18).
- Rand, L. Z., & Kesselheim, A. S. (2021). International reference pricing for prescription drugs: a landscape analysis. <https://doi.org/10.18553/Jmcp.2021.27.9.1309>, 27(9), 1309–1313. <https://doi.org/10.18553/JMCP.2021.27.9.1309>
- Rémuzat, C., Kapuśniak, A., Caban, A., Ionescu, D., Radière, G., Mendoza, C., & Toumi, M. (2017). Supply-side and demand-side policies for biosimilars: an overview in 10 European member states. *Journal of Market Access & Health Policy*, 5(1), 1307315. <https://doi.org/10.1080/20016689.2017.1307315>
- Rémuzat, C., Urbinati, D., Mzoughi, O., Hammi, E. El, Belgaied, W., & Toumi, M. (2015). Overview of external reference pricing systems in Europe. *Journal of Market Access & Health Policy*, 3(1), 27675. <https://doi.org/10.3402/JMAHP.V3.27675>
- Rodwin, M. A. (2021). Common Pharmaceutical Price and Cost Controls in the United Kingdom, France, and Germany: Lessons for the United States. *International Journal of Health Services :*

- Planning, Administration, Evaluation*, 51(3), 379–391. <https://doi.org/10.1177/0020731421996168>
- Ruggeri, K., & Nolte, E. (2013). *Pharmaceutical Pricing: The Use of External Reference Pricing*. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28083293/>
- Van Der Gronde, T., Uyl-De Groot, C. A., & Pieters, T. (2017). Addressing the challenge of high-priced prescription drugs in the era of precision medicine: A systematic review of drug life cycles, therapeutic drug markets and regulatory frameworks. *PLoS ONE*, 12(8). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0182613>
- Vogler, S., Lepuschütz, L., Schneider, P., & Stühlinger, V. (2015a). *Study on enhanced cross-country coordination in the area of pharmaceutical product pricing*. <https://doi.org/10.2875/631265>
- Vogler, S., Lepuschütz, L., Schneider, P., & Stühlinger, V. (2015b). *Study on enhanced cross-country coordination in the area of pharmaceutical product pricing*. <https://doi.org/10.2875/631265>
- Vogler, S. M. (2019). *Medicine price surveys, analyses and comparisons: evidence, methodology and guidance*. Vienna: Elsevier Inc.
- Vogler, S., Schneider, P., & Lepuschütz, L. (2020). Impact of changes in the methodology of external price referencing on medicine prices: discrete-event simulation. *Cost Effectiveness and Resource Allocation: C/E*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/S12962-020-00247-3>
- World Health Organization. (2018). *Medicines Reimbursement Policies in Europe*.
- World Health Organization. (2020). *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Systems in Eastern Europe and Central Asia*. Retrieved from <http://www.euro.who.int/pubrequest>
- საქართველოს კონკურენციის ეროვნული სააგენტო. (2021). ფარმაცევტული ბაზრის მონიტორინგი. შუალედური ანგარიში. თბილისი.
- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. (2018). საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიში. თბილისი.
- საქართველოს პარლამენტი ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტი. (2019a). *ნორმატიული აქტების აღსრულების კონტროლის ფარგლებში წარმოებული თემატური მოკვლევა - „ნამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ კანონის აღსრულება - ხარისხიანი სამკურნალო საშუალებების ხელმისაწვდომობა საქართველოში: ძირითადი მიგნებები და რეკომენდაციები*.
- საქართველოს პარლამენტი ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტი. (2019b). *ნორმატიული აქტების აღსრულების კონტროლის ფარგლებში წარმოებული თემატური მოკვლევა - „ნამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ კანონის აღსრულება - ხარისხიანი სამკურნალო საშუალებების ხელმისაწვდომობა საქართველოში: ძირითადი მიგნებები*.