



მედიკამენტებზე ფასების რეგულირების პოლიტიკა: რეკომენდაციები საქართველოსათვის

თამარ აზიკური¹, თენგიზ ვერულავა²

¹ ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საქართველოს უნივერსიტეტი

² მედიცინისა და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

ფარმაცევტული ხარჯები გლობალურად დღითიდღე იზრდება. ბევრ მაღალშემოსავლიან ქვეყანას შემუშავებული აქვს ფასების კორექციის და შესყიდვის სტრატეგიები ხარჯების ტვირთის შესამსუბუქებლად, თუმცა, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ფარმაცევტული ბაზრები ნაკლებად რეგულირებადია და შესაბამისად, მედიკამენტებზე ფასები ნაკლებად ხელმისაწვდომია. მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში მედიკამენტების ხარჯების უმეტესი ნაწილის დაფარვა სახელმწიფოს ან სადაზღვეო კომპანიების მიერ ხდება. მეორეს მხრივ, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ფარმაცევტული დანახარჯების უმეტესი ნაწილი მოსახლეობის ჯიბიდან გადახდით იფარება. მედიკამენტების ფასისა და შესყიდვის პოლიტიკის მრავალი ვარიანტი მუშაობს, მაგრამ მათ ასევე აქვთ თანხლები რისკები. მიზანშეწონილია კომბინირებული მეთოდის შერჩევა ქვეყნის სპეციფიკური კონტექსტიდან გამომდინარე. სასურველია, რომ წარმატებული ფარმაცევტული პოლიტიკა და ფასების მექანიზმები იყოს ადგილობრივად მორგებული, გამჭვირვალე, სტაბილური და პროგნოზირებადი. სამართლებრივი სისტემის გაძლიერება არის აუცილებელი ფასების და შესყიდვების პოლიტიკის შემუშავებისთვის. ეს უნდა მოიცავდეს ფარმაცევტული სექტორის რეგულირებას, კონკურენციის და ანტიკორუფციულ კანონს, რათა შეიქმნას თანაბარი პირობები ჯანსაღი და კონკურენტუნარიანი ბაზრის უზრუნველსაყოფად. ჯანსაღი კონკურენციის გზით ფასების რეგულირება აშკარა უპირატესობას შეიცავს ფასების პირდაპირ რეგულირებასთან შედარებით. ასევე სასურველია გამჭვირვალე ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემების შემუშავება და ფართოდ გამოყენება დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, ფარმაცევტულ მედიკამენტთა ფასების და შესყიდვის პოლიტიკის განხორციელების, მონიტორინგისა და შეფასების გასაადვილებლად.

საკვანძო სიტყვები: ფარმაციის პოლიტიკა, ფარმაცევტული ფასები, ფარმაცევტული შესყიდვები, ფარმაცევტული ხარჯები, გარე რეგულირებული ფასი

ციტირება: თამარ აზიკური, თენგიზ ვერულავა. მედიკამენტებზე ფასების რეგულირების პოლიტიკა: რეკომენდაციები საქართველოსათვის. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2022; 6

Pharmaceutical Price Regulation Policy: Recommendations for Georgia

Tamar Azikuri¹, Tengiz Verulava²

¹School of Health Sciences, University of Georgia, Tbilisi, Georgia

²School of Medicine and Healthcare Management, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

Abstract

Pharmaceutical expenditure is rising globally on a daily basis. Most high-income countries have exercised price adjustment and procurement strategies to ease the cost burden. Low- and middle-income countries (LMICs), however, usually have less regulated pharmaceutical markets and often lack feasible pricing or purchasing strategies and therefore they are less affordable. In high-income countries, the majority of pharmaceutical costs are covered by the government or health insurance institutions. In LMICs, most pharmaceutical expenditure is covered by out-of-pocket payments. Many different options for drug pricing and purchasing policies work, but they also have accompanying risks. It is advisable to select a combined method depending on the specific context of the country. It is desirable that successful pharmaceutical policies and pricing mechanisms are locally tailored, transparent, stable and predictable. Strengthening the legal system is essential for the development of pricing and procurement policies. This should include pharmaceutical sector regulation, competition and anti-corruption law to create a level playing field to ensure a fair and competitive market. Price regulation through healthy competition has clear advantages over direct price regulation. It is also desirable to develop and widely use transparent healthcare information systems in low- and middle-income countries to facilitate the implementation, monitoring and evaluation of pharmaceutical drug pricing and purchasing policies.

Keywords: Pharmacy policy, pharmaceutical prices, pharmaceutical purchases, pharmaceutical costs, external reference price

Quote: Tamar Azikuri, Tengiz Verulava. Pharmaceutical Price Regulation Policy: Recommendations for Georgia. Health Policy, Economics and Sociology, 2022; 6

ფარმაცევტული ხარჯები და ფარმაცევტული ბაზარი

მსოფლიოში ფარმაცევტული ხარჯები დღითიდღე იზრდება. ბოლო ათწლეულში ერთ სულ მოსახლეზე ფარმაცევტულ პროდუქტებზე დანახარჯები გაიზარდა 50%-ით. ზოგადად, ფარმაცევტული ხარჯების საშუალო წლიური ზრდის ტემპი მნიშვნელოვნად აჭარბებს ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯს მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში. აღნიშნულია ამცირებს მოსახლეობის ფინანსურ ხელისაწვდომობას მედიკამენტებზე.

პრობლემასთან გამკლავების მიზნით, მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების უმეტესობას აქვს კონკრეტული პოლიტიკა, რომელიც მიმართულია მედიკამენტების ფასების ან შესყიდვის რეგულაციებისკენ. აშშ არის ერთადერთი მაღალშემოსავლიანი ქვეყანა, რომელსაც არ აქვს მედიკამენტების ეროვნული ფასების ან შესყიდვის სტრატეგია შემუშავებული. დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებს, ჩვეულებრივ, აქვთ ნაკლებად რეგულირებული ფარმაცევტული ბაზრები, ვიდრე მაღალშემოსავლიან ქვეყნებს. ზოგიერთი მათ შორის არის მედიკამენტებზე უპირობო "ფასის მიმღები", რაც იმას ნიშნავს, რომ მოსახლეობა იხდის ნებისმიერ ფასს, რომელსაც ფარმაცევტული კომპანია დააწესებს.

მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნები წარმოადგენენ ფარმაცევტული ინდუსტრიის მთავარ ბაზარს. ეს ქვეყნები შეადგენდნენ მსოფლიოს მოსახლეობის 16%-ს და აქვთ 78,5%-იანი წილი მსოფლიო ფარმაცევტულ ხარჯებში. ამის საპირისპიროდ, დაბალი და საშუალო შემოსავლის

მქონე ქვეყნებში მცხოვრები მსოფლიოს მოსახლეობის 84%-მა მოიხმარა ფარმაცევტული პროდუქტებზე მსოფლიო დანახარჯების მხოლოდ 21,5%. ერთ სულ მოსახლეზე ფარმაცევტული ხარჯები მერყეობს 7.61 აშშ დოლარიდან (USD) დაბალი შემოსავლის ქვეყნებში, 431.6 აშშ დოლარამდე მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში. მიუხედავად ამისა, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნები სულ უფრო დიდ მნიშვნელობას იძენს ფარმაცევტული ინდუსტრიისთვის, იმის გათვალისწინებით, რომ მედიკამენტების ხარჯები მსგავსი ტიპის ქვეყნებში უფრო ცვალებადი და სწრაფად მზარდია, ვიდრე მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში.

ფარმაცევტული ხარჯების ზრდის გამომწვევი ფაქტორები მრავალფეროვანია, თუმცა, დაკავშირებულია ორ ძირითად საკითხთან: მოხმარებისა და ფასების ცვალებადობასთან. ფარმაცევტული ბაზარი მოიცავს სამ ძირითად ჯგუფს: ურეცეპტოდ ხელმისაწვდომი მედიკამენტები, ჰოსპიტალური მედიკამენტები სტაციონარული პაციენტებისთვის და რეცეპტით გაცემული მედიკამენტები ამბულატორიული პაციენტებისთვის. უმეტეს ქვეყნებში, ურეცეპტოდ ხელმისაწვდომი მედიკამენტები დიდწილად თვითრეგულირებადია, ანუ თავისუფალი ბაზარი არეგულირებს. ურეცეპტო მედიკამენტებზე მოთხოვნა განისაზღვრება თავად პაციენტის მიერ და გამომწერი ექიმის გავლენაზე ნაკლებად არის დამოკიდებული. ურეცეპტო მედიკამენტები ფინანსდება უშუალოდ პაციენტების ჯიბიდან გაწული ხარჯებით. სახელმწიფო, როგორც წესი, ურეცეპტო მედიკამენტებზე ბაზარს თვითრეგულირების საშუალებას აძლევს. მიუხედავად ამისა, ურეცეპტო მედიკამენტების ჩამონათვალის რეგულირებით, სახელმწიფო ირიბად მოქმედებს ამ მედიკამენტების კონკრეტულ ფასებზე.

საავადმყოფოს მედიკამენტების შემენა შესაძლებელია მწარმოებლებთან პირდაპირი მოლაპარაკებით ან ტენდერით, რაც ხშირად იწვევს ფასდაკლებას. უმეტეს მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში, მედიკამენტების ფასები საავადმყოფოებში ხშირად არ ექვემდებარება სახელმწიფო შესყიდვების ან ფასების პოლიტიკას. თუმცა, ბევრ დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყანაში სახელმწიფო აფინანსებს საავადმყოფოებს, რაც გავლენას ახდენს მსგავსი ტიპის შესყიდვებზე.

რეცეპტით გაცემული ამბულატორიული მედიკამენტების ბაზარი ძირითადად წარმოადგენს ქვეყნის ფარმაცევტული დანახარჯების უდიდეს ნაწილს და ხშირად ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში. ევროპისა და ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის უმეტეს ქვეყნებში ამბულატორიული მედიკამენტები შეადგენს მთლიანი ფარმაცევტული დანახარჯების 75-84%-ს, საიდანაც 50-80% შეიძლება ანაზღაურდეს სოციალური დაცვის სისტემების ან კერძო სადაზღვევო კომპანიის მიერ. როგორც დომინანტური მყიდველი, ევროპისა და ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის მთავრობების უმეტესობა ახდენს რეცეპტით გაცემული ამბულატორიული მედიკამენტების ბაზართან შეთანხმებებს. ამის საპირისპიროდ, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, რეცეპტით გაცემული ამბულატორიული მედიკამენტებზე გადახდების უმეტესობა მოსახლეობის ჯიბიდან წარმოებს.

მედიკამენტებზე კერძო დანახარჯები, როგორც მთლიანი ფარმაცევტული დანახარჯების წილი ერთ სულ მოსახლეზე დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში მერყეობს 61.2%-დან 76.9%-მდე. აღნიშნული ფაქტი მეტყველებს, რომ დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში სახელმწიფო გვევლინება ძლიერი შემსყიდველის ნაცვლად, სუსტ მარეგულირებლად. დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნების მთავრობების სუსტი მმართველობის მახასიათებელს ემატება ის ფაქტი, რომ მსგავსი ტიპის ქვეყნებში, შეიძლება არსებობდეს რეგულაციები, მაგრამ ხშირ შემთხვევაში ისინი არ აღსრულდება. ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემების ნაკლებობა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ასევე ხელს უწყობს ფარმაცევტული ფასების რეგულირების და შესყიდვის პოლიტიკის არასათანადო განხორციელებას და მონიტორინგს.

ფარმაცევტული ფასებისა და შესყიდვის პოლიტიკის შესახებ უამრავი კვლევა არსებობს, მაგრამ ძალიან ცოტაა ორიენტირებული დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებზე.

კვლევების უმეტესობა ჩატარებულია ევროპაში და ევროპისა და ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის ქვეყნებში. მხოლოდ რამდენიმე კვლევა ჩატარდა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში.

ფარმაცევტული ფასების და შესყიდვის პოლიტიკას წარმოადგენს რეგულაციები ან პროცედურები, რომლებსაც იყენებენ სამთავრობო ორგანოები ან მიმწოდებელი, გადაწყვეტილების მიმღები პირები, რათა განსაზღვრონ ან გავლენა მოახდინონ მედიკამენტების ფასებზე. ამ პოლიტიკას შეუძლია გავლენა იქონიოს მწარმოებლების ფასებზე, საბითუმო ფასებზე, საცალო ფასებზე ან ანაზღაურების ფასებზე. მედიკამენტების ფასები შეიძლება პირდაპირ განისაზღვროს (მაგ. მაქსიმალური ფიქსირებული ფასები, ფასების შემცირება ან ფასების გაყინვა) ან გავლენა მოახდინოს მედიკამენტების ფასებზე არაპირდაპირი გზით (მაგ. მოგების რეგულირება). ფასები ასევე შეიძლება შეთანხმებული იყოს ან დადგინდეს ღირებულებაზე დაფუძნებული მექანიზმით ან კონკურენტულად დადგინდეს სატენდერო შეთანხმებების გზით.

ტექნიკები, რომლებიც გამოიყენება ფასების დონის დასადგენად

ყველაზე რთული ამოცანაა იმის დადგენა, თუ რა არის მედიკამენტის გონივრული, სამართლიანი და მისაღები ფასი ან გონივრული მაქსიმალური ფასის ზღვარი. ქვეყნები განსხვავდებიან გონივრული მაქსიმალური ფასის განსაზღვრაში, რაც დამოკიდებულია ისეთ ფაქტორებზე, როგორცაა ბიუჯეტის ლიმიტები, წამლის გამოწერის და დანიშვნის თავისებურებები, დემოგრაფია და ინდუსტრიის სტრატეგიული მნიშვნელობა ეროვნული ეკონომიკისთვის. გონივრული მაქსიმალური ფასის გამოსათვლელად გამოყენებული ტექნიკა ასევე განსხვავებულია. ყველაზე ხშირად გამოიყენება ორი ან მეტი ისეთი ტექნიკის კომბინაცია, როგორცაა: გარე რეფერენტული ფასი, შიდა რეფერენტული ფასი, ეკონომიკური შეფასება, ღირებულება პლუს ფასი და მოგების ზღვრების დაწესება.

გარე რეფერენტული ფასი. მედიკამენტების განფასების ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ტექნიკა, რომელიც ასევე გამოიყენება სხვა სტრატეგიებთან ერთად კომბინაციაში არის გარე რეფერენტული ფასები, ასევე ცნობილი როგორც საერთაშორისო ფასების “ბენჩმარკინგი” ან საერთაშორისო რეფერენტული ფასები. ეს გულისხმობს მედიკამენტების ფასებს სხვადასხვა შესადარებელ ქვეყანაში, რათა განისაზღვროს მედიკამენტის ბაზარზე გაყიდვის ფასი ან ანაზღაურების ფასის ლიმიტი. ის ასევე შეიძლება გამოყენებულ იქნას შიდა ბაზარზე ფასების ზრდის დასადგენად ან მოლაპარაკებების პროცესში საკონტროლო ზღვრული ფასის სანიშნე მაჩვენებლად.

მეთოდოლოგია განსხვავდება მარეგულირებლების, მყიდველებისა და გადამხდელების პერსპექტივის მიხედვით, მაგრამ პროცესი ჩვეულებრივ ხორციელდება სამ ძირითად ეტაპად. პირველი ეტაპი არის რეფერენტული ქვეყნების შერჩევა, რომელიც ხშირად ეფუძნება გეოგრაფიულ სიახლოვეს, ეკონომიკურ მსგავსებას, ისტორიულ კავშირებს, ფასების შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობას, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მდგომარეობას, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაზღვევის დონეს, ფარმაცევტულ ინდუსტრიაში ინვესტიციების დონეს და შიდა ფარმაცევტული წარმოების შედარებით ეკონომიკურ მნიშვნელობას. რეფერენტული ქვეყნები ჩვეულებრივ დაახლოებით ხუთია. ზოგიერთი ექსპერტის რჩევით, უმჯობესია 10 რეფერენტული ქვეყანა იყოს ჩართული.

მეორე ეტაპს წარმოადგენს დონის განსაზღვრა, რომლის მიხედვითაც ხდება ფასების შედარება და კონკრეტული „ფასის თარიღის“ არჩევა რეფერენტულ ქვეყანაში (მაგ. მიმდინარე ფასი და ფასი გამოშვებისას). ევროპის ქვეყნების უმეტესობა იყენებს ქარხნის ფასს შედარებისთვის, რადგან ეს მიდგომა გამორიცხავს ფასების განსხვავებებს, რომლებიც გამოწვეულია დისტრიბუციის ფასანამატით. პოლონეთში შედარებისთვის გამოიყენებენ როგორც საბითუმო, ასევე სააფთიაქო საცალო ფასებს.

მესამე ეტაპია ზღვრული ფასის გამოსათვლელი მეთოდი. ერთი გავრცელებული მიდგომაა საშუალო ფასის აღება. ზღვრული საორიენტაციო ფასი ასევე შეიძლება იყოს საშუალო ფასის ფიქსირებული პროცენტი რეფერენტულ ქვეყნებში (მაგ. 85% დაპატენტებული, ადგილობრივად წარმოებული მედიკამენტებისთვის და 96% ადგილობრივი წარმოების გენერიკებისთვის სლოვენიაში). ზოგიერთ ქვეყანაში ზღვრული საორიენტაციო მაჩვენებელია ყველაზე დაბალი ფასი, ან სამი ყველაზე დაბალი ფასის საშუალო ან სამი ყველაზე დაბალი ფასის საშუალოს პლუს 10%.

გამოყენებული პრინციპის მიუხედავად, გარე რეფერენტული ფასების სისტემა უნდა იყოს მარტივად პროგნოზირებადი და ღია, გამჭვირვალე რეფერენტული ქვეყნების, ფასების წარმომავლობის და ფასების დაწესების პროცედურის ჩათვლით.

დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებმა, რომლებსაც სურთ განავითარონ გარე რეფერენტული ფასების სისტემა, უნდა განიხილონ რესურსები და ცოდნა (ადამიანური და მატერიალური), რომელიც საჭიროა მონაცემთა შეგროვებისა და ანალიზისთვის. არსებობს ტექნიკური სირთულეები ერთიდაიგივე წამლის ფასების შედარებისას ქვეყნებში, კომერციული სახელების, დოზის სხვაობის, იმავე ეფექტურობისა და შეფუთვის, დისტრიბუტორების მოგების მარჟის, ადგილობრივი გადასახადებისა და ფასების გამჭვირვალობის ნაკლებობის გამო. განვითარების მსგავს ეტაპებზე რეფერენტული ქვეყნების შერჩევა (მაგ. სხვა დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებიდან) ზრდის რეფერენტული ფასების შემუშავებისთვის საჭირო მონაცემების შეგროვების სირთულეს, რადგან მსგავსი ტიპის ქვეყნებს ხშირად არ აქვთ სანდო ისტორიული და სისტემური მონაცემთა წყარო მედიკამენტების კონკრეტული ფასების შესახებ.

შიდა რეფერენტული ფასი. განფასების კიდევ ერთი გავრცელებული სტრატეგიაა შიდა რეფერენტული ფასები, რომელიც მოიცავს ფასების შედარებას მედიკამენტების თერაპიულ ექვივალენტებს შორის ქვეყნის შიგნით. შიდა რეფერენტულ ფასს ხშირად იყენებენ ფასწარმომქმნელი ორგანოები, როგორც ორიგინალური პროდუქტების ფასების სახელმძღვანელოს ბაზარზე შესვლისას, სადაც უკვე ხელმისაწვდომია კონკრეტული პრეპარატის თერაპიული ალტერნატივა. ამ შემთხვევებში, მედიკამენტი, რომელსაც არ აქვს დამატებითი თერაპიული ღირებულება ბაზარზე არსებულ მედიკამენტთან შედარებით, ახალი პრეპარატის ფასი ბაზარზე არსებულის ექვივალენტია. ამის საპირისპიროდ, თუ იგი მიჩნეულია არსებულ მედიკამენტზე აღმატებულად, შიდა რეფერენტული ფასების სისტემაში გამოიყენება პრემია, რომელიც აღნიშნავს ფასის პროცენტულ ზრდას. მაგალითად, იაპონიაში, ინოვაციის დონის მიხედვით, მედიკამენტი შეიძლება შეფასდეს, როგორც: ინოვაციური პრემია (ძალიან ინოვაციური), სარგებლიანობის პრემია I (ნაკლებად ინოვაციური) და სარგებლიანობა პრემია II (მცირე თერაპიული გაუმჯობესება) თითოეულ შემთხვევაში დამატებული ფასებია - 70–120%; 35–60% და 5–30%, აქედან გამომდინარე, შესადარებელი პრეპარატის ფასი მეტად მაღალი გამოდის ვიდრე ბაზარზე უკვე არსებულის ფასი.

შიდა რეფერენტული ფასი ასევე შეიძლება გამოყენებულ იქნას გენერიკული მედიკამენტების ასანაზღაურებელი ფასის გამოთვლისას, ამ შემთხვევებში ხშირად ბრენდული პრეპარატის ასანაზღაურებელი ფასი შემცირებულია უტოლდება გენერიკული პრეპარატის ფასს. მაგალითად, საფრანგეთში, გენერიკული მედიკამენტების ფასი უნდა იყოს <50% არაპატენტური მედიკამენტის ფასის რომ ანაზღაურდეს.

შიდა რეფერენტული ფასი შეიძლება გამოყენებულ იქნას თერაპიული ჯგუფის ფარგლებში ერთი კონკრეტული მედიკამენტის ფასის ანაზღაურების დასადგენად. თუ კომპანიები არ ეთანხმებიან საორიენტაციო ფასს, მათ თავისუფლად შეუძლიათ დააწესონ უფრო მაღალი ფასი, თუმცა, თუ საცალო გასაყიდი ფასი რეფერენტულ ფასზე მაღალია, პაციენტებს ჩვეულებრივ მოეთხოვებათ სხვაობის გადახდა. ამ ფასის სიგნალმა შეიძლება გამოიწვიოს ბაზრის წილის დაკარგვა იაფი მედიკამენტებისთვის.

ტექნიკურად, ერთი საკითხი, რომელიც გასათვალისწინებელია შიდა რეფერენტული ფასების სისტემის შემუშავებისას, არის თერაპიული ჯგუფების შედგენა, ეს შეიძლება იყოს აქტიური ინგრედიენტების (გენერიკების) ან თერაპიულად მოქმედი მედიკამენტების საფუძველზე. მაგალითად, გერმანია მსგავსი პრინციპით აჯგუფებს მედიკამენტებს, რომლებიც თერაპიულად მსგავსია, მაგრამ არა ქიმიურად ან კლასის ექვივალენტით, როგორცაა მაგალითად ანტიჰიპერტენზიული ყველა მედიკამენტი ან ყველა ანტიდეპრესანტი.

ზოგიერთ ქვეყანაში, თერაპიულ ჯგუფებში შედის მხოლოდ არაპატენტური მედიკამენტები ჩვეულებრივ, გენერიკები ან "მსგავსი" პროდუქტები. სხვა ქვეყნებში, როგორებიცაა ავსტრალია, ახალი ზელანდია, კანადა და გერმანია, თერაპიული ჯგუფები შეიძლება შეიცავდეს როგორც ბრენდულ, ისე არაპატენტურ მედიკამენტებს.

კიდევ ერთი ტექნიკური საკითხია რეფერენტული ფასის განსაზღვრა, რომელიც მსგავსია გარე რეფერენტული ფასის, სადაც საორიენტაციო ფასი უტოლდება ჯგუფში ყველაზე დაბალფასიან პროდუქტს ან ჯგუფში შემავალი ყველა მედიკამენტის საშუალო ფასს. გერმანია იყენებს მედიანას, როგორც საორიენტაციო ფასის დონეს.

დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებმა უნდა გაითვალისწინონ შიდა რეფერენტული ფასების სისტემის ორი ძირითადი მიზანი. ეს არის ორიგინალური პროდუქტების ფასი ბაზარზე შესვლის დონეზე, სადაც უკვე ხელმისაწვდომია თერაპიული ალტერნატივები, ან განისაზღვროს ერთიანი ასაზღაურებელი ფასი მედიკამენტებისთვის კონკრეტულ თერაპიულ ჯგუფში. ფარმაკო-ეკონომიკური შეფასება შეიძლება საჭირო გახდეს ახალი პროდუქტების ინოვაციურობის შესაფასებლად ბაზარზე უკვე არსებულ თერაპიებთან შედარებით ან შესაბამისი თერაპიული ჯგუფების შესაქმნელად. ფარმაკო-ეკონომიკური შეფასება არის ტექნიკა, რომელიც მოითხოვს მნიშვნელოვან ტექნიკურ ექსპერტიზას და ქვეყნის შიგნით შესაძლებლობების განვითარებას, რომელიც, როგორც წესი, არ არის დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში ხელმისაწვდომი.

ფარმაცევტულ კომპანიებზე გავლენის მოსახდენად, რომ ისინი შეთანხმდნენ ანაზღაურებისათვის ერთ კონკრეტულ რეფერენტულ ფასზე, დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნები უნდა იყვნენ დომინანტური მონოფონი მყიდველები. ეს ნაკლებად სავარაუდოა, რომ მოხდეს იმ შემთხვევაში, თუ დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნები ვერ ახორციელებენ უნივერსალურ, ჯანდაცვის სისტემის საყოველთაო დაფარვას და მედიკამენტების უმეტესი გადასახადი იფარება ფიზიკური პირების მიერ ჯიბიდან გადახდის გზით.

და ბოლოს, რეფერენტული ფასების სისტემები რეგულარულად უნდა განახლდეს, რათა ახალი მედიკამენტები შევიდეს რეფერენტულ მედიკამენტთა სიაში. მიუხედავად იმისა, რომ დადასტურებულია, რომ რეფერენტული განფასების სისტემები ზღუდავს ძვირადღირებული მედიკამენტების გამოყენებას, გარკვეულწილად პარადოქსულია, რომ ეს სისტემა ასევე გარკვეულწილად შეიძლება წარმოადგენდეს ბიძგს, რომ უფრო დაბალი ფასის მედიკამენტები მოერგოს რეფერენტულ ფასს. შესაბამისად, მიჩნეულია, რომ რეფერენტული განფასების სისტემა უნდა იქნას გამოყენებული სხვა ზომებთან ერთად, როგორცაა ფარმაცევტული კომპანიებისთვის ფასის ზრდის ოფიციალური დამტკიცების მოთხოვნა მხოლოდ „გონივრული საფუძვლის“ არსებობისას, სავალდებულო გენერიკით ჩანაცვლება ან ფასების სავალდებულო შემცირება.

რეფერენტული ფასის სისტემის დამატებითი ვარიაცია არის ინდექსური ფასის სისტემები, რომლებიც ფასის სიგნალს აძლევს ფარმაცევტებსა და მწარმოებლებს. ინდექსური ფასების ფარგლებში, ფარმაცევტები იღებენ დამატებით შემოსავალს გაყიდული პრეპარატის მიხედვით. ინდექსური ფასები ფარმაცევტებს აძლევს ეკონომიკურ სტიმულს, გასცენ ყველაზე დაბალფასიანი წამალი ინდექსის ჯგუფიდან, რადგან მათ რჩებათ სხვაობა გაცემული წამლის ინდექსურ ფასსა და საცალო ფასს შორის. გამოთვლილი ფასები რეგულარულად უნდა განახლდეს, რაც იწვევს ინდექსის დაბალ ფასს მომდევნო რეგულარულ განახლებაში. იაფი

მედიკამენტების გაცემის ზრდა ასევე ქმნის სტიმულს მწარმოებლებისთვის, შეამცირონ ფასები, რათა არ დაკარგონ ბაზრის წილი. სათანადო მართვის და რეგულირების შემთხვევაში, ინდექსური ფასების სისტემას აქვს პოტენციალი, შეამციროს ჯგუფის ფასები მინიმალურ ეკონომიკურ ზღვრამდე. ინდექსის ფასი მუშაობს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ნებადართულია თერაპიული ან გენერიკული ჩანაცვლება.

ფარმაცო-ეკონომიკური შეფასება ღირებულებაზე დაფუძნებული შესყიდვისთვის. ფარმაცო-ეკონომიკური შეფასება ასევე გამოიყენება სამართლიანი ფასის დასადგენად სხვა არჩეულ სტრატეგიებთან ერთად, როგორცაა გარე და შიდა რეფერენტული ფასები. ამ დროს დარდება ორი ან მეტი თერაპია მათი ხარჯებისა და თერაპიაზე პასუხის მიხედვით, იქნება ეს გამონახტული ფულადი ღირებულებით, ეფექტურობით თუ გაუმჯობესებული ცხოვრების ხარისხით. ფარმაცო-ეკონომიკური შეფასების დროს დასმული საბოლოო კითხვა არის თუ არა სარგებელი, რომელსაც ახალი წამალი გვთავაზობს არსებულ თერაპიასთან შედარებით ღირებული. ფარმაცო-ეკონომიკური შეფასების ოთხი ძირითადი ტიპი გამოიყენება მედიკამენტების ფასების შეფასებისას: ხარჯების მინიმიზაციის ანალიზი, ხარჯ-სარგებლის ანალიზი, ხარჯ-ეფექტურობის ანალიზი და ხარჯთაღრიცხვის ანალიზი.

ევროპისა და OECD-ის ქვეყნების უმეტესობამ გარკვეულწილად გამოიყენა ფარმაცო-ეკონომიკური შეფასება ფასებისა და ანაზღაურების გადაწყვეტილებებში. ზოგ ქვეყნებში ეს ტექნიკა სავალდებულო გახდა. მიუხედავად იმისა, რომ ეს მეთოდები ყველაზე მეტად საჭიროა იქ, სადაც რესურსების დეფიციტია, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნები იშვიათად ატარებენ და იყენებენ ფარმაცო-ეკონომიკურ შეფასებას პოლიტიკის დონეზე. ეს განსაკუთრებით ეხება ქვეყნებს, სადაც კერძო დანახარჯები ჯანმრთელობის დაფინანსების ძირითადი ფორმაა. რამდენიმე დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყანა ფორმალურად იყენებს ამ მეთოდს ფარმაცევტული ფასების შემუშავებისა და ანაზღაურების გადაწყვეტილების მიღებისას, ასევე ის ქვეყნები, რომლებსაც აქვთ ჯანდაცვის უნივერსალური დაფარვა, როგორცაა ტაილანდი და ტაივანი. თუმცა, იქ ამ მეთოდის გამოყენება ჯერ კიდევ საწყის ეტაპზეა.

დასკვნა

მედიკამენტების ფასების რეგულირების საერთაშორისოდ გამოყენებული მეთოდები მრავალფეროვანია. მიზანშეწონილია სხვადასხვა მეთოდების კომბინაცია, რაც დამოკიდებულია ქვეყნის სპეციფიკურ კონტექსტზე. ფარმაცევტული ფასების და შესყიდვის ეფექტური პოლიტიკის შემუშავებისას, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნების მთავრობებმა უნდა გაითვალისწინონ მსოფლიოში დაგროვილი გამოცდილება.

გრძელვადიან პერსპექტივაში სასურველია საყოველთაო ჯანდაცვის სრული დაფარვის დანერგვა, სადაც მედიკამენტების უმეტესობა ფინანსდება სოციალური უზრუნველყოფის სისტემებით ან კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევით. აღნიშნული საშუალებას მისცემს მსგავს ქვეყნებს გახდნენ დომინანტური მონოფსონი მყიდველი და ამ გზით შეამცირონ მედიკამენტთა ფასები. ბაზარზე დომინირების მიღწევა გაუხსნის ახალ შესაძლებლობებს მთავრობებს, როგორც აქტიურ ეკონომიკურ მოთამაშეებს ფასების დადგენისას, რათა გავლენა მოახდინონ მედიკამენტების საბაზრო ღირებულებაზე.

პოლიტიკის ნებისმიერი შესაძლო ვარიანტის დანერგვისას, თანმდევი რისკი უფრო დიდია დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებისათვის იმ შემთხვევაში თუ ქვეყნებს ჯერ კიდევ არ აქვთ ძლიერი სამართლებრივი სისტემები, რომლებიც მხარს უჭერენ და აძლიერებენ ჯანდაცვის სისტემას. სამართლებრივი სისტემის გაძლიერება არის აუცილებელი ფასების და შესყიდვების პოლიტიკის შემუშავებისთვის. ეს უნდა მოიცავდეს ფარმაცევტული სექტორის რეგულირებას, კონკურენციის და ანტიკორუფციულ კანონს, რათა შეიქმნას თანაბარი პირობები ჯანსაღი და კონკურენტუნარიანი ბაზრის უზრუნველსაყოფად. ჯანსაღი კონკურენციის გზით ფასების რეგულირება აშკარა უპირატესობას შეიცავს ფასების პირდაპირ

რეგულირებასთან შედარებით. ასევე სასურველია გამჭვირვალე ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემების შემუშავება და ფართოდ გამოყენება დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, ფარმაცევტულ მედიკამენტთა ფასების და შესყიდვის პოლიტიკის განხორციელების, მონიტორინგისა და შეფასების გასაადვილებლად.

გამოყენებული ლიტერატურა:

Ball D. 2011. Review series on pharmaceutical pricing policies and interventions: working Paper 3: The Regulation of Mark-ups in the Pharmaceutical Supply Chain. WHO/HAI Project on Medicine Prices and Availability. WHO/HAI.

Espin J, Rovira J, de Labry AO. 2011. Review series on pharmaceutical pricing policies and interventions: working paper 1: external reference pricing. WHO/HAI Project on Medicine Prices and Availability. WHO/HAI.

Faden L, Vialle-Valentin C, Ross-Degnan D, Wagner A. 2011. Review series on pharmaceutical pricing policies and interventions: working paper 2: The role of health insurance in the cost-effective use of medicines. WHO/HAI Project on Medicine Prices and Availability. WHO/HAI.

Huff-Rousselle M. 2012. The logical underpinnings and benefits of pooled pharmaceutical procurement: a pragmatic role for our public institutions? *Social Science and Medicine* 75: 1572–80.

Kalo' Z, Bodrogi J, Boncz I et al. 2013. Capacity building for HTA implementation in middle-income countries: the case of Hungary. *Value in Health Regional Issues* 2: 264–6.

Kaplan WA, Ritz LS, Vitello M, Wirtz VJ. 2012. Policies to promote use of generic medicines in low and middle income countries: a review of published literature, 2000-2010. *Health Policy* 106: 211–24. Kova'cs T, Ro'zsa P, Szigeti S, Borcsek B, Lengyel G. 2007. PPRI Pharma Profile Hungary. http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/CountryInformationReports/Hungary_PPRI_2007.pdf, accessed 12 February 2011.

Kulsomboon V, Yang BM, Hu S. 2012. Bridging the gap in pharmacoconomics and outcomes research between researchers, policymakers, and practitioners in the Asia-Pacific region. *Value in Health* 15: S1–2.

Leopold C, Vogler S, Mantel-Teeuwisse AK et al. 2012. Differences in external price referencing in Europe: a descriptive overview. *Health Policy* 104: 50–60.

Nguyen TA, Knight R, Roughead EE, Brooks G, Mant A. Policy options for pharmaceutical pricing and purchasing: issues for low- and middle-income countries, *Health Policy and Planning*, Volume 30, Issue 2, March 2015; 267–280,

Ngorsuraches S, Meng W, Kim BY, Kulsomboon V. 2012. Drug reimbursement decision-making in Thailand, China, and South Korea. *Value in Health* 15: S120–5.

Vogler S. 2012. The impact of pharmaceutical pricing and reimbursement policies on generics uptake: implementation of policy options on generics in 29 European countries—an overview. *Generics and Biosimilars Initiative Journal* 1: 93–100.

Vogler S, Habl C, Bogut M, Voncina L. 2011. Comparing pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Croatia to the European Union Member States. *Croatian Medical Journal* 52: 183–97.

Yongthong W, Hu S, Whitty JA et al. 2012. National drug policies to local formulary decisions in Thailand, China, and Australia: drug listing changes and opportunities. *Value in Health : The Journal of the International Society for Pharmacoconomics and Outcomes Research* 15: S126–31.