

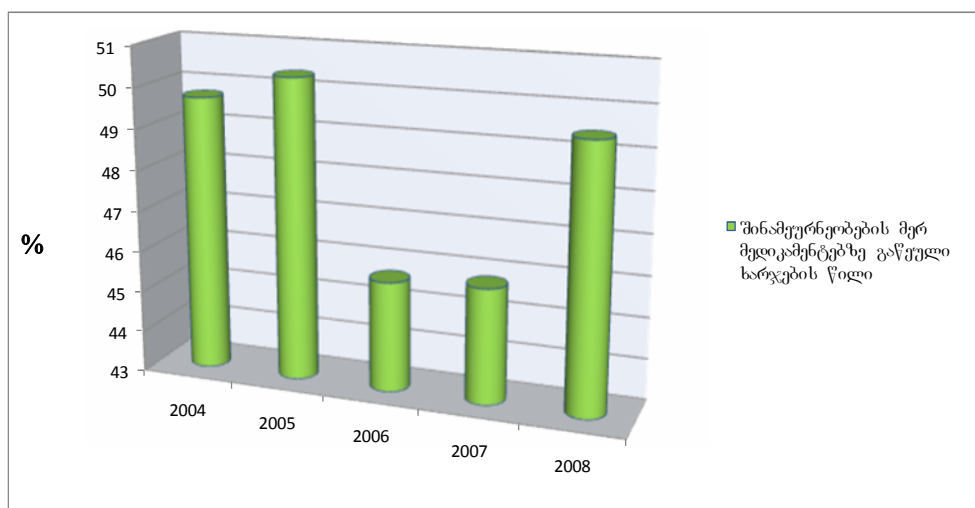
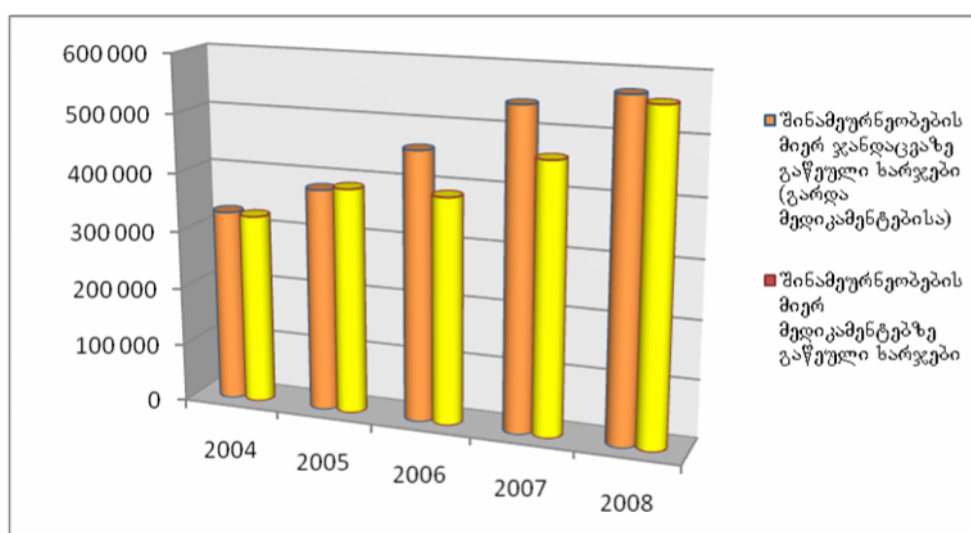
# საქართველოს ფარმაცევტული ბაზარი

ნატალია კაკაბაძე

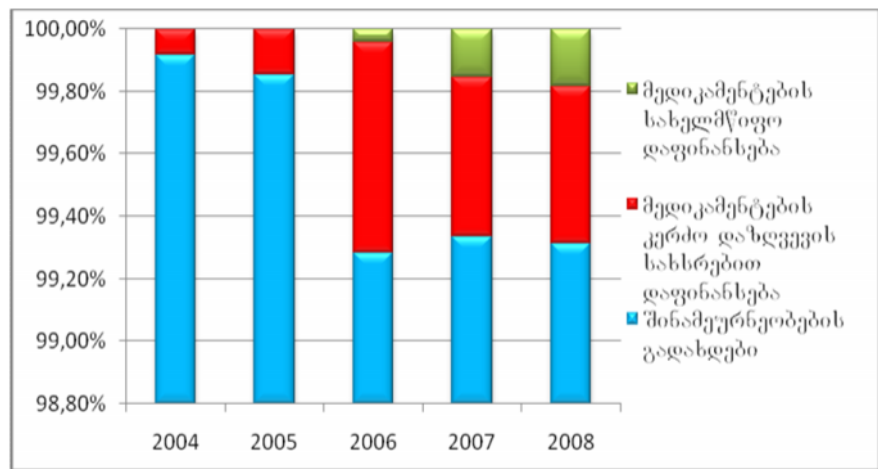
ოქტომბერი 2010

## 1. სიტუაციის აღწერა

საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მონაცემების თანახმად, საქართველოში შინამეურნეობების მიერ სამედიცინო სერვისებზე გაწეული ხარჯების 45-დან-50 %-დე მედიკამენტებზე მოდის.



შედარებისათვის: ქვეყნებში სადაც ჯანდაცვის სისტემა განვითარებულია, მედიკამენტებზე შინამეურნეობების დანახარჯების წილი, ჯანდაცვაზე გაწეული საერთო ხარჯების 5%-დან 20%-მდე მერყეობს, რადგან ხარჯების 2/3 სახელმწიფო ან/და კერძო წყაროებით იფარება<sup>1</sup>. მაგალითად: ევროპაში ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის წევრ ქვეყნებში მედიკამენტების სახელმწიფო თანადაფინანსების საშუალო წილი 61% –ს შეადგენს: ლუქსემბურგსა და ირლანდიაში ეს მაჩვენებელი 80%-ს. უფრო ნაკლებია სახელმწიფო თანადაფინანსება აშშ-ში, კანადაში, პოლონეთსა და მექსიკაში და არ აღემატება 50%-ს. კანადაში, კერძო სექტორი მედიკამენტების ხარჯების 61%-ს ფარავს<sup>2</sup>. საქართველოში კი სახელმწიფოსა და კერძო სექტორის ერთობლივი დაფინანსება 1% –ს არ აღემატება.



წამალზე გაწეული დანახარჯების დიდი მოცულობა შეიძლება გამოწვეული იყოს როგორც ბაზარზე კონკურენციის შეზღუდვით, ასევე მაღალი ფასნამატიტ მედიკამენტებზე ფასწარმოქმნის პროცესის სხვადასხვა ეტაპზე.

ასევე, ხარჯები მნიშვნელოვნად იზრდება წამლების ჭარბი მოხმარების შედეგად, რაც ჩვენს ქვეყანაში დიდწილად განაპირობებულია მოსახლეობის უკონტროლო თვითდიაგნოსტიკით, თვითმკურნალობითა და თვითმედიკამენტაციით.

## 2. კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევა ემყარება ფარმაცევტული ბიზნესის წარმომადგენლებისა და ექსპერტების მოსაზრებებს, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა (მ.შ. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის 2009 წლის შეფასებას) და უცხოური ფარმაცევტული კომპანიების მასალებს; 2008 წლის საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნულ ანგარიშებს.

<sup>1</sup> Health Insurance Systems and Access to Medicines - Case Studies from: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala and the United States of America, WHO, Washington D.C. 2002

<sup>2</sup> Pharmaceutical Pricing Policy in Global Market. OECD Health Policy Studies

### 3. კვლევის დროს აღმოჩენილი პრობლემა

კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ ფარმაცევტული ბაზარზე მედიკამენტების ფასებსა და ფასთა სტრუქტურას შესახებ სტატისტიკური იმფორმაციის არ არსებობს!

კვლევის პერიოდში ხელმისაწვდომი იყო მხოლოდ ფარმაცევტული საქმიანობის სააგენტოს ვებ გვერდზე [www.moh.itdc.ge](http://www.moh.itdc.ge) განთავსებული ინფორმაცია, რომელიც შემოიფარგლებოდა მონაცემებით 2009 წლის პირველ ნახევრამდე საქართველოში განხორციელებულ იმპორტსა და მოსახლეობის დანახარჯებზე. მედიკამენტების ფასებსა და მათი ცვლილებების შესახებ არაფერი არ ყოფილა წარმოდგენილი.

ამ მიზეზით ფარმაცევტულ ბაზრის 2009-2010 წლის ფასებზე დაკვირვება და სტატისტიკური ანალიზი ვერ მოხერხდა.

### 4. საქართველოს ფარმაცევტული ბაზარი

#### 4.1. ბაზრის განვითარების ეტაპები

გასული საუკუნის 90-ან წლებში საქართველოში ფარმაცევტული ბაზარზე წარმოდგენილი იყო მრავალი იმპორტიორი, საბითუმო ბაზები და საცალო აფთიაქები. მედიკამენტების საბითუმო და საცალო ფასნამატი განისაზღვრებოდა მოთხოვნა-მიწოდების საფუძველზე თავისუფალი კონკურენციის პირობებში.

90-იანი წლების მე-2 ნახევარში ბაზრის მონაწილეთა გამსხვილების პროცესის შედეგად გაჩნდა მსხვილი იმპორტიორები („ავერსი“, „პსპ“ და „კრისტალი“), რომლებიც მედიკამენტების საბითუმო ბაზებსაც ფლობდნენ. მათ შორის კარტელური შეთანხმების საფუძველზე განაწილდა მედიკამენტების იმპორტი მწარმოებელ კომპანიებთან კონტრაქტების მიხედვით, რის შედეგადაც ეს კომპანიები თვითონვე აწესებდნენ ფასებს იმპორტირებულ მედიკამენტებზე. მოგვიანებით ამ შეთანხმებას შეუერთდა სახალხო აფთიაქიც. დღესდღეობით კარტელის ორი წევრის, ავერსის და პსპს საქმიანობა გარდა ფარმაცევტულისა მოიცავს ადგილობრივ წარმოებას („ავერსი რაციონალი“ და „ჯი-ემ-პი“), სადაც იმპორტირებული სუბსტანციების დაფასოება ხდება. ასევე ავერსი და პსპ სადაზღვევო კომპანიების მფლობელებიც გახდნენ.

პარალელურად, ბაზარზე ფუნქციონირებდნენ და მის განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენდნენ საცალო, მსხვილი საბითუმო ბაზების ასორტიმენტის მომხმარებელი აფთიაქები. საცალო აფთიაქების დღიური მაქსიმალური ბრუნვა 1000 ლარს არ აღემატებოდა. ამიტომ ბაზარზე მათი საქმიანობა ფასებზე გავლენას ვერ ახდენდა.

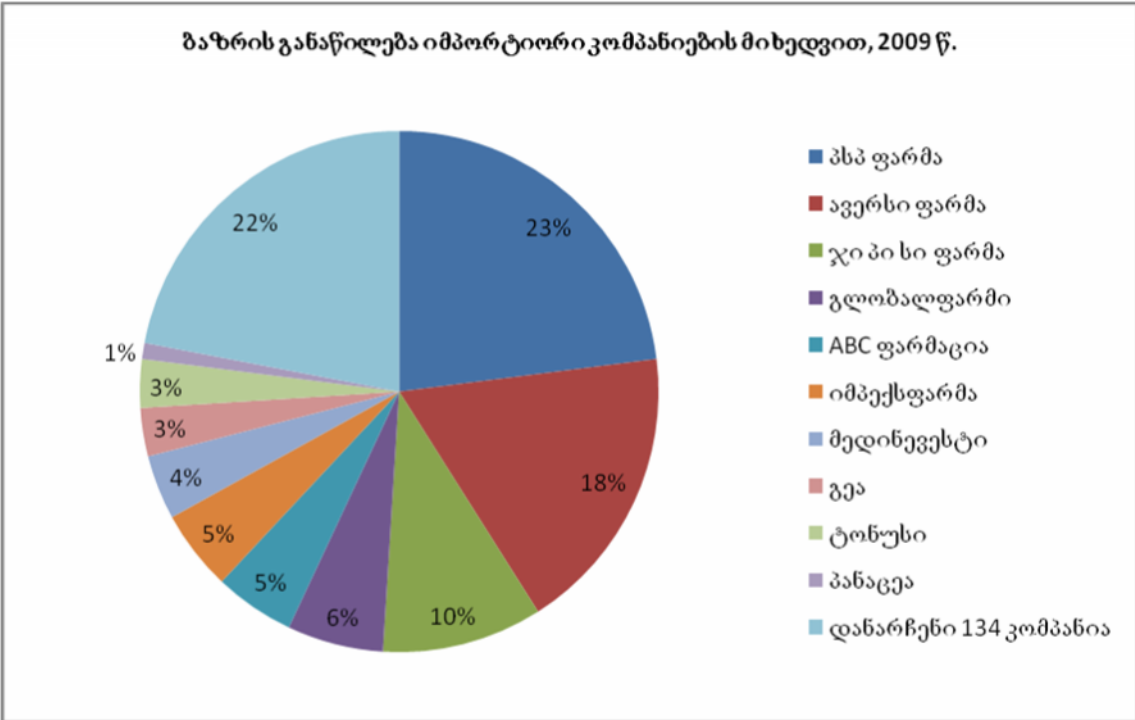
2005 წლამდე ფარმაცევტულ საქმიანობასთან და საცალო გაყიდვის ქსელში რეალიზაციასთან დაკავშირებული სამართლებრივი ნორმები – აფთიაქებში მედიკამენტების რეალიზაცია, ტექნიკური მოთხოვნები და ა.შ მკაცრი სტანდარტებით რეგულირდებოდა.

2005 წელს ფარმაცევტული საქმიანობის კანონში ცვლილების შეტანის შედეგად, საცალო რეალიზაციის სივრცე გაფართოვდა და მოიცვა სავაჭრო ობიექტები და მეტრო სადგურებიც კი. ამ გარემოებამ ხელი შეუწყო ბაზრის შედარებით ახალი მონაწილის „სუპერფარმა“-ს აფთიაქთა ქსელის სწრაფ განვითარებას (იხ. დანართი 1).

**2010 წელი მნიშვნელოვანი მოვლენებით გამოირჩევა:** პირველი იანვრიდან ძალაში შევიდა საქართველოს კანონში "წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ" მორიგი ცვლილებები, რომელთა საფუძველზე ქვეყანაში დაიშვა პარალელური იმპორტი და შემსუბუქდა საქართველოს ტერიტორიაზე იმპორტირებული წამლის სარეგისტრაციო რეჟიმი. ამ პირობებში არა მარტო კარტელის წევრებს არამედ მესამე მხარეს – კარტელის მიღმა არსებულ აფთიაქებსა და სხვა იმპორტიორებსაც გაუჩნდათ იგივე დასახელების მედიკამენტების ან მათი ანალოგების უფრო დაბალ ფასად შემოტანის შესაძლებლობა. ამ ფონზე კომპანია „ABC ფარმაცია“, რომელიც არ მონაწილეობდა კარტელში, პრეპარატებზე 20 %-იანი ფასდაკლება შესთავაზა მომხმარებელს. დაახლოებით 6 თვის განმავლობაში იგივე პრეპარატებზე 20–22%-იანი ფასდაკლება მოხდა სხვა აფთიაქებშიც. თუმცა, პარალელური იმპორტის პირობებში იმპორტიორებს შეუძმირდათ პასუხისმგებლობა წამლის ხარისხზე. იმპორტის ლიბერალიზაციამ შექმნა წამლის ხარისხის კონტროლის აუცილებლობა, რაც ჯერ–ჯერობით არ ხორციელდება. ამავე წელს მთავრობამ სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის ბენეფიციართათვის გარკვეული ნუსხის მედიკამენტებზე (50 ლარიანი ლიმიტით) ხარჯების 50 % თანაგადახდა დაიწყო.

თუმცა 2010 წლის ცვლილებების გავლენა ფარმაცევტულ ბაზარზე სამწუხაროდ არ შესწავლილა და ამ ეტაპზე შედეგის შეფასება შეუძლებელია სტატისტიკური მონაცემების არარსებობის გამო.

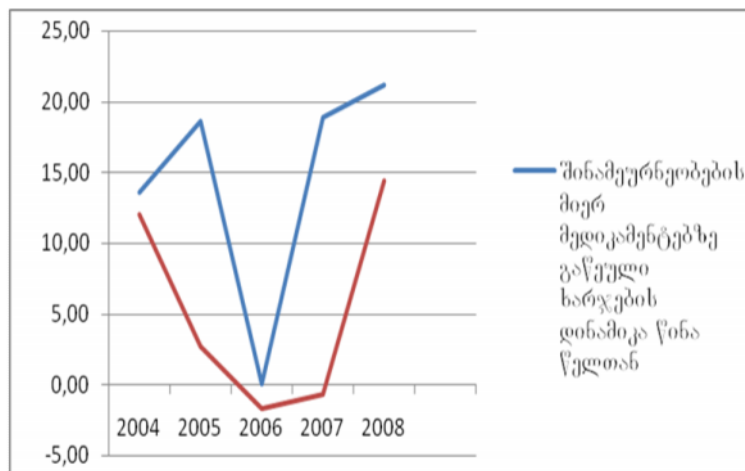
**4.2. ფარმაცევტული ბაზარის მონაწილეები**



### 4.3. მედიკამენტების ფასებზე მომქმედი ფაქტორები

**იმპორტი:** საქართველოს ფარმაცოლოგიური სექტორი იმპორტზეა ორიენტირებული. იმპორტირებულია როგორც მზა მედიკამენტები, ასევე სუბსტანციები, რომელნიც ადგილზე დაფასოების შედეგად ხვდებიან სარეალიზაციო ქსელში საქართველოში გამოშვებული პროდუქციის სახელით. წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის სააგენტოს 2009 წლის მონაცემების თანახმად, საქართველოში მედიკამენტების და სუბსტანციების იმპორტის მთლიანი ღირებულება 88.7 მილიონ აშშ დოლარს შეადგენდა. აქედან 4.7 მილიონი (მთლიანი იმპორტის 5.3%) სუბსტანციების იმპორტზე მოდიოდა.

მედიკამენტების, ისევე როგორც ყველა იმპორტირებული საქონლის ფასები მგძნობიარეა ლარის კურსის მიმართ, რომლის შემცირებაც ფასების ზრდა მოყვება. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ 2005 წელს ლარის კურსის გამყარების შედეგად მედიკამენტებზე ფასების ზრდა შეჩერდა.



**მცირე ზომის ბაზარი:** უნდა აღინიშნოს, რომ მსოფლიოს მსხვილი ფარმაცევტული კომპანიებისათვის საქართველოს 4.4 მილიონი მომხმარებლის ბაზარი ათვისების თვალსაზრისით ნაკლებ ინტერესს წარმოადგენს. ამის გამო საქართველოში მედიკამენტის ერთეულის ფასი შეიძლება უფრო მაღალი იყოს, ვიდრე მისი ანალოგიურისა იმ ქვეყანებში, სადაც პოტენციურ მომხმარებელთა რიცხვი გაცილებით დიდია.

**ფასწარმოქმნა:** მედიკამენტების იმპორტის კონტრაქტში მითითებულ ფასს ემატება საბითუმო და საცალო გამყიდველის სარგებელი, რომელიც ფარავს წამლის შენახვის, ტრანსპორტირების, დისტრიბუციისა და რეკლამის ხარჯებს. სარგებელი ასევე ითვალისწინებს ყველა ადმინისტრაციულ ხარჯს (თანამშრომლების ხელფასს, კომუნალურ ხარჯებს, შენობის იჯარას და ა.შ.), რომელთა წილი განსაკუთრებით დიდია ქსელურ აფთიაქებში – სადისტრიბუციო ჯაჭვში საბითუმო ბაზების რგოლი ხშირად 1-ზე მეტია, რაც ზრდის წამლის საბოლოო ფასს.

**დამატებითი ღირებულების გადასახადი:** საქართველოში მედიკამენტების გაყიდვის ოპერაციები არ იბეგრება დამატებითი ღირებულების გადასახადით. ეს ფაქტორი ფასების ზრდას აკავებს, ვინაიდან დღე არ ემატება ფასწარმოქმნის არც ერთ რგოლს.

**ექიმი „კონტრაქტორები“:** ხარჯის მნიშვნელოვანი ნაწილია ”ჰონორარი” იმ ექიმებისათვის, რომელნიც პრეპარატის ”რეკლამას” ეწევიან პაციენტებში და ამა თუ იმ წამლის დანიშვნით მის მზარდ რეალიზაციას უწყობენ ხელს. ხშირად მედიკამენტის პატენტირებული სახელი რეცეპტებში მითითებულია როგორც უნიკალური, ალტერნატივის არმქონე, რის გამოც პაციენტს არ ეძლევა საშუალება მიიღოს იმავე აქტიური ნივთიერების მქონე, მაგრამ სხვა ქვეყანაში გამოშვებული ან/და განსხვავებული ფასის წამალი. ეს მოვლენა დამახასიათებელია ყველა იმ ქვეყნისთვის სადაც რეცეპტის გამოწერაზე კონტროლი სუსტია<sup>3</sup>.

ექსპერტების შეფასებებით, ექიმების ”ჰონორარი” პრეპარატის ღირებულების მინიმუმ 10%-ს შეადგენს. თუ მწარმოებელი ან დისტრიბუტორი დაინტერესებულია საქართველოს ბაზარზე ამა თუ იმ წამლის გაყიდვით, ექიმების ჰონორარიც შესაბამისად მატულობს.

**ადგილობრივი წარმოება:** ექსპერტთა შეფასებებზე დაყრდნობით (სტატისტიკური მონაცემების არარსებობის გამო) წამლის ჯამური საშუალო ფასნამატი 60%-დან 90%-მდე მერყეობს, თუმცა ზოგიერთ „ადგილობრივი“ წარმოების წამლებზე 250%-ს აღემატება.<sup>4</sup>

5. დასკვნა: საქართველოში მედიკამენტებზე შინამეურნეობების მიერ გაწეული მაღალი ხარჯები, რამდენიმე ფაქტორის ერთობლიობითაა განპირობებული.

- A. იმპორტული საქონელი და მცირე ზომის ბაზარი
- B. სახელმწიფო და კერძო დაზღვევის არასაკმარისი მონაწილეობა წამლების ხარჯების ანაზღაურებაში
- C. ბაზრის სპეციფიკური, კარტელური ტიპის მოდელი, სადაც ფასი ფორმირდება არა თავისუფალი კონკურენციის, არამედ მსხვილი იმპორტიორების მიერ მოლაპარაკების შედეგად
- D. მაღალი დანახარჯები წამლის პრომოციაზე
- E. მაღალი ლოგისტიკური ხარჯები
- F. ჭარბი მოხმარება მოსახლეობის თვითმკურნალობისა და თვითმედიკამენტაციის შედეგად

---

<sup>3</sup> Health Insurance Systems and Access to Medicines, - Case Studies from: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala and the United States of America, WHO, Washington D.C. 2002 PAHO/WHO.

<sup>4</sup> <http://ick.ge/ka/jinvestigation/371-2010-02-22-07-46-2>

## 6. რეკომენდაციები

- I. ფარმაცევტული ბაზრისა და მედიკამენტებზე ფასების შესახებ მონაცემთა ბაზის მოწესრიგება და რეგულარული, სტატისტიკური კვლევები
- II. ნულოვანი დღგ-ს შემოღება, რის შედეგადაც შესაძლებელი გახდება მედიკამენტების ფასნამატზე დაკვირვება სავაჭრო ჯაჭვის, ანუ დამატებითი ღირებულების შექმნის ყველა ეტაპზე
- III. მოსახლეობის მაქსიმალური მოცვა სახელმწიფო და კერძო დაზღვევით
- IV. ფარმაცევტული ბაზრის მოხმარების კომპლექსური კვლევა და მოთხოვნაზე მომქმედი ფაქტორების ანალიზი
- V. მოსახლეობის ინფორმირება თვითმკურნალობით გამოწვეული უარყოფითი შედეგების შესახებ
- VI. სანდო მონიტორინგი მედიკამენტებზე და საჭიროების შემთხვევაში წამლის ამოღება სავაჭრო ქსელიდან.

## 7. დანართი 1:

### ABC vs კარტელი

კომპანია ABC ფარმაცია [www.abc-pharm.com](http://www.abc-pharm.com) 1999 წელს შეიქმნა და თავდაპირველად მისი საქმიანობა თბილისში ონკოლოგიური პრეპარატების დისტრიბუციით შემოიფარგლებოდა. თანდათანობით კომპანიის ბრუნვა და ასორტიმენტი იზრდებოდა და ფართოვდებოდა მისი გეოგრაფია. 2004 წელს კომპანია სამკურნალო პრეპარატების იმპორტის სიდიდით საქართველოში მე-4 ადგილს იკავებდა.

2005 წელს ABC-მ გახსნა RX (რეცეპტით გამოწერილი) წამლების საცალო აფთიაქები სხვადასხვა საავადმყოფოებში, ასევე RX-სა და არარეცეპტული წამლებით მოვაჭრე საცალო აფთიაქები ზოგიერთ მსხვილ სუპერმარკეტში. ABC ქსელის გაფართოების საპასუხოდ კარტელმა თანდათან დაიწყო წამლის მიწოდების შეზღუდვა, თუმცა, ABC ასორტიმენტს სხვა საბითუმო ბაზებიდან ავსებდა და იმპორტსაც ახორციელებდა.

2008 წლის რუსეთთან საომარი მოქმედების და გლობალური კრიზისის ფონზე, საქართველოში მოხმარებული საქონლის მოცულობა მკვეთრად შემცირდა. ეს გარემოება ABC-ს საქმიანობაზე და გაყიდვებზე ნეგატიურად აისახა, განსაკუთრებით შემცირდა სუპერმარკეტებში განლაგებული აფთიაქების ბრუნვა.

2009 წელს გაყიდვების კლების ფონზე ABC-მ ახალი პროექტი დაიწყო და საცალო ობიექტი "ფარმადეპო" გახსნა თბილისის სანაპიროზე, საავტომობილო ტრასაზე და ტრანსპორტის აქტიური მოძრაობის ადგილებში. "ფარმადეპო"-ში მედიკამენტებზე 20 %-ანი ფასდაკლება გამოცხადდა. ზემოაღნიშნული ფაქტის გამო ამ აფთიაქმა მოსახლეობაში დიდი პოპულარობა მოიპოვა.

"ფარმადეპოს გახსნის" შემდეგ კსპ-მ გახსნა ორი საცალო ობიექტი "ფარმაცენტრი", სადაც პრეპარატები იყიდებოდა 22 %-ანი ფასდაკლებით. შეიძლება ითქვას, რომ "კარტელის გარეთ" არსებული აფთიაქი "ფარმადეპო" ფასთა ლიდერი გახდა. მან თვითონ დაწია ფასები, ხოლო შემდეგ კი კარტელის წევრები იძულებულნი გახდნენ ანალოგიურად მოქცეულიყვნენ. ეს ტენდენცია წვრილ აფთიაქებზეც გავრცელდა და შედეგად 2010 წლის პირველ ნახევარში ჯერ თბილისში, ხოლო შემდეგ კი საქართველოს სხვა ქალაქებშიც მედიკამენტების ფასი შეამცირდა 20-დან-22 პროცენტამდე. ზოგიერთ შემთხვევაში კი ეს შემცირება 25 პროცენტსაც შეადგენდა.

## 8. ლიტერატურა:

1. *Health Insurance Systems and Access to Medicines - Case Studies from: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala and the United States of America*, WHO, Washington D.C. 2002
2. *Generic Drug Merger Enforcement: A Guide for Antitrust Practitioners* Bernstein, Steven K., White, Jeff L. (October 2005, *Antitrust Health Care Chronicle*)
3. *How to develop and implement a national drug policy*. WHO. Second Edition. P.65
4. *Pharmaceutical Pricing Policy in Global Market*. OECD Health Policy Studies
5. *ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მონაცემები* [www.moh.gov.ge](http://www.moh.gov.ge)
6. *Business Credit – Исследования фармацевтических рынков* [www.ksk-market.com.ua](http://www.ksk-market.com.ua)  
დამოუკიდებელ ავთიაქთა ასოციაციის , GPC, ABC-Pharmacia, Euro drug-ის, ახალგაზრდა ბიზნესმენტა და ფინანსისტთა ასოციაციის წარმომადგენლების შეფასებები .