

რეცეპტის ინსტიტუტის ამოქმედება საქართველოში

რუსუდან ესაკია, თენგიზ ვერულავა

აბსტრაქტი

შესავალი: რეცეპტის ინსტიტუტის დამკვიდრებასთან დაკავშირებით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2014 წლის 1 თებერვლიდან 1 სექტემბრამდე განახორციელა ეტაპობრივი ცვლილებები, რომლის თანახმად მე-2 ჯგუფის ფარმაცევტული პროდუქტები დაექვემდებარა ფორმა N 3 რეცეპტის საფუძველზე გაცემას. კვლევის მიზანია რეფორმის გატარებიდან 10 თვის შემდეგ არსებული ვითარების ანალიზი, რეცეპტის ინსტიტუტის დადებითი და უარყოფითი მხარეების გამოვლენა, რეფორმის გავლენა მედიკამენტების ხელმისაწვდომობაზე. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში გამოიკითხნენ სამედიცინო დაწესებულების ექიმები, ფარმაცევტები. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ჩაღრმავებული ინტერვიუები ჯანდაცვის ექსპერტებთან. **კვლევის შედეგები/ინტერპრეტაცია:** გამოკითხული ექიმებისა და ფარმაცევტების უმრავლესობა დადებითად აფასებს განხორციელებულ რეფორმას. მათი აზრით, ფარმაცოთერაპიაში ექიმის როლი გაძლიერდა და ფარმაცევტის კომპეტენცია შესაბამის ჩარჩოებში მოექცა, მედიკოსის მიერ რეცეპტის გამოწერის და ფარმაცევტის მიერ რეცეპტით მედიკამენტის გაცემის უნარ-ჩვევები თანდათან დამკვიდრდა. ამავდროულად თვალსაჩინოა სისტემური შეცდომები და ტექნიკური ხარვეზები, რომლებიც თან ახლავს რეფორმას. ფარმაცევტების მიერ ურეცეპტოდ მეორე ჯგუფის მედიკამენტების გაცემა აქტუალურია, „სააფთიაქო“ ექიმის ე.წ. სამედიცინო საქმიანობა ბუნდოვანია. ქრონიკული პაციენტებისთვის მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა გართულებულია. მე-2 და მე-3 ჯგუფის მედიკამენტების ამჟამინდელი კლასიფიკაცია ხარვეზების შემცველია. **დასკვნა/ რეკომენდაციები:** რეცეპტების ინსტიტუტის აღდგენა-დამკვიდრება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ წინგადადგმული ნაბიჯია. თუმცა გამოვლენილი სუსტი მხარეები რეცეპტების ინსტიტუტის დანერგვისთვის

დამაბრკოლებელი ფაქტორია. მიზანშეწონილია რეფორმის ადმინისტრირების სრულყოფა, ფარმაცევტული პროდუქტების კლასიფიკაციის რევიზია და პერიოდულად რაციონალური ცვლილებების განხორციელება, ელექტრონული რეცეპტების სისტემის დანერგვა.

The enactment of the prescription in Georgia

Abstract

Background: Ministry of Labour, Health and Social Affairs realized reform from 1th february till 1th september in 2014 for prescription system implementation. According to these changes pharmaceutical products of second group became the prescription medicines. In Georgia, access to and supply Rx medicines is governed by a regulatory framework. Second group drugs are only available to the public when prescribed by doctors on new prescription form N 3. The aim of research is to reveal and evaluate positive and negative sides of new prescription system; to study its influence on achievement process to drugs. **Methodology:** it was used qualitative and quantitative research methods. The special questionnaire was designed for each aimed group: for doctors and for pharmacists. The questionnaires consist of open and closed questions. It was used research in more depth by interviewing with health policy experts. **Research results/Interpretation:** most of respondents have positive reaction to this reform. There is a decreasing ease of public access to medication and an equivalent increase in professional control by doctors. The prescription skills are implemented step by step. These reform is accompanied with some mistakes and technical failures: the pharmacists sell Rx drugs without a prescription; the chronic patient's achievement to drugs is more difficult; the exist classification of pharmaceutical products need some changes: Rx to OTC and OTC to Rx switches; the achievement to the prescription form N 3 is limited for doctors employed in village outpatient clinics. **Conclusion/ recommendations:** the prescription system implementation is a step forward in terms of the protection of our citizens. But exist system needs improvement. The reform must be administered hardly; it is actually periodic safety update reports of classification; health policy makers must improve achievement to prescription forms; It is recommended to implement electronic prescription system.

შესავალი

რეცეპტი არის ფარმაცევტისადმი ექიმის წერილობითი მიმართვა ფარმაცევტული პროდუქტის მომზადების, გაცემისა და მოხმარების წესების შესახებ.¹ საქართველოში 2014 წლის თებერვლის თვემდე მედიკამენტების რეცეპტზე გამოწერის კონკრეტული პოლიტიკა პრაქტიკაში არ არსებობდა. 20 წელზე მეტია, რაც ქვეყანაში რეცეპტის ინსტიტუტის მოქმედებამ შეწყვიტა ფუნქციონირება. შესაბამისად, ქართულ ფარმაცევტულ ბაზარზე მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა შეზღუდული არ იყო. ნებისმიერი წამლის შექმნა (ნარკოტიკების, ანტიდოტების, ფსიქოტროპული მედიკამენტების გარდა), რეცეპტის გარეშე შეიძლებოდა. სამედიცინო მომსახურების საჭიროების შემთხვევაში პაციენტები თავს არიდებდნენ ექიმთან კონსულტაციას, მიმართავდნენ პირდაპირ აფთიაქს და თავიანთი სურვილით ან ფარმაცევტის რჩევით ყიდულობდნენ მედიკამენტს. აღნიშნული მდგომარეობა კიდევ უფრო ართულებდა პაციენტის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს. აფთიაქებში თვითმკურნალობის მიზნით შექმნილ ზოგიერთ სამკურნალო საშუალებას გააჩნია მაღალი რისკი მოსალოდნელ სარგებელთან შედარებით. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემების მიხედვით, მედიკამენტების შეუზღუდავი ფიზიკური ხელმისაწვდომობა, მედიკამენტების გადაჭარბებული დოზირების, თვითმკურნალობის არასათანადო დონის დადოზირების რეჟიმის შეუსრულებლობის ძირითადი მიზეზებია². ეს იწვევს მოსახლეობაში ანტიმიკრობული საშუალებების მიმართ რეზისტენტობის განვითარებას, მედიკამენტების მიღებით განპირობებულ გვერდით ეფექტებს, რესურსების არასათანადო ხარჯვას.

დადგენილია, რომ ჯანდაცვის ხარჯების უდიდეს ნაწილს შეადგენს მედიკამენტებზე დანახარჯები, რაც წლიდან წლამდე განუხრელად იზრდება³.

სამკურნალო საშუალებებზე დანახარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების თითქმის ნახევარს შეადგენს და ამით საქართველოს პირველი ადგილი

¹საქართველოს კანონი წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ, გვ.2

²საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში.თბილისი. 2013. გვ. 62

³იქვე. გვ. 62.

უკავია ევროპის რეგიონის ქვეყნებში, სადაც ეს მაჩვენებელი საშუალოდ 16-17%-ის ფარგლებში მერყეობს. მედიკამენტებზე დანახარჯების მაღალი წილის გამო ქვეყანაში დაბალია სამკურნალო და სარეაბილიტაციო მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების წილიც ევროპის სხვა ქვეყნებთან შედარებით.

მედიკამენტებზე მაღალი დანახარჯი ძირითადად არარაციონალური ფარმაცოთერაპიის, გენერიკული მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენების/დანიშვნის, რეცეპტურის მექანიზმების ნაკლოვანების/არასაკმარისი გამოყენების, პაციენტთა თვითმკურნალობის, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მედიკამენტების არასაკმარისი ლიმიტის, ფარმაცევტული ინდუსტრიის მხრიდან აგრესიული მარკეტინგის შედეგია¹.

ჯანდაცვის ყოფილი მინისტრი სანდრო ურუშაძე აღნიშნავს, რომ არარაციონალური ფარმაცოთერაპიის მთავარი მამოძრავებელი ძალა არა თვითმკურნალობაა, არამედ ფარმაცევტული პროდუქტების ფასებზე კარტელური გარიგებები, ფარმაცევტული კომპანიების გავლენა სამედიცინო პერსონალზე და პოლიპრაგმაზია².

საქართველოში მედიკამენტების ურეცეპტოდ გაცემის შეზღუდვის მიზანია სწორი მკურნალობა, წამალზე დანახარჯების წილისა და თვითმკურნალობით მიღებული ზიანის შემცირება³.

აფთიაქებში 2014 წლის 1 თებერვლამდე შეუზღუდავად, ყოველგვარი ოფიციალური რეცეპტის გარეშე იყიდებოდა მე-2 ჯგუფის მედიკამენტები, რომლებიც მიეკუთვნებიან რეცეპტით გასაცემ სამკურნალწამლო საშუალებას.

2014 წლის 1 თებერვლიდან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ დაიწყო რეცეპტის ინსტიტუტის ეტაპობრივი დანერგვა. ზემოთაღნიშნული სამინისტროს მიერ მომზადდა სარეკომენდაციო

¹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფეტურობის შეფასების ანგარიში.თბილისი. 2013. გვ. 62

² ურუშაძე სანდრო „ისევ რეცეპტზე და ძველ ნაცნობ მაშკევიჩზე“, ივერია. 12.10.2014

³ კახიშვილი ნინო „წამლები, რომლებიც მხოლოდ რეცეპტით გაიყიდება“, ნეტგაზეთი. 29.10.2013 <http://www.netgazeti.ge/GE/105/Life/24977/>

დუკუმენტი სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებებისთვის, ანატომიურ-თერაპიულ-ქიმიური (ATC) კოდების მიხედვით განისაზღვრა II ჯგუფის ფარმაცევტული პროდუქტის აფთიაქიდან ფორმაN3 რეცეპტით გაცემის ეტაპები, რამაც ხელი შეუწყო 2014 წლის 1 თებერვლიდან 1 სექტემბრამდე ფორმაN3 რეცეპტის ინსტიტუტის ეტაპობრივ დანერგვას. ეტაპობრივი გადასვლის ძირითადი კომპონენტი გახლდათ ფარმაცევტული პროდუქტის რეკლასიფიკაცია.¹

რეცეპტის ინსტიტუტის ამოქმედება აქტუალურია იმ ფონზე, როდესაც ხელმოწერილია ევროკავშირთან ასოცირების შესახებ შეთანხმება. საქართველოს მიერ შეთანხმებით ნაკისრი ვალდებულებების შესრულება აუცილებელია ჩვენი ქვეყნისა და ევროკავშირის კანონმდებლობების ჰარმონიზაციისთვის².

სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტის უფროსის მოადგილის, დავით მაჭარაშვილის ინფორმაციით, მეორე ჯგუფის მედიკამენტებზე რეცეპტის სისტემის შემოღება მოსახლეობას თვითმკურნალობით გამოწვეული უარყოფითი შედეგებისგან დაიცავს³.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ განსაზღვრა ძირითადი მოთხოვნები რეცეპტის დანერგვის მიმართ, კერძოდ: რეცეპტის შემოღებამ უნდა უზრუნველყოს მედიკამენტების რაციონალური გამოყენება; ხელი უნდა შეუწყოს პაციენტის თვითმკურნალობით გამოწვეული რისკების შემცირებას; რეცეპტი უნდა იყოს ხელმისაწვდომი მოსახლეობისათვის; რეცეპტის შემოღებამ არ უნდა გამოიწვიოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუარესება პაციენტისათვის; არ უნდა გამოიწვიოს სამედიცინო მომსახურების ან/და მედიკამენტების გაძვირება;⁴ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ რეფორმის გატარებამდე დააანონსა ფორმა N3 რეცეპტის ამოქმედებასთან

¹სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო: რეცეპტის ინსტიტუტის ეტაპობრივი დანერგვა (პრესრელიზი)

²კოკიაშვილი ილონა: „ფარმაცევტული კომპანიების ასოციაცია ახალი რეგულაციების შემოღებას ითხოვს“.ინტერპრესნიუსი, 23.10. 2014

³ http://psnews.ge/index.php?m=149&jur_id=239

⁴საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: ფორმა N 3 რეცეპტის იმპლემენტაცია

დაკავშირებული რისკები, კერძოდ ექიმების მიერ რეცეპტის გამოწერის, ხოლო ფარმაცევტების მიერ ფარმაცევტული პროდუქტის რეცეპტით გაცემის უნარ-ჩვევების ნაკლებობა; სამედიცინო და ფარმაცევტულ დაწესებულებებში რიგების გაჩენა; ხარვეზები გარდამავალ ეტაპზე, რაც მოსახლეობის უკმაყოფილებას გამოიწვევდა; ახალი რეგულაციები, როგორც სამედიცინო მომსახურებისა და მედიკამენტების გაძვირების საბაზი.¹

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 18 ივლისის ბრძანება N01-53/ნ-ის თანახმად, დამტკიცდა მეორე ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის (სამკურნალო საშუალების) რეცეპტის გამოწერის წესი და ფორმა N3-რეცეპტის ბლანკის ფორმა; ზემოთხსენებულ ბრძანებაში 2014 წლის 3 სექტემბერს და 21 ოქტომბერს შევიდა ცვლილებები, რომლის შედეგად დადგინდა შემდეგი: ფარმაცევტულ პროდუქტს ნიშნავს და რეცეპტზე გამოწერს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი - სერტიფიცირებული ექიმი-სპეციალისტი; დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განხორციელებისას, მიუხედავად საექიმო საქმიანობის განხორციელების ადგილისა, ექიმი ვალდებულია, გამოწეროს რეცეპტი პაციენტისთვის მიცემული დანიშნულების შესაბამისად; რეცეპტის ბლანკი დანომრილია და შედგება სამი (A, B და C) განყოფილებისაგან; რეცეპტის A განყოფილება წარმოადგენს რეცეპტის ძირითად ნაწილს, რომელსაც ავსებს ექიმი; რეცეპტის A განყოფილებაში სავალდებულოა შეივსოს:

- ა) სამედიცინო დაწესებულების დასახელება (ასეთის არსებობის შემთხვევაში);
- ბ) რეცეპტის გამომწერი ექიმის სახელი, გვარი;
- გ) პაციენტის სახელი, გვარი, ასაკი;
- დ) რეცეპტის გამოწერის თარიღი
- ე) გამოწერილი ფარმაცევტული პროდუქტის დასახელება, ფორმა, დოზა, რაოდენობა და მიღების წესი;
- ვ) რეცეპტის მოქმედების ვადა;

¹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: ფორმა N 3 რეცეპტის იმპლემენტაცია.

რეცეპტის A განყოფილება მოწმდება გამომწერი ექიმის ხელმოწერითა და პირადი ბეჭდით ან გამომწერი ექიმის ხელმოწერითა და სამედიცინო დაწესებულების ბეჭდით (შტამპით);

რეცეპტში დამატებით შესაძლებელია მიეთითოს რეცეპტის გამომწერი ექიმის და პაციენტის პირადი ნომრები (პ/ნ), ასევე, რეცეპტის გამომწერი ექიმის და/ან სამედიცინო დაწესებულების საკონტაქტო ინფორმაცია (ტელეფონი და/ან მისამართი);

რეცეპტში, როგორც ფარმაცევტული პროდუქტის სახელწოდება, ისე ყველა სხვა პუნქტი, უნდა შეივსოს გარკვევით;

რეცეპტზე ფარმაცევტული პროდუქტი გამოიწერება გენერიკული დასახელებით (საჭიროების შემთხვევაში, შესაძლებელია, დამატებით მიეთითოს სავაჭრო დასახელებაც). არაგენერიკული და კომბინირებული ფარმაცევტული პროდუქტი გამოიწერება სავაჭრო დასახელებით¹.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია მუდმივად რეკომენდაციებს აძლევს ჩვენი ტიპის ქვეყნებს, მოახდინონ წამლების გენერიკული და არა სავაჭრო დასახელებით გამოწერა. სამკურნალო საშუალებების გენერიკული დასახელებით გამოწერა არის ჯანდაცვის სერვისებში ხარჯების შეკავებისთვის მსოფლიოს გამოცდილება².

რეცეპტში ფარმაცევტული პროდუქტის დასახელება (მათ შორის, ოფიცინალური ან მაგისტრალური რეცეპტით დასამზადებელი პრეპერატის შემადგენლობა), ფორმა და დოზა იწერება სახელმწიფო ან ლათინურ ენაზე. ფარმაცევტული პროდუქტის მიღების წესი, რომელშიც მითითებულია ფარმაცევტული პროდუქტის მიღების სიხშირე და ხანგრძლივობა, შეყვანის გზები და პაციენტისთვის საჭირო სხვა ინფორმაცია, იწერება სახელმწიფო ენაზე.

რეცეპტის მოქმედების ვადას, დიაგნოზისა და მკურნალობის კურსის ხანგრძლივობის შესაბამისად, ადგენს ექიმი.

¹საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 18 ივლისის ბრძანება N 01-53/ნ. მეორე ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის (სამკურნალო საშუალების) რეცეპტის გამოწერის წესი და ფორმა N 3-რეცეპტის ბლანკის ფორმის დამტკიცების შესახებ. <http://rama.moh.gov.ge/uploads/files/595553.pdf>

² ტურძილაძე თინა: „ანუ ექიმები მიხედავენ ჩვენს საფულეს?!“ ნეტგაზეთი. 10.11.2010

ქრონიკული ან ხანგრძლივად მიმდინარე დაავადებების, ასევე კონტრაცეფციის ორალური საშუალებების შემთხვევაში გამოწერილი რეცეპტის ვადა განისაზღვრება არაუმეტეს ერთი წლით.

ერთ რეცეპტზე გამოიწერება ერთი ფარმაცევტული პროდუქტი.

ნებადართულია რეცეპტის მრავალჯერადად გამოყენება, რეცეპტის მოქმედების ვადისა და ფარმაცევტული პროდუქტის გამოწერილი რაოდენობის ამოწურვამდე: B და C განყოფილება ექვსნაწილიანია; ექიმის მიერ გამოწერილი რაოდენობა პაციენტმა შესაძლებელია შეიძინოს 6-ჯერადად აფთიაქებში ვიზიტის ფარგლებში.¹

რეცეპტის B და C განყოფილება ივსება აფთიაქში რეალიზაციაზე უფლებამოსილი პირის მიერ.

რეცეპტის B განყოფილების თითოეული ნაწილი უნდა დამოწმდეს ამ დაწესებულების ან „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული ფარმაცევტული განათლების მქონე პერსონალის ან დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის სუბიექტის - ფიზიკური პირის ბეჭდით.

რეცეპტის C განყოფილებაში ფარმაცევტული პროდუქტის დასახელება მიეთითება სავაჭრო დასახელებით.

აფთიაქში რეცეპტის წარდგენისას და რეცეპტზე გამოწერილი ფარმაცევტული პროდუქტის არასრულად შეძენისას, C განყოფილებაში შევსებულ უჯრას იტოვებს აფთიაქი, ხოლო B განყოფილება რჩება რეცეპტის ძირითად A ნაწილთან ერთად.

რეცეპტის ვადის ამოწურვის, ან გამოწერილი ფარმაცევტული პროდუქტის სრულად გაცემის შემთხვევაში, რეცეპტი რჩება აფთიაქში.

აფთიაქის პასუხისმგებელი პირი ვალდებულია, ფარმაცევტული პროდუქტის გაცემისას C განყოფილების შევსებული ვერსია და/ან რეცეპტი შეინახოს ფარმაცევტული პროდუქტის გაცემიდან 6 თვის განმავლობაში².

¹მოსია თეა „იქნებ ახლაც არ წვიმს ისე, როგორც ქუხს. რეცეპტების ინსტიტუტის ამოქმედება პრობლემებს არ შექმნის“. საქართველოს რესპუბლიკა. 15.08.2014

²საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 18 ივლისის ბრძანება N01-53/ნ. მეორე ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის (სამკურნალო

N3 რეცეპტის ბლანკები ხელმისაწვდომია ელექტრონული პროგრამის მეშვეობით. ბლანკების ამობეჭდვა შესაძლებელია რეცეპტების სისტემაში დარეგისტრირებული თითოეული მომხმარებლისთვის, მხოლოდ ცენტრალიზებულად. რეცეპტის ბლანკს ენიჭება უნიკალური ნომერი და სერია.

N3 რეცეპტის ბლანკების შესახებ ჯანდაცვის სამინისტრომ დააანონსა მისი დადებითი და სუსტი მხარეები, კერძოდ ამ ბლანკების უპირატესობა მდგომარეობს შემდეგში: იძლევა წამლის გამოწერისა და გაცემის პროცესის ეფექტური მონიტორინგისა და საჭიროების შემთხვევაში, ანალიზის გაკეთების შესაძლებლობას; უფრო მეტად არის დაცული გაყალბებისგან; ხარჯთეფექტურია; სუსტ მხარედ განიხილება წამლის არასრულად გაცემის შემთხვევაში რეცეპტის მოსახვეი ნაწილის ლიმიტირებული რაოდენობა.¹ ინფორმაცია რეცეპტების ბეჭდვისა და სისტემაში დარეგისტრირების შესახებ განთავსებულია სამინისტროს ვებ-გვერდზე www.moh.gov.ge. რეცეპტის ბეჭდვის ელექტრონული სისტემა ფუნქციონირებს რეალურ რეჟიმში. ბლანკის სასურველი რაოდენობით ამობეჭდვა შესაბამისი ლიცენზიის მქონე ნებისმიერ პირს შეუზღუდავად, დღე-ღამის ნებისმიერ პერიოდში შეუძლია. ექიმების ბლანკებით უზრუნველყოფის პრინციპი ინდივიდუალურია.

რეცეპტების ინსტიტუტის ამოქმედების შემდეგ ცალკეულ აფთიაქებში სახელდახელოდ ექიმის კაბინეტები გაიხსნა. ჯანდაცვის მინისტრის დავით სერგენკოს აზრით, ეს დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც დაცულია ძირითადი სანებართვო პირობები და ექიმი დაკავებულია არა მხოლოდ რეცეპტების გამოწერით, არამედ ექიმი განახორციელებს კანონმდებლობით დადგენილი სტანდარტებით საექიმო საქმიანობას.

ჯანდაცვის ყოფილმა მინისტრმა ზურაბ ჭიაბერაშვილმა 2014 წლის 9 სექტემბერს განაცხადა, რომ სააფთიაქო ექიმის გამოჩენამ რეცეპტების ინსტიტუტის რეფორმა

საშუალებების) რეცეპტის გამოწერის წესი და ფორმა N3-რეცეპტის ბლანკის ფორმის დამტკიცების შესახებ. <http://rama.moh.gov.ge/uploads/files/595553.pdf>

¹საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: ფორმა N 3 რეცეპტის იმპლემენტაცია

თავდაყირა დააყენა. „ფარმაცევტული კომპანიის დაქირავებული ექიმები რეცეპტს იქვე, სააფთიაქო დახლის გვერდზე წერენ“¹.

„ავერსის“ სააფთიაქო ქსელის ხელმძღვანელი - გია ჩიგოგიძე აცხადებს, რომ აფთიაქებთან ახლოს ექიმის კაბინეტები კანონის სრული დაცვით გაიხსნა. ექიმის მომსახურება უფასოა. კაბინეტების შექმნასთან დაკავშირებული ხარჯი მედიკამენტის ფასში არ ასახულა; ეს სერვისი შეიქმნა „ავერსის“ მუდმივი, ერთგული მომხმარებლისთვის, მათ შორის მოხუცებულისთვის, რომლებმაც უჭირთ გადაადგილება, ასევე ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებისთვის, რომლებიც ერთსა და იმავე წამალს სვამენ, წამლის ამოწურვის შემთხვევაში მყისიერად ვერ ახერხებენ ექიმთან ვიზიტს.² „ავერსის ზოგიერთ აფთიაქში გვყავს ექიმი, რომელიც ცალკე ოთახში ზის. თუ პირველადი გამოკითხვით დიაგნოზი დაისვა, ექიმი გამოწერს მედიკამენტს; თუ ამისთვის სხვა ინსტრუმენტების გამოყენებაა აუცილებელი, მაშინ უშვებს სპეციალისტთან,“ - ამბობს ნეტგაზეთთან საუბარში ლალი ბრეგვაძე, „ავერსის“ საზოგადოებასთან ურთიერთობის დეპარტამენტის უფროსი³.

ჯანდაცვის ყოფილი მინისტრი სანდრო ურუშაძე აღნიშნავს, რომ ე.წ. „სააფთიაქო ექიმების“ მთავარი ფუნქცია არა დიაგნოსტიკა და დანიშნულების მიცემაა, არამედ კონკრეტული აფთიაქის მიერ რეალიზებულ წამლებზე რეცეპტის გამოწერა⁴.

ჯიპისის სააფთიაქო ქსელს აქვს პროექტი „ექსპრეს კლინიკა“, რომლის სლოგანია: გაიმარტივე ჯანმრთელობაზე ზრუნვა! კლინიკის ვებ-გვერდზე განთავსებულია შემდეგი შინაარსის ინფორმაცია: ექსპრეს კლინიკა ხსნის სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებულ სხვადასხვა ბარიერს, ზოგავს პაციენტის დროს, თანხას, ენერგიას; სამედიცინო მომსახურების სახეებია: ოჯახის ექიმის კონსულტაცია, ელექტროკარდიოგრაფია, ექოსკოპიური გამოკვლევები, ლაბორატორიული კვლევები, მანიპულაციები ადგილზე, ყველა სახის ვაქცინაცია, პაციენტის გადამისამართება

¹მაჭავარიანი ქეთი: სერგენჯოს პასუხი „სააფთიაქო ექიმებისა და წამლების „შავი ბაზრის“ გამო კრიტიკაზე,ნეტგაზეთი. 09.09. 2014

²იქვე

³კახიშვილი ნინო: ურეცეპტო წამლების ცვალებადი ნუსხა. ნეტგაზეთი. 08.10.2014

⁴ურუშაძე სანდრო „ისევ რეცეპტზე და ძველ ნაცნობ მამკვეთზე“.ივერია. 12.10. 2014

საჭიროების შემთხვევაში¹. ჯიპისის სააფთიაქო ქსელს აქვს 6 ექსპრეს კლინიკა: 3 - თბილისში, 1 - გორში, 1 - ხაშურში, 1 - ფოთში; ჯიპისის სააფთიაქო ქსელში პირველადი ჯანდაცვის კაბინეტები ანუ ექსპრეს კლინიკები 2010 წელს გაიხსნა² ანუ რეცეპტების ინსტიტუტის ამოქმედებამდე რამდენიმე წლით ადრე.

როგორც ავლნიშნეთ, II ჯგუფის ფარმაცევტული პროდუქტების ნუსხა ანატომიურ-თერაპიულ-ქიმიური (ATC) კოდების მიხედვით განისაზღვრა. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს სამედიცინო რეგულირების სააგენტოს ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტის რეგისტრაციის სამმართველოს უფროსი - ნაილი შენგელიძე აღნიშნავს, რომ ფარმაცევტული პროდუქტები კლასიფიცირდება სხვადასხვა საფუძვლებით სხვადასხვა ქვეყანაში. ძირითადი პრინციპი არის სარგებელი/რისკის გათვალისწინება. რეცეპტის სისტემა მოქმედებს მთელ მსოფლიოში. ამას ადასტურებს ძალიან ბევრი საზღვარგარეთ წარმოებული მედიკამენტის ინსტრუქცია, სადაც მწარმოებელი თვითონ მიუთითებს ეს პრეპარატი ურეცეპტოდ გაიცეს თუ რეცეპტით³.

საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად, ფარმაცევტული პროდუქტი რეკლამისა და საცალო რეალიზაციის მიზნით იყოფა სამ ჯგუფად⁴: პირველ ჯგუფს განეკუთვნება სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ფარმაცევტული პროდუქტი; მეორე ჯგუფს განეკუთვნება ისეთი ფარმაცევტული პროდუქტი, რომლის არასათანადო გამოყენებამ შეიძლება მნიშვნელოვანი ზიანი მიაყენოს ადამიანის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეს ან/და რომლის მიღებაც არ არის შესაძლებელი მხოლოდ ინსტრუქციის შესაბამისად, ექიმის დანიშნულების გარეშე; ხოლო მესამე ჯგუფს განეკუთვნება ფარმაცევტული პროდუქტი, რომლის მიღებაც ინსტრუქციის შესაბამისად შესაძლებელია ექიმის დანიშნულების გარეშე.⁵

მეორე ჯგუფს მიკუთვნებული, ფორმა N3 რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტების ნუსხის განსაზღვრა დინამიური პროცესია მთელს მსოფლიოში და დროის მიხედვით

¹ჯიპისი - ექსპრეს კლინიკა <http://gpc.ge/?menuid=35&lang=1>

²იქვე.

³<http://www.ambebi.ge>: რა პროცედურების გავლით მიიღებთ წამალს ახალი რეგულაციების შემდეგ - ჯანდაცვის სამინისტრო საზოგადოების კრიტიკულ კითხვებს პასუხობს

⁴ურუშაძე სანდრო „ისევ რეცეპტზე და ძველ ნაცნობ მაშკვიჩზე“, ივერია.12.10.2014

⁵იქვე

იცვლება მიდგომა ამა თუ იმ მედიკამენტის მიმართ. განვითარებულ ქვეყნებში მედიკამენტის ერთი ჯგუფიდან მეორეში გადასვლას სპეციალური წესები არეგულირებს. რეცეპტით გასაცემი პრეპარატის თავისუფალ გაყიდვაში გადასვლას კი განაპირობებს პრეპარატის, როგორც ფარმაკოლოგიური, ასევე ფინანსური (ბიუჯეტის შესაძლო დანაზოგები) და სოციალური ასპექტები. ისიც აღსანიშნავია, რომ ერთი და იგივე პრეპარატი შესაძლოა ევროპის ერთ ქვეყანაში რეცეპტით გაიცემოდეს და მეორეში თავისუფალ გაყიდვაში იყოს. როგორც წესი, რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტის ღირებულებას მთლიანად, ან ნაწილობრივ სადაზღვევო ფონდები ანაზღაურებენ, მაშინ როცა თავისუფალ გაყიდვაში მყოფი მედიკამენტის საფასურის გადახდა უმეტეს შემთხვევაში თავად მყიდველს უწევს.¹

საქართველოში II ჯგუფს მიკუთვნებული, რეცეპტით გასაცემი ფარმაცევტული პროდუქტის ნუსხის შედგენისას გათვალისწინებული იქნა შემდეგი კრიტერიუმები:²

ა) ფარმაცევტული პროდუქტი რეკომენდებულია მძიმე დაავადების სამკურნალოდ ან პროფილაქტიკისათვის, რომლის დიაგნოსტიკა და მედიკამენტური მკურნალობა საჭიროებს პრაქტიკოსი ექიმის ინდივიდუალურ მითითებებსა და ზედამხედველობას, დამხმარე თერაპიის ჩატარებას ან რუტინულ ლაბორატორიულ მონიტორინგს;

ბ) პრეპარატის თერაპიულ და ტოქსიკურ დოზებს შორის ზღვარი ვიწროა, განსაკუთრებით ხანდაზმულებში, ბავშვებსა და ფეხმძიმე ან მეძუძურ დედებში;

გ) ნორმალურ თერაპიულ დოზებში პრეპარატს ახასიათებს პოტენციური ან ცნობილი მძიმე გვერდითი მოვლენები;

დ) ექსპერიმენტული მონაცემების თანახმად, მედიკამენტი ავლენს ტოქსიკურობას ცხოველებში, ხოლო ადამიანებში გამოყენების ხანმოკლე კლინიკური პრაქტიკის გამო შეუძლებელია განისაზღვროს ტოქსიკური ეფექტი ან მისი სიხშირე გრძელვადიან პერსპექტივაში;

¹ურუშაძე სანდრო „ისევ რეცეპტზე და ძველ ნაცნობ მაშკევიჩზე“, ივერია.12.10.2014.

² საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: რეკლასიფიკაციის საფუძვლები

ე) არასწორად შერჩეული პრეპარატის გამოყენებამ შესაძლოა შენიღბოს სხვა დაავადება;

ვ) მედიკამენტის არასწორად შერჩევა ხელს უწყობს მიკროორგანიზმების რეზისტენტული შტამების განვითარებას;

ზ) ფარმაცევტულ პროდუქტს გააჩნია ბოროტად გამოყენების/ მიჩვევის პოტენციალი, რომელიც სავარაუდოდ ხელს შეუწყობს არამიზნობრივ, ზიანისმომტან არასამედიცინო გამოყენებას;

თ) არასწორი გამოყენების შემთხვევაში სამკურნალო საშუალებას გააჩნია მაღალი რისკი მოსალოდნელ სარგებელთან შედარებით;

ი) პრეპარატის თერაპიული ეფექტურობა დაფუძნებულია ახლადდამოჩენილ ფარმაკოლოგიურ კონცეფციაზე, რომლის შედეგები დადგენილი არ არის.

III ჯგუფს მიკუთვნებული, ურეცეპტოდ გასაცემი ფარმაცევტული პროდუქტის ნუსხის შედგენისას გათვალისწინებული იქნა შემდეგი კრიტერიუმები¹:

ა) პრეპარატის თერაპიული სიგანე (ინტერვალი პრეპარატის თერაპიულ და ტოქსიკურ დოზას შორის);

ბ) დადგენილი თერაპიული დოზების საზღვრებში პრეპარატის პოტენციურად ნაკლებად მძიმე, ცნობილი გვერდითი მოვლენები;

გ) შესაძლებელია თუ არა დაავადების მართვა გაუმჯობესდეს მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის გაზრდით (ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტთა ჯგუფში გადაყვანის გზით);

დ) მედიკამენტის ექიმის დანიშნულების გარეშე გამოყენებისას ნაკლებად სავარაუდო სერიოზული გვერდითი მოვლენების ან გართულებების განვითარების ნაკლები შესაძლებლობა;

ე) მედიკამენტის ჭარბი დოზირებისას სიცოცხლისათვის საშიში რეაქციების განვითარების ნაკლები შესაძლებლობა;

¹საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: რეკლასიფიკაციის საფუძვლები

ვ) პრეპარატის გამოყენების ჩვენება შედარებით ნაკლებად მძიმე დაავადების ან მდგომარეობის პრევენციისა და მკურნალობისთვის;

ზ) საერთაშორისო გამოცდილება (ევროკავშირში შემავალი ქვეყნები, აშშ, კანადა, ავსტრალია, ახალი ზელანდია, იაპონია, სამხრეთ კორეა);

თ) გვერდითი ეფექტების საერთაშორისო მონიტორინგის ცენტრის ინფორმაციები პრეპარატების მიერ გამოვლენილი სხვადასხვა სიმძიმის გვერდითი მოვლენების სიხშირის შესახებ;

ი) ამავე ქვეყნების გამოცდილება OTC ნუსხაში შემავალი პრეპარატების შესახებ;

კ) პრეპარატების ფარმაცევტული ფორმულაციები (პერორული, გარეგანი, ტოპიკური);

ლ) პრეპარატის სხვადასხვა პრეპარატებთან ურთიერთქმედების ნაკლები შესაძლებლობა (ფარმაკოდინამიკური ან ფარმაკოკინეტიკური);

მ) პრეპარატის დადგენილი ჩვენებით გამოყენებისას სხვა დაავადების ან მდგომარეობის შენიღბვის შესაძლებლობა;

ნ) პრეპარატის დადგენილი ჩვენებით გამოყენებისას პრაქტიკოსი ექიმის ინდივიდუალური მითითებების, მონიტორინგის ან რუტინული ლაბორატორიული კონტროლის ნაკლები საჭიროება;

ო) პრეპარატისადმი შეჩვევისა და წამლისადმი დამოკიდებულების განვითარების არ არსებობა ან ნაკლები შესაძლებლობა;

პ) პრეპარატის მკაცრი ინდივიდუალური დოზირების ნაკლები საჭიროება;

რ) პრეპარატის მიერ სხვა დაავადების მწვავე სიმპტომების პროვოცირება;

ს) პრეპარატის არარაციონალურ გამოყენებასთან დაკავშირებული მისადმი რეზისტენტობის განვითარების ნაკლები შესაძლებლობა ან არ არსებობა;

ტ) ექიმთა ინფორმირებულობის სარგებელი/პოტენციური რისკის შესახებ და პრეპარატის გამოყენების საერთაშორისო და ადგილობრივი გამოცდილება;

უ) პრეპარატის ცირკულაციის ხანგრძლივობა წამალთა საერთაშორისო და ადგილობრივ ბაზარზე;

ფ) საერთაშორისო და ადგილობრივი ინფორმაცია პრეპარატის გამოყენებასთან დაკავშირებული ლეტალური შემთხვევების შესახებ.

ზემოთმოყვანილი კრიტერიუმების გათვალისწინებით, II ჯგუფს მიკუთვნებული, რეცეპტით გასაცემი ფარმაცევტული პროდუქტის ნუსხაში 2014 წლის 1 სექტემბრის მდგომარეობით გაერთიანდა 1121 დასახელების გენერიკული სამკურნალო საშუალება/ან მათი კომბინაცია 5689 სხვადასხვა სავაჭრო დასახელებითა და განსხვავებული წამლის ფორმებით, ხოლო III ჯგუფს მიკუთვნებული, ურეცეპტოდ გასაცემი ფარმაცევტული პროდუქტის ნუსხაში გაერთიანდა 1037 დასახელების გენერიკული სამკურნალო საშუალება/ან მათი კომბინაცია 2796 სხვადასხვა სავაჭრო დასახელებითა და განსხვავებული წამლის ფორმებით.¹

2014 წლის 15 სექტემბერს გამოქვეყნდა ფარმაცევტული პროდუქტების ახალი ჩამონათვალი, რომელიც მოიცავდა მეორედან მესამე ჯგუფში გადასულ 781 სხვადასხვა სავაჭრო დასახელების მედიკამენტს. ახალი ჩამონათვალი აერთიანებს შემდეგ ჯგუფებს: ადგილობრივი დერმატოლოგიური გამოყენების ანთებისსაწინააღმდეგო ანტიბაქტერიული საშუალებები, ანტივირუსული საშუალებები, ოფთალმოლოგიური დაავადებების სამკურნალო საშუალებები, ყურის წვეთები; იმუნომოდულატორები; ანტიმიკოზური საშუალებები; ვიტამინები (საინექციო წამლის ფორმები.); მეტაბოლურ პროცესებზე მოქმედი საშუალებები; არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებები (საინექციო წამლის ფორმები); აზმოვიზური საშუალებები (საინექციო წამლის ფორმები), ერექციის დისფუნქციის სამკურნალო საშუალებები; ჰეპატოპროტექტორული საშუალებები; ანტიჰელმინთური და ანტიპროტოზოული საშუალებები; ბიოგენური სტიმულატორები; ანთების საწინააღმდეგო ანტიბაქტერიული საშუალებები; რეჰიდრატაციისა და დეჰინტოქსიკაციური საშუალებები -ელექტროლიტური ხსნარები;

¹საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: რეკლასიფიკაციის საფუძვლები

საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის განმარტებით, მედიკამენტების ამა თუ იმ ჯგუფისთვის მიკუთვნება არა სტატიური, არამედ დინამიური პროცესია და ხორციელდება გვერდითი მოვლენების შესწავლასთან ერთად, რომელიც მთელ მსოფლიოში მუდმივად მიმდინარეობს.

მსოფლიოს უმეტეს ქვეყანაში მედიკამენტებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა რეგულირდება ამა თუ იმ მედიკამენტის სარგებელი/რისკის გათვალისწინებით. გაერთიანებულ სამეფოში მედიკამენტები დაჯგუფებულია 3 ძირითად კატეგორიად: POM (prescription only medicines) - მხოლოდ რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტები, P (pharmacy supervised sale) – წამლის რეალიზაცია რეცეპტის გარეშე, მაგრამ მხოლოდ ფარმაცევტის მეთვალყურეობით არის დაშვებული და GSL (general sales list) - მედიკამენტები თავისუფალ საცალო გაყიდვაში, საფირმო მაღაზიებში. რეცეპტის გამოწერის უფლება აქვს საექიმო საქმიანობის სუბიექტს, ექთანსა და ფარმაცევტს. P მედიკამენტების გაყიდვის უფლება აქვს ფარმაცევტს, რომლის საქმიანობა ნებადართულია დიდი ბრიტანეთის სამეფო ფარმაცევტული საზოგადოების (RPSGB-Royal Pharmaceutical Society of Great Britain) მიერ.¹

საფრანგეთში, ისევე როგორც გაერთიანებულ სამეფოში, P კატეგორიის მედიკამენტების რეალიზაცია მხოლოდ ფარმაცევტის მეთვალყურეობით არის შესაძლებელი, ხოლო GSL კატეგორიის მედიკამენტები - თავისუფლად, მათ შორის ავთიაქებში იყიდება.

იტალიაში P კატეგორიის მედიკამენტების ექვივალენტურია SOP (senza obbligo di precizole) და PDB (prodotto di banco), მაგრამ ორივე კატეგორიის მედიკამენტები ავთიაქში უნდა იყიდებოდეს. განსხვავება მდგომარეობს შემდეგში: PDB ჯგუფის მედიკამენტის არჩევა მომხმარებელს თვითონ შეუძლია და ამ წამლის რეკლამა ფართო მასებისთვის დასაშვებია².

ნიდერლანდებსა და აშშ-ში ფუნქციონირებს მედიკამენტების 2 კატეგორია: POM და OTC. დანიაში ფარმაცევტები ფოკუსირებულნი არიან უპირატესად POM

¹Christine Bond „The over-the-counter pharmaceutical market – policy and practice”, Health Policy Developments, Eurohealth Vol 14 No 3 p. 19 - 24

²იქვე.

მედიკამენტების რეალიზაციაზე, მინიმალური როლი აკისრიათ OTC მედიკამენტების რეალიზაციაზე¹.

განვიხილოთ ევროპული კრიტერიუმები, რომლის მიხედვით მედიკამენტებს აერთიანებენ POM კატეგორიაში: ექიმის მეთვალყურეობის გარეშე მედიკამენტის მიღება საშიშია ჯანმრთელობისთვის(მაგ. გვერდითი მოვლენების გამო); მედიკამენტს გააჩნია ბოროტად გამოყენების/მიჩვევის პოტენციალი, რომელიც შეიძლება იყოს ზიანისმომტანი ჯანმრთელობისთვის; წამლის მოქმედების მექანიზმი ან მისი გვერდითი ეფექტები მონიტორინგს ან დამატებით შესწავლას საჭიროებს; მედიკამენტები, რომლებიც განკუთვნილია პარენტერალური გამოყენებისთვის^{2;3}.

2014 წლის 15 სექტემბერს სამინისტროს ვებ-გვერდზე გამოქვეყნებული ფარმაცევტული პროდუქტების ახალი ჩამონათვალი პრინციპულად განსხვავდება ევროპული მიდგომისაგან, კერძოდ, ნებისმიერი საინექციო წამლის ფორმის შესაძენად, ევროპული კრიტერიუმების მიხედვით, აუცილებელია ექიმის რეცეპტი. რეცეპტით გასაცემთა სიიდან მედიკამენტების გარკვეული ნაწილის ურეცეპტოდ გასაცემთა ნუსხაში გადატანის ინიციატივით ჯანდაცვის მინისტრს ფარმაცევტული კომპანიების წარმომადგენლებმა 9 სექტემბერს მიმართეს⁴. ფარმაცევტული პროდუქტების მეორედან მესამე ჯგუფში გადავიდა ზოგიერთი საინექციო საშუალება (მაგ. ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებები, ვიტამინების საინექციო ფორმები და ა.შ.).

ჯანდაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე განთავსდა ინფორმაცია „გადაუდებელი დახმარების ჩანთის“ შესახებ. ეს „ჩანთა“ მოიცავს მედიკამენტების ნუსხას, რომლებიც დაექვემდებარა მედიკამენტების ურეცეპტო გაცემას აფთიაქებში პირველადი

¹ Christine Bond „The over-the-counter pharmaceutical market – policy and practice”, Health Policy Developments, Eurohealth Vol 14 No 3 p. 19 - 24

² იქვე

³ C.L. Sheen, D.G. Colin-Jones „Over the counter drugs and the gastrointestinal tract”, Clinical Research Fellow, Ninewells Hospital and Medical School, Dundee, UK; Queen Alexandra Hospital, Portsmouth, UK; Aliment Pharmacol Ther 2001: 15: 1263-1270

⁴ ურეცეპტოდ გასაცემი მედიკამენტების სია 772 წამლით გაიზარდა-
<http://www.netgazeti.ge/GE/105/News/35788/?tpl=8>

გადაუდებელი დახმარების საჭიროების დრო¹. ამ ნუსხაში გაერთიანდა შემდეგი მედიკამენტები: სპაზმოლიზური საშუალებები - ატროპინი; ანტიარითმიული საშუალებები - ამიოდარონი (კორდარონი, ამიოკორდინი, ამიოდარონი, როტარიტმილი); ანტიანგინალური (სტენოკარდიული შეტევის კუპირების) საშუალებები - ნიტროგლიცერინი; შარდმდენი საშუალებები - ფუროსემიდი (ფუროსემიდი, ლაზიქსი); ანტიჰიპერტენზიული საშუალებები - აგფ ინჰიბიტორი: კაპტოპრილი (კაპტოპრილი, ბლოკორდილი), ბეტა-1 სელექტიური ადრენობლოკატორი - მეტოპროლოლი (ეგილოკი, ლოპრესორი, კარდოლაქსი, რეველოლი, კორვიტოლი), კალციუმის არხების ბლოკატორი - ნიფედიპინი (ნიფედიპინი, კორინფარი, ოსმო-ადალატი); ანაფილაქსიური შოკის საწინააღმდეგო საშუალებები: ადრენომიმეტიური საშუალება - ეპინეფრინი, გლუკოკორტიკოსტეროიდი - დექსამეტაზონი; ანაფილაქსიური შოკის, ალერგიული რეაქციების სამკურნალო და ბრონქული ასთმის შეტევის კუპირების საშუალებები: პრედნიზოლონი; ანტიალერგიული (ანტიჰისტამინური) საშუალებები: დიფენჰიდრამინი (დიმედროლი); ბრონქული ასთმის შეტევის კუპირების საშუალებები: სალბუტამოლი (სალბუტამოლი, ვენტოლინი, ალბუტეროლი); ანტიდიაბეტური საშუალებები: გლიბენკლამიდი (მანიინილი), მეტფორმინი (სიოფორი, გლუკოფაჟი, სიორალი, ინსუფორი), ინსულინი (ჰუმულინი, ნოვომიქსი...); ჰიპოგლიკემიის საწინააღმდეგო საშუალებები: გლუკოზა.

ფარმაცევტული დაწესებულება უფლებამოსილია გადაუდებელი მდგომარეობის დროს, წამლის ფორმა, ერთჯერადი დოზის სახით, ურეცეპტოდ გასცეს. იმ შემთხვევაში თუ შეუძლებელია ორიგინალური შეფუთვის დაშლა, ფარმაცევტული პროდუქტი გაიცემა ერთი სტანდარტული შეფუთვის რაოდენობით.²

AmVac AG-ის აღმასრულებელი დირექტორის მოადგილე გიორგი კავკასიძე აღნიშნავს, რომ 1990 წელს მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ (WHO) გამოაქვეყნა სამედიცინო პრეპარატების ანატომიურ-ქიმიურ-თერაპიული კლასიფიკაცია და ზღვრული დღიური დოზების სისტემა (The Anatomical Therapeutic

¹ <http://apps.ssa.gov.ge/recepti/Camlebi>

²ჭარაქაშვილი ირმა, ხატიაშვილი სანდრო: „გადაუდებელი დახმარების ჩანთის შემადგენლობაში ცვლილებები განხორციელდა“. 2014

Chemical Classification system with Defined Daily Doses - ATC/DDD) და მოუწოდა ყველა ქვეყნის შესაბამის უწყებას, რომ იხელმძღვანელონ ამ სისტემით. ATC/DDD სისტემის მიზანია სამედიცინო პრეპარატების მაქსიმალურად რაციონალური გამოყენება მინიმალური გვერდითი, არასასურველი მოვლენებით. ATC კლასიფიკაციას საფუძვლად დაედო პრეპარატის შემადგენლობა, წარმოების ტექნოლოგია და "სამიზნე" ორგანოსა თუ სისტემაზე მოქმედების მექანიზმი. ამ კლასიფიკაციის მიხედვით ყველა პრეპარატს მინიჭებული აქვს ე.წ. ATC ინდექსი, რომელიც 5 დონეს მოიცავს. პირველი დონე/ჯგუფი შეესაბამება ანატომიურ სისტემას, მეორე დონე/ქვეჯგუფი - თერაპიული მოქმედების მექანიზმს, მესამე დონე/ქვეჯგუფი - ფარმაცევტულ ჯგუფს, მეოთხე დონე/ქვეჯგუფი - ქიმიურ ჯგუფს, მეხუთე დონე/ქვეჯგუფი - აქტიური ნივთიერების საერთაშორისო არაპატენტირებულ სახელს (INN – International Nonproprietary Name), და არასდროს კომერციულ, პატენტირებულ დასახელებას/“ბრენდს”¹.

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს ვებგვერდზე გამოქვეყნებულ პრეპარატების სიაში შემდეგი პარამეტრებია მოცემული: პრეპარატის სარეგისტრაციო ნომერი, სავაჭრო დასახელება, საერთაშორისო არაპატენტირებული დასახელება, პრეპარატის ფორმა, დოზა, კონცენტრაცია, შეფუთვაში რაოდენობა, მწარმოებელი ფირმა, მწარმოებელი ქვეყანა, ფარმაკო-თერაპიული ჯგუფი². უცხოეთში წარმოებულ და საქართველოში სარეგისტრაციოდ წარდგენილ ყველა პრეპარატს აქვს ე.წ. ფარმაცევტული პროდუქტის სერთიფიკატი (CPP – Certificate of Pharmaceutical Product), რომელსაც გასცემს მწარმოებელი ქვეყნის შესაბამისი უწყება და სადაც აღწერილია როგორც პრეპარატის წარმოების პროცესი, ასევე პრეპარატის ATC ინდექსი და გაყიდვის ფორმა - რეცეპტით თუ ურეცეპტოდ³. გიორგი კავკასიძის აზრით, სწორედ სამკურნალო პრეპარატების ანატომიურ-ქიმიურ-თერაპიული კლასიფიკაციის საფუძველზე უნდა მომხდარიყო „რეცეპტორული ნუსხის“ შედგენა და ეს კლასიფიკაცია უნდა ჩანდეს ჩამონათვალში.

¹კავკასიძე გიორგი: რატომ და რისთვის არის საჭირო რეცეპტი? ივერია. 17.08.2014

²იქვე

³იქვე

ჯანდაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე მითითებულია, რომ მეორე ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტების ნუსხა ანატომიურ-თერაპიულ-ქიმიური (ATC) კოდების მიხედვით განისაზღვრა¹.

მაგალითისთვის განვიხილოთ პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების ათქ ინდექსი: A – ალიმენტური ტრაქტი და მეტაბოლიზმი; A02 – მჟავა დამოკიდებული დაავადებების სამკურნალო საშუალებები; A02B – პეპტიური წყლულის სამკურნალო საშუალებები; A02BC – პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები; A02BC01 – ომეპრაზოლი; A02BC02 – პანტოპრაზოლი; A02BC03 – ლანსოპრაზოლი; A02BC04 – რაბეპრაზოლი; A02BC05 – ესომეპრაზოლი ² ; A02BC06 – დექსლანსოპრაზოლი; A02BC07 – დექსრაბეპრაზოლი ³;

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების სამკურნალო ფორმები: ომეპრაზოლი, ლანსოპრაზოლი, პანტოპრაზოლი, ესომეპრაზოლი საქართველოში ურეცეპტოდ გაიცემა, ხოლო რაბეპრაზოლი – რეცეპტით.

სხვადასხვა ქვეყანაში, მათ შორის ევროკავშირის ქვეყნებში არსებობს განსხვავებული დამოკიდებულება რეცეპტით გასაცემ და ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტებთან მიმართებაში. მაგალითისთვის ცხრილი 1-ში მოცემულია ზემოთხსენებული პტი-ების აფთიაქიდან გაცემის რეჟიმი სხვადასხვა ქვეყანაში.

¹სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო: რეცეპტის ინსტიტუტის ეტაპობრივი დანერგვა

²European Commission>DG Health and Food Safety> Public Health>Reference Documents>Register>Full human ATC Llist

³ WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology: ATC/DDD Index 2015

ცხრილი 1: პტი-ების აფთიაქიდან გაცემის რეჟიმი სხვადასხვა ქვეყანაში

#	ქვეყანა	ომეგრზოლი	ლანსოპრზოლი	პანტოპრზოლი	რაბეპრზოლი	ესომეპრზოლი
2	ავსტრია	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
4	აშშ	OTC	OTC	Rx		OTC
6	ბელგია	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
8	გაერთიანებული სამეფო	OTC	Rx	OTC	OTC	OTC
9	გერმანია	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
10	დანია	Rx	Rx	OTC	Rx	OTC
11	ესპანეთი	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
12	ესტონეთი	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
14	იაპონია	Rx	OTC	N.R	Rx	
16	იტალია	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
17	კანადა	OTC	Rx	Rx	Rx	
18	ლიტვა	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
19	მექსიკა	OTC	Rx	OTC	N.R	
20	ნიდერლანდები	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
21	ნორვეგია	Rx	Rx	OTC	N.R	OTC
22	პოლონეთი	OTC	Rx	OTC	N.R	OTC
24	საბერძნეთი	Rx	Rx	OTC	N.R	OTC
26	საფრანგეთი	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
27	საქართველო	OTC	OTC	OTC	Rx	OTC
28	სინგაპური	Rx	N.R	Rx		
33	ფინეთი	OTC	OTC	OTC	Rx	OTC
34	შვედეთი	OTC	OTC	OTC	Rx	OTC
35	შვეიცარია	OTC	Rx	OTC	Rx	
36	ჩეხეთი	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
38	ჩინეთი	OTC	Rx	Rx	Rx	

შენიშვნა: Rx - გაიცემა რეცეპტით; OTC - გაიცემა ურეცეპტოდ; N.R - არ არის რეგისტრირებული; ცარიელი გრაფა - მონაცემები არ მოიპოვება;

განვიხილოთ მოცემული 38 ქვეყნის (საქართველოს გარდა) მაგალითზე რეცეპტით გასაცემი პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების პროცენტული წილი (იხ. ცხრილი#2)

ცხრილი 2: რეცეპტით გასაცემი პტი-ების % წილი

აქტიური ინივითერების დასახელება	ომეპრაზოლი	ლანსოპრაზოლი	პანტოპრაზოლი	რაბეპრაზოლი	ესომეპრაზოლი
რამდენ ქვეყანაში არეგისტრირებული	38	37	37	26	27
რამდენ ქვეყანაში არარეგისტრირებული	0	1	1	5	0
რამდენი ქვეყნის მონაცემი არ არსებობს	0	0	0	7	11
რამდენ ქვეყანაში აქვს Rx სტატუსი	10	29	9	24	1
რამდენ ქვეყანაში აქვს OTC სტატუსი	28	8	28	2	26
Rx სტატუსი % წილი	26	78	24	92	4

ამ მონაცემებზე დაყრდნობით, ესომეპრაზოლის, პანტოპრაზოლისა და ომეპრაზოლის ტაბლეტები ურეცეპტოდ უნდა იყიდებოდეს, ლანსოპრაზოლთან მიმართებაში სასურველია ქვეყნების ჩამონათვალი გაფართოვდეს მეტი დამაჯერებლობისთვის; რაბეპრაზოლი მსოფლიოს 26 ქვეყნიდან 24-ში რეცეპტით გაიცემა ისევე, როგორც საქართველოში.

პრეპარატების ათე კლასიფიკაციის თანახმად, ანტიმიკოზურ საშუალება ფლუკონაზოლს სისტემური გამოყენებისთვის მინიჭებული აქვს J02AC01 კოდი მაშინ, როცა ფლუკონაზოლს დერმატოლოგიური გამოყენებისთვის მინიჭებული აქვს D01AF02 კოდი¹.

FDA (Food and Drug Administration) პერიოდულად ახორციელებს სამკურნალწამლო საშუალებების რეკლასიფიკაციას, კერძოდ რეცეპტით გასაცემა პრეპარატებმა გარკვეული დროის შემდეგ შესაძლებელია მიიღონ OTC-სტატუსი (Over-the-counter). FDA-ს ექსპერტების დასკვნის საფუძველზე, ექიმის დანიშნულების გარეშე ზოგიერთი მედიკამენტის გამოყენებისას ნაკლებად სავარაუდო გვერდითი მოვლენები შეიძლება განვითარდეს, რის გამოც ეს წამალი პაციენტისთვის უსაფრთხო და ეფექტური ხდება.

¹European Commission. DG Health and Food Safety“ Public Health>Reference Documents>Register>Full human ATC Llist

FDA-მ OTC-სტატუსი მიანიჭა ისეთ პრეპარატებს, როგორცაა მოტრინი (იბუპროფენი), ორუდისი და აქტრონი (კეტოპროფენი), ალევე (ნაპროქსენი) - ტკივილის კუპირებისთვის და სიცხის დასაწევად. ასევე პეპსიდი (ფამოტიდინი), ტაგამეტი (ციმეტიდინი), ზანტაკი (რანიტიდინი), აქსიდი (ნიზატიდინი), პრილოსეკი (ომეპრაზოლი), კლარიტინი (ლორატადინი) და ა.შ. ამ რეკლასიფიკაციას ლიტერატურაში მოიხსენიებენ, როგორც „Rx to OTC switch“. Rx to OTC switch გააჩნია დიდი გავლენა ჯანდაცვის ეკონომიკაზე. CPHA-ის (Consumer Healthcare Products Association) მონაცემების მიხედვით, ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა განაპირობებს ყოველწლიურად 20 მილიარდი აშშ დოლარის ეკონომიას ექიმთან ვიზიტების, სამსახურში გაცდენილი დროის, სადაზღვევო ანაზღაურებების და მგზავრობის თანხების დაზოგვის ხარჯზე¹.

ჯანდაცვის სტრატეგიული ანალიტიკოსი ქეთი გაბიტაშვილი თავის სტატიაში „რეცეპტიანი და ურეცეპტო წამლების პარადიგმა“ აღნიშნავს, რომ რეცეპტით გასაცემი წამლების რეგულაცია სასიკეთოა პაციენტებისთვის, რომლებზეც იხარჯება ფული როგორც ოჯახის, ისე სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. ევროპისა და ამერიკის ქვეყნებში რეცეპტით გასაცემ და ურეცეპტოდ გასაცემ წამლებს შორის მთავარი განსხვავება მდგომარეობს დაფინანსებაში. ურეცეპტო წამლების დიდ უმრავლესობას პაციენტები საკუთარი სახსრებით ყიდულობენ, რეცეპტით გასაცემ წამლებზე კი სრული ან თანადაფინანსების პროგრამები მოქმედებს. სამკურნალოწამლო საშუალებებზე ფასი წლიდან წლამდე უფრო სწრაფად იზრდება, ვიდრე ჯანდაცვის ბიუჯეტი. ამიტომ სახელმწიფო ბიუჯეტისთვის უპრიანია წამლების ნაწილზე ხარჯი შეამციროს, მოხსნას დაფინანსება ანუ შეიტანოს ისინი ურეცეპტო სიაში.² ამ დერეგულაციას მხარს უჭერს ფარმაცევტული სფეროს წარმომადგენლობა. რაც უფრო ფართო იქნება ურეცეპტო მედიკამენტების ნუსხა, მით უფრო კარგად განუვითარდებათ ფარმაცევტებს

¹WHO „Now Available Without a Prescription”, U.S. Food and Drug Administration, 08. 12.2011

²გაბიტაშვილი ქეთი: „რეცეპტიანი და ურეცეპტო წამლების პარადიგმა“. ივერია.16.08. 2014

პაციენტების სიმპტომების გამოკითხვის, დიაგნოზის შესაბამისი მედიკამენტის შეთავაზების უნარ-ჩვევები¹.

1987 წელს გაერთიანებულ სამეფოში ლოპერამიდი და ტოპიკური ჰიდროკორტიზონი გადაიტანეს ურეცეპტო წამლების სიაში. ამ ცვლილებით ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემამ წელიწადში დაზოგა 6,2 მილიონი ფუნტი (4,2 მილიონი ფუნტი ლოპერამიდზე და 2 მილიონი ფუნტი -ჰიდროკორტიზონზე).²

1995-1996 წლებში შვედეთში 16 სხვადასხვა დასახელების პროდუქტის ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტთა სიაში გადატანით სახელმწიფოს წამლის ბიუჯეტმა წელიწადში დაზოგა 400 მილიონი აშშ დოლარი³.

ე.წ. „Rx to OTC switch“-ის ეკონომიური სარგებელის ერთ-ერთი მაგალითია გულმმარვის მართვა OTC მედიკამენტებით: პაციენტი ყოველწლიურად ზოგავს საშუალოდ 174 აშშ დოლარს ექიმთან განუხორციელებელი ვიზიტების ხარჯზე. აშშ-ს ჯანდაცვის სისტემამ წლიურად დაზოგა 757 მილიონი აშშ დოლარი, რის გამოც უკვე 15 წელია გულმმარვის სამკურნალო ანტაციდური საშუალებები, H₂-ბლოკერები და პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები ურეცეპტოდ გაიცემა⁴.

კანადის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე „Health Canada“ განთავსებულია მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტების ჩამონათვალი, მაგ: ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებები: დიკლოფენაკი, კეტოროლაკი, კეტოპროფენი; თავბრუსხვევის საწინააღმდეგო საშუალებები: ბეტაჰისტინი და ა.შ; სპაზმოლიზური საშუალებები: ჰიოსცინის ბუთილბრომიდის საინექციო ფორმა; ანტიპროტოზოული საშუალებები: ორნიდაზოლი, ტინიდაზოლი და სხვ.⁵ ზემოთჩამოთვლილი აქტიური ნივთიერებები და

¹Christine Bond „The over-the-counter pharmaceutical market – policy and practice”, Health Policy Developments, Eurohealth Vol 14 No 3 p. 19 - 24

²იქვე

³C.L. Sheen, D.G. Colin-Jones „Over the counter drugs and the gastrointestinal tract”, Clinical Research Fellow, Ninewells Hospital and Medical School, Dundee, UK; Queen Alexandra Hospital, Portsmouth, UK; Aliment Pharmacol Ther 2001: 15: 1263-1270

⁴WSMI (World Self-Medication Industry) -, „Prescription to nonprescription medicines switch”, 2009

⁵Health Canada „Prescription Drug List” 26.06.2015. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/pdf/prodpharma/pdl-ord/pdl_list_fin_ord-eng.pdf

მათი საინექციო ფორმები საქართველოს მომქმედი კანონმდებლობით OTC სტატუსით სარგებლობს.

როგორც ზემოთ ავღნიშნეთ, საქართველოში II ჯგუფს მიკუთვნებული, რეცეპტით გასაცემი ფარმაცევტული პროდუქტის ნუსხის შედგენისას გათვალისწინებული ერთ-ერთი კრიტერიუმია შემდეგი: მედიკამენტის არასწორად შერჩევა ხელს უწყობს მიკროორგანიზმების რეზისტენტული შტამების განვითარებას¹. ყველა ანტიბიოტიკს მიენიჭა ფორმა N3 რეცეპტით გაცემის სტატუსი (გამონაკლისია ანტიბიოტიკის შემცველი თვალისა და ყურის წვეთები, თვალის მალამოები, დერმატოლოგიაში გამოსაყენებელი ანტიბიოტიკები).

2014 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ წარმოადგინა 44 ქვეყანაში ჩატარებული კვლევის ანგარიში, რომლის თანახმად ევროპის უმრავლეს ქვეყანაში ანტიბიოტიკების მიმართ ფიზიკური ხელმისაწვდომობა რეგულირებულია². ქვეყნების ნაწილში რეცეპტის გარეშე ანტიბიოტიკების შეძენა შესაძლებელია მხოლოდ განსაკუთრებულ სიტუაციებში, მაგრამ სხვა ქვეყნებში არსებული წესების მიხედვით რეცეპტის გარეშე შესაძლებელია საკმაოდ ბევრი დასახელების ანტიბაქტერიული პრეპარატების შეძენა³. კვლევაში მონაწილე ქვეყნების სააფთიაქო ასოციაციებს და პროვიზორებს დაურიგდათ სპეციალური კითხვარები, რომლის ერთ-ერთ კითხვას წარმოადგენდა შემდეგი: კანონით დაშვებულია თუ არა რესპოდენტ ქვეყნებში ურეცეპტოდ ანტიბიოტიკების შეძენა. შედეგებმა აჩვენა, რომ რესპოდენტი ქვეყნების 43 %-ში (44 -დან 19-ში) არსებული კანონმდებლობით ანტიბიოტიკების შეძენა არ არის აკრძალული რეცეპტის გარეშე (იხ. სურ.N1)⁴.

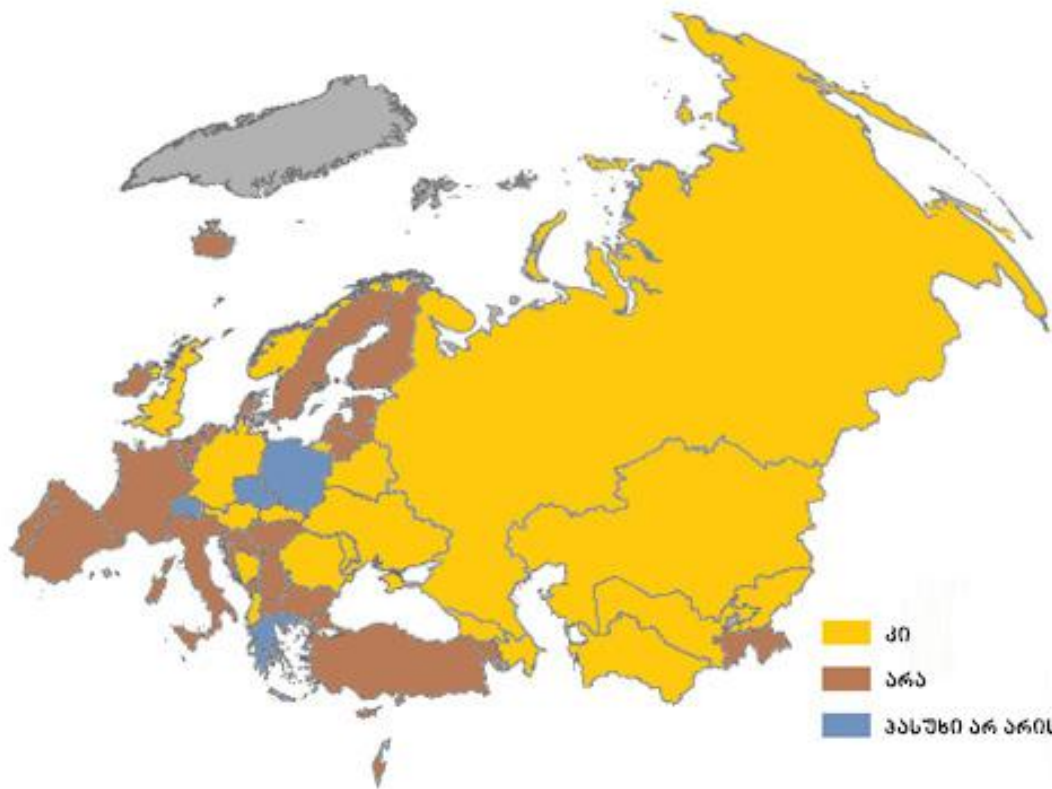
¹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: რეკლასიფიკაციის საფუძვლები

²WHO „The role of pharmacist in encouraging prudent use of antibiotic medicines and averting antimicrobial resistance – a review of current policies and experiences in Europe” 2014 page 5

³იქვე. გვ.5

⁴იქვე. გვ. 20

სურათი 1. ქვეყნები, სადაც დაშვებულია ანტიბიოტიკების გაყიდვა რეცეპტის გარეშე



ამავდროულად რესპოდენტების 12%-მა (44-დან 5-მა) აღნიშნა, რომ ანტიბიოტიკების შეძენა შესაძლებელია ინტერნეტით ყოველგვარი რეცეპტის გარეშე. კვლევაში არ მიიღო მონაწილეობა შემდეგმა ქვეყნებმა: ანდორა, ავსტრია, კვიპროსი, საბერძნეთი, ისრაელი, ლუქსემბურგი, მონაკო, პოლონეთი, სან-მარინო და შვეიცარია.

რესპოდენტი ქვეყნების 27 %-ში (44-დან 12-ში) შესაძლებელია ანტიბიოტიკების შეძენა აფთიაქის გარეშე, მაგ., შავ ბაზარზე და ვეტერინარულ კლინიკებსა და/ან ვეტერინარულ აფთიაქებში¹.

ბრიტანეთისრამდენიმე ქალაქის აფთიაქშიზოგიერთი დაავადების ოპერატიული დიაგნოსტიკისთვის დაინერგა პორტატული ტესტ-სისტემები, რომლის მეშვეობითდგინდება მაგ.ბაქტერიული ტონზილიტი დაადგილზევე გაიცემა

¹WHO „The role of pharmacist in encouraging prudent use of antibiotic medicines and averting antimicrobial resistance – a review of current policies and experiences in Europe” 2014p. 22

ანტიბიოტიკი ¹ . ასეთი შემთხვევებიზრდის პროვიზორის როლს დაავადებათა მკურნალობის პროცესში. მსგავსი ფარმაცევტული სერვისი დანერგილია აშშ-შიც.

ზოგიერთ ქვეყანაში პროვიზორების ფუნქციაა თვალყური ადევნონ პაციენტების მკურნალობის კურსს. აღნიშნულ ფუნქციას დიდ ბრიტანეთში ასრულებს კამპანია „ჰკითხე აფთიაქარს, სწრაფად როგორ განვიკურნო“ და „New Medicines Service“, ნორვეგიაში - „Medisinstart“, ბელგიაში - „ასთმის სამსახური“, საფრანგეთში „პაციენტების თერაპიული შესწავლა“, ესპანეთში - „Adhierete“².

ევროპის თითქმის ყველა ქვეყანაში აზითრომიცი რეცეპტით გაიცემა. პირველი per os მისაღები ანტიბიოტიკი არის აზითრომიცინი, რომელსაც გაერთიანებულ სამეფოში მიაკუთვნეს OTC სტატუსი, მაგრამ ურეცეპტოდ აზითრომიცი გაიცემა მკურნალობის მიზნით მხოლოდ იმ პირებზე, რომლებთაც დაუდასტურდათ გენიტალური ორგანოების ქლამიდიოზი (*Chlamydia tracomatis*), პროფილაქტიკის მიზნით - დაინფიცირებული პირის სექსუალურ პარტნიორებზე; მათი ასაკი უნდა აღემატებოდეს 16 წელს. ³ გაერთიანებულ სამეფოში სექსობრივად გადამდებ დაავადებებს შორის ქლამიდიოზი არის ყველაზე გავრცელებული. დაავადებას ახასიათებს სერიოზული გართულებები უნაყოფობისა და ექტოპიური გართულებების სახით. აფთიაქში მარტივი შარდის ტესტით ადგენენ ქლამიდიოზს და პაციენტი ურეცეპტოდ ყიდულობს აზითრომიცინს⁴.

ნიდერლანდებში ანტიბიოტიკების რეცეპტით გამოწერა კანონმდებლობით რეგულირდება. ნორმატიული ბაზაარეგულირებს ანტიბიოტიკების რეცეპტით გამოწერას. პროვიზორები ბონუსური შეთანხმების საფუძველზე ვალდებულნი არიან მოახდინონ რეაგირება ამ წესის დარღვევის შემთხვევაში. ნიდერლანდების

¹WHO „The role of pharmacist in encouraging prudent use of antibiotic medicines and averting antimicrobial resistance – a review of current policies and experiences in Europe” 2014. გვ. 28

²იქვე. გვ. 31

³ <http://www.aesgp.eu/facts-figures/otc-ingredients/?result=parameter&multiselect=europe&country>

⁴WSMI (World Self-Medication Industry) -, „Prescription to nonprescription medicines switch”, 2009

ფარმსტატისტიკის ფონდი აგროვებს და ამუშავებს გაცემული წამლების რაოდენობრივ მონაცემებს¹.

ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციის (FIP) განცხადებით, ანტიმიკრობული საშუალებების რეზისტენტობა აქტუალურია განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში, მაგრამ განვითარებად ქვეყნებში ანტიმიკრობულ პრეპარატებზე ხელმისაწვდომობა და გამოყენების რაციონალურობა ძალიან ცუდად კონტროლდება. ანტიმიკრობული პრეპარატების რეზისტენტობის დაძლევის მიზნით, ამ სამკურნალწამლო საშუალებებზე უნდა გაძლიერდეს საკანონმდებლო და მარეგულირებელი კონტროლის მექანიზმები: დაუშვებელია მათი გავრცელება, გაყიდვა ან მიწოდება რეცეპტის გარეშე როგორც ადამიანების მკურნალობის მიზნით, ასევე ვეტერინარულ პრაქტიკაში. აუცილებელია მკაცრი კონტროლის დაწესება ანტიმიკრობული საშუალებების ბაზარზე, იმპორტზე, ექსპორტზე, რეცეპტების გამოწერაზე. აუცილებელია ჯანმრთელობის პროფესიული საზოგადოებებისა და ასოციაციების მჭიდრო თანამშრომლობა მარეგულირებელ ორგანოებთან, რათა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებში რეცეპტის გამოწერის უნარ-ჩვევები განმტკიცდეს².

საქართველოში 2014 წლის 15 სექტემბრის მდგომარეობით ანტიჰელმინთური საშუალებას - მებენდაზოლს მიენიჭა OTC სტატუსი. ევროპის უმრავლეს ქვეყანაში (მაგ. ავსტრია, ბულგარეთი, ჩეხეთის რესპუბლიკა, დანია, ესტონეთი, ფინეთი, საფრანგეთი, გერმანია, საბერძნეთი, შვედეთი, ესპანეთი, პოლონეთი, ლიტვა, უნგრეთი, იტალია, სლოვენია) ამ მედიკამენტს აქვს Rx სტატუსი ანუ რეცეპტით გაიცემა. ხოლო ბელგიაში, პორტუგალიაში, გაერთიანებულ სამეფოში, ნიდერლანდებში, შვეიცარიაში, ნორვეგიაში მებენდაზოლს აქვს OTC სტატუსი. ასევე აღსანიშნავია განსხვავებები OTC სტატუსთან მიმართებაში, კერძოდ, მაგ. ნორვეგიაში ურეცეპტოდ გაიცემა მებენდაზოლის 30 მლ მიქსტურა და 6 ტაბლეტი, პორტუგალიაში - 100 მგ ტაბლეტები და 20მგ/მლ სუსპენზია ერთჯერადად. ხოლო შვეიცარიაში - ურეცეპტოდ გაიცემა მებენდაზოლის ერთჯერადი

¹WHO „The role of pharmacist in encouraging prudent use of antibiotic medicines and averting antimicrobial resistance – a review of current policies and experiences in Europe” 2014 p.34

²FIP Statement of Policy – control of antimicrobial medicines resistance (AMR), The Hague, The Netherlands

დოზა არაუმეტეს 100 მგ-სა, დღიური დოზა არაუმეტეს 200 მგ-სა და მაქსიმუმ 3 დღის დოზა. ხორვატიაში მებენდაზოლი საერთოდ არ არის რეგისტრირებული.¹ ასეთი არაერთგვაროვანი მიდგომაა ევროპის გარდა, მსოფლიოს სხვა ქვეყნებშიც; მაგ. კანადაში, აშშ-ში, იაპონიაში მებენდაზოლი რეცეპტით გაიცემა, ხოლო ახალ ზელანდიაში, ჩინეთში, სინგაპურში - იგი OTC სტატუსით სარგებლობს.

ზოგიერთ ქვეყანაში (მაგ. ყირგიზეთი, ტაჯიკეთი) მარტივი ჰიპერტენზიის და მე-2 ტიპის შაქრიანი დიაბეტის სამკურნალო მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა გაძნელებულია; ხოლო ბეტა-ბლოკერები, პირიქით, შეუზღუდავად გამოიყენება².

მედიკამენტებზე დანახარჯები მკვეთრად გაიზარდა დასავლეთის ბევრ ქვეყნებში. ეკონომიკური თანამშრომლობის და განვითარების (OECD) ქვეყნებში მედიკამენტებზე დანახარჯები შეადგენს ქვეყნის მთლიანი შიდა პროდუქტის საშუალოდ 1,5 %-ს³. აღსანიშნავია, რომ ეს მაჩვენებელი ყოველწლიურად 4,6 %-ით იზრდება, რაც აღემატება სამედიცინო დანახარჯების ან ზოგადად მთლიანი შიდა პროდუქტის ზრდის ტემპებს. მედიკამენტებზე დანახარჯების ზრდა განპირობებულია არარაციონალური, შეუსაბამო, გადაჭარბებული და ზოგჯერ ზიანის მომტანი ფარმაცოთერაპიით. აღნიშნული განაპირობებს ჯანმრთელობის მდგომარეობის და სიცოცხლის ხარისხის გაუარესებას, რაც თავის მხრივ, ზრდის სამედიცინო დანახარჯებს. აქედან გამომდინარე, აუცილებელია მკურნალობის ჩატარება გაიდლაინების შესაბამისად.

საბერძნეთსა და კვიპროსში ჩატარებული ერთ-ერთი კვლევის ფარგლებში შეისწავლეს ექიმის მიერ რეცეპტის გამოწერის უნარ-ჩვევებზე მომქმედი ფაქტორები: ფარმაცევტული პროდუქტის ფასი, გენერიკული დასახელების და ახალი მედიკამენტების გამოწერის ინტერესი, მედიკამენტის გვერდითი ეფექტები და უსაფრთხოება, ფარმაცევტული კომპანიის წარმომადგენლების გავლენა.

¹<http://www.aesgp.eu/facts-figures>

² WHO Regional office for Europe „Health technologies and Pharmaceuticals (HTP) programme –Annual Report 2013

³Bio Med Central Health Services Research „Factors influencing prescribing behavior of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey”, August, 2009

კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ მედიკამენტის რეცეპტით გამოწერის მომენტში ექიმის არჩევანს უმთავრესად განსაზღვრავს კლინიკური ეფექტურობა და მედიკამენტის რეკომენდებული დღიური დოზა. მედიკამენტებზე ინფორმაციის ყველაზე პოპულარულ წყაროდ ექიმებმა დაასახელეს სამედიცინო ჟურნალები, პუბლიკაციები, კონფერენციები და ფარმაცევტული კომპანიების წარმომადგენლები. არჩევანის დროს გასათვალისწინებელ ფაქტორად რესპოდენტთა მხოლოდ ნახევარმა დაასახელა მედიკამენტის ფასი, რაც მნიშვნელოვნად განსხვავდება მაგ. დანიაში ჩატარებული რაოდენობრივი კვლევის შედეგებისგან, სადაც წამლის ფასი არის ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელიც გავლენას ახდენს ექიმის დანიშნულებაზე. საბერძნეთისა და კვიპროსის ქვეყნების ექიმთა უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ გენერიკული მედიკამენტების უსაფრთხოება და ეფექტურობა არ არის საუკეთესო, მაგრამ მისაღებია¹.

საქართველოში, ისევე როგორც თითქმის ყველა ქვეყანაში ერთი და იმავე საერთაშორისო დასახელების მედიკამენტი იყიდება სხვადასხვა ბრენდული (სავაჭრო) დასახელებით.

2012 წელს საქართველოში კომპანია „ჯიპისიმ“ მსოფლიოში აპრობირებული პროექტის განხორციელება, კერძოდ ეკონომ-შეფუთვის მქონე გენერიკ-მედიკამენტების შემოტანა-რეალიზაცია დაიწყო²;

ინდოეთში ერთ-ერთი კვლევის საფუძველზე შეისწავლეს ფარმაცევტული კომპანიების წარმომადგენლების მარკეტინგული ქმედებების ზეგავლენა ექიმების მიერ რეცეპტების გამოწერის პრაქტიკაზე. აღმოჩნდა, რომ ფარმაცევტული მარკეტინგი გავლენას ახდენს ექიმის არჩევანზე. ფარმაცევტული კომპანიების წარმომადგენლებსა და ექიმებს შორის კარგი და უშუალო ურთიერთობა არის ყველაზე ეფექტური სტრატეგია წამლების გაყიდვის სტიმულაციისთვის. ფარმაცევტული კომპანია მიმართავს საკუთარი პროდუქციის პრომოციას საინფორმაციო ბუკლეტების, ბანერების, ბლოკნოტების დარიგებით, აფინანსებს კონფერენციებს, ექიმების სამოგზაურო ხარჯებს,

¹Bio Med Central Health Services Research „Factors influencing prescribing behavior of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey”, August, 2009

²<http://gpc.ge/?menuid=12&lang=1>

პუბლიკაციებს, არიგებს ნიმუშებს, კალმებს და ა.შ. მედიკამენტების პრომოციაზე გაწეული დანახარჯები გავლენას ახდენს რეცეპტით გამოსაწერი მედიკამენტების ფასზე, რაც თავის მხრივ, ზრდის სამედიცინო დანახარჯებს¹.

კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია რეცეპტების ინსტიტუტის შესახებ არსებული ლიტერატურა, მათ შორის სამეცნიერო ნაშრომები, კვლევები, პუბლიკაციები, ასევე პერიოდული ბეჭდვითი გამოცემების სტატიები, ინტერნეტით მოძიებული მონაცემები.

კვლევის საინფორმაციო ბაზას შეადგენენ: საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, საქართველოს მთავრობის დადგენილებები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მეთოდური და ნორმატიული მასალები.

რაოდენობრივი კვლევა ჩატარდა დაკვირვებითი კვლევის ერთ-ერთი მეთოდით: გამოკითხვით, რისთვისაც გამოყენებულ იქნა ორი განსხვავებული კითხვარი თითოეული მიზნობრივი ჯგუფისთვის: სამედიცინო დაწესებულების ექიმებისა და ფარმაცევტებისთვის.

რესპოდენტები შეირჩა შემთხვევითი ხეტიალის პრინციპით. კითხვარი შეავსო სხვადასხვა სპეციალობის 96 ექიმმა 31 სამედიცინო დაწესებულებაში: პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში, სპეციალიზირებულ კლინიკებში, მულტიპროფილურ დაწესებულებებში; ექიმებისთვის განკუთვნილი თითოეული კითხვარი შეიცავდა 12-მდე ღია და დახურულ კითხვას;

კითხვარი შეავსო 62 ფარმაცევტმა მსხვილი ფარმაცევტული კომპანიების (ავერსი, პსპ, ჯი-პი-სი, ფარმადეპო) ქსელურ, აგრეთვე არაქსელურ აფთიაქებში; ფარმაცევტებისთვის განკუთვნილი თითოეული კითხვარი შეიცავდა 10-მდე ღია და დახურულ კითხვას. პირისპირ გამოკითხვის ხანგრძლივობა ექიმებთან და ფარმაცევტებთან იყო დაახლოებით 15- 20 წუთი.

¹Narendran, R. Narendranathan, M. (2013) "Influence of pharmaceutical marketing on prescription practices of physicians." The Journal of the Indian Medical Association, 111 (1), 47-50

კვლევის თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში ჩაღრმავებული ინტერვიუ განხორციელდა ჯანდაცვის სამ ექსპერტთან; თითოეული ინტერვიუს ხანგრძლივობა იყო 40-60 წუთი.

გამოკითხვები ჩატარდა 2015 წლის აპრილში, მაისსა და ივნისში, საქართველოს სხვადასხვა ქალაქში.

შერჩეული მეთოდოლოგიის შეზღუდვები

კვლევის შეზღუდვად მივიჩნევთ რეცეპტების ინსტიტუტის დამკვიდრებიდან გასულ დროის მოკლე პერიოდს, რესპოდენტების გულწრფელობის ხარისხს (განსაკუთრებით არაქსელურ აფთიაქებში).

კვლევის შედეგები

კვლევის პროცესში ჩაღრმავებული ინტერვიუ ჩამოერთვა ჯანდაცვის 3 ექსპერტს: სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტის მთავარ სპეციალისტს, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამედიცინო ფარმაცოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელს, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორს, პროფესორ ნიკო გონგაძეს, ჯანდაცვის ექსპერტთა კლუბის კონსულტანტს თინათინ ტურძილაძეს, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის სპეციალისტს მარინა ლაცაბიძეს.

პროფესორმა ნი კოგონგაძემ ინტერვიუს დროს აღნიშნა, რომ რეცეპტების ინსტიტუტზე მუშაობა მთელი წლის განმავლობაში მიმდინარეობდა სამედიცინო და ფარმაცოლოგიის სფეროს წარმომადგენლებთან. საქართველოში რეცეპტების ინსტიტუტის დაწარმოების შესახებ ინიციატივა საქართველოს პარლამენტს ეკუთვნის. ჯანდაცვის სამინისტრომ განსაზღვრა ამ რეფორმის დადებითი და სუსტი მხარეები, გათვალა ბევრი დეტალი, მაგრამ ხარვეზები მრავლად ახლავს სისტემას. ბატონმა ნიკომ მონაწილეობა მიიღო პირველი, მეორე და მესამე ჯგუფის მედიკამენტების რეკლასიფიკაციის პროცესებში. აღნიშნა, რომ 2014 წლის 1 სექტემბერს გამოქვეყნებულ რეცეპტით და ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტთა სიას ეთანხმება. ხაზგასმით აღნიშნა,

რომ ნებისმიერი საინექციო წამლის ფორმა (გარდა გამოხდილი წყლისა) ავთიაქიდან უნდა გაიცეს რეცეპტით, ისევე, როგორც ევროპის ქვეყნებში¹.

რეცეპტებით გასაცემი წამლების ნუსხაში მოხვდა ნიმესილი, რასაც მოსახლეობის მძაფრი რეაქცია მოჰყვა. ბატონი ნიკო გონგადის მტკიცებით, ნიმესილის უკონტროლო, ქრონიკულმა გამოყენებამ შესაძლებელია ღვიძლის მნიშვნელოვანი დაზიანება და ფატალური შედეგი გამოიწვიოს. „ევროპის წამალთა სააგენტოს დოკუმენტში მითითებულია, რომ ნიმესულიდი ევროკავშირის ყველა ქვეყანაში მხოლოდ რეცეპტით გაიცემა. საქართველოში, სამწუხაროდ, ნიმესილს იყენებენ ნებისმიერი სახის ტკივილის დროს, რადგან სწრაფად აყუჩებს ტკივილს“. ბატონი ნიკო გონგადემ აღნიშნა, რომ 2014 წლის 15 სექტემბერს განხორციელებული ცვლილების დროს მეორედან მესამე ჯგუფში 800-მდე მედიკამენტის როტაცია მასთან არ იყო შეთანხმებული. ამ ცვლილების განხორციელების პროცესში უგულებელყოფილი აღმოჩნდა რეკლასიფიკაციის დროს გათვალისწინებული რამდენიმე არგუმენტი; გარკვეულწილად პარადოქსული აღმოჩნდა ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებების საინექციო ფორმებისთვის, ანტიპარაზიტული პრეპარატებისთვის და ა.შ. OTC სტატუსის მინიჭება; სავარაუდოდ ნიმესულიდსაც ურეცეპტო წამლების სიაში გადაიტანდნენ, მაგრამ რეფორმის „არქიტექტორების“ მიერ 15 სექტემბრამდე ძალიან ხშირად გაჟღერდა კონკრეტულად ამ მედიკამენტის მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების შესახებ; ამიტომ ნიმესულიდი დატოვეს მეორე ჯგუფის მედიკამენტთა სიაში. ბატონი ნიკოს აზრით, მედიკამენტების როტაციაში ფარმაცევტული კომპანიების ინტერესი იქნა გათვალისწინებული.

ფარმაცევტული კომპანიები უარყოფითად შეხვდნენ რეცეპტების რეფორმას. ბატონი ნიკოს აზრით, თუ ფარმაცევტულ ბიზნესს მოსახლეობის პრობლემები ადარდებს, გაზარდონ მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა და გააიფონ მედიკამენტები. ფარმაკოლოგიის სპეციალისტი განსაკუთრებით საინექციო წამლის ფორმების რეცეპტის გარეშე გაცემის წინააღმდეგია. მან დაადასტურა, რომ

¹Christine Bond „The over-the-counter pharmaceutical market – policy and practice”, Health Policy Developments, Eurohealth Vol 14 No 3 p. 19 - 24

მედიკამენტების როტაცია მეორედან მესამე ჯგუფში და პირიქით ისევ გრძელდება. ჯანმრთელობის სამინისტრო პერიოდულად იღებს მონაცემებს EMEA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products)-სა და WHO-დან, რომლის საფუძველზეც ნაციონალური პოლიტიკის გათვალისწინებით ხორციელდება ცვლილებები.

ჯანდაცვის ექსპერტთა კლუბის კონსულტანტის, ქ-ნი თინა ტურძილაძის აზრით, რეცეპტების ინსტიტუტის შემოღება ნაადრევია. ამ სისტემის ამოქმედებით დასახული ძირითადი მიზნის მიღწევა - თვითმკურნალობის შეზღუდვა და სააფთიაქო ნარკომანიის აღმოფხვრა - ვერ მოხერხდება. რეცეპტი ეფექტური ინსტრუმენტია რაციონალური ფარმაცოთერაპიისთვის, მაგრამ მხოლოდ რეცეპტის ინსტიტუტის ამოქმედება არარაციონალურ ჯანდაცვას ვერ გარდაქმნის რაციონალურად. მედიკამენტების რაციონალური დანიშნულება უნდა ითვალისწინებდეს მაქსიმალურ თერაპიულ ეფექტს, მინიმალურ დანახარჯებს, წამლის მიღებით გამოწვეულ მინიმალურ რისკს და პაციენტის უფლებების პატივისცემას. სამწუხაროდ, ფარმაცევტული პროდუქტის უსაფრთხოება და ეფექტურობა არ იზომება საქართველოში, ხოლო წამლის კლინიკური კვლევების შესახებ ინფორმაცია გასაიდუმლოებულია. სწორედ ეს არის ფარმაცოთერაპიის მთავარი პრობლემა და არა ის, რომ პაციენტი მეზობლის რჩევით ყიდულობს წამალს. რეცეპტების სისტემა არცერთ ქვეყანაში არ ფუნქციონირებს სუბსიდირების გარეშე. რეცეპტის ინსტიტუტმა პაციენტს მედიკამენტის ფინანსური ტვირთი უნდა შეუმსუბუქოს: სახელმწიფომ ან სხვა მზღვეველმა სრულად ან ნაწილობრივ უნდა აანაზღაუროს წამლის ღირებულება. მაგ. ევროპაში სუბსიდირებით სრულად გადაფარულია Rx სტატუსის მქონე მედიკამენტების ფინანსური ტვირთი, მაგრამ ავსტრალიაში მოსალოდნელ სარგებელთან შედარებით მაღალი რისკის შემცველი, რეცეპტით გასაცემი ყველა წამალი არ სუბსიდირდება. რეცეპტი ძალიან მნიშვნელოვანი სისტემური ინსტრუმენტია, რომელსაც კონკრეტული დანიშნულება აქვს. განვითარებულ ქვეყნებში წარმატებით მუშაობს რეცეპტის ინსტრუმენტი. იგი ოთხკომპონენტია: 1. პაციენტი; 2. სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც მომსახურებას უწევს პაციენტს; 3. ფარმაცევტული დაწესებულება; 4.

დამფინანსებელი კომპანია.¹ საქართველოში პაციენტს არ აქვს ექიმთან მისვლის მოტივაცია და რეცეპტის ინსტიტუტმა იგი მუჯღლუგუნით მიიყვანა ექიმთან. ქალბატონი თინა სამკურნალწამლო საშუალებების რეკლასიფიკაციასაც შეეხო: 2014 წლის 1 სექტემბერს გამოქვეყნებული ურეცეპტო წამლების ნუსხაზე 800-მდე მედიკამენტის დამატება სამინისტროს ირაციონალური გადაწყვეტილებაა. ავთიაქიდან წამლის გაცემის რეჟიმის თაობაზე სამინისტრომ მოლაპარაკებები წამლის ბროკერებთან და დისტრიბუტორებთან არ უნდა აწარმოოს. ამას გამორიცხავს საერთაშორისო სტანდარტი. მედიკამენტების სიის შედგენას მეტი კვალიფიკაცია და ყურადღება სჭირდება, რაც შეამცირებს კორუფციული გარიგებების რისკს და უფრო გამჭვირვალეს გახდის მედიკამენტების რეკლასიფიკაციის პროცესს. განვითარებულ ბაზრებზე რეკლასიფიკაციის საკითხები წყდება ე.წ. პერიოდულად განახლებადი უსაფრთხოების ანგარიშების (PSUR) საფუძველზე, რომელსაც დადგენილი პერიოდულობით და ფორმატით წამლის მწარმოებელი წარუდგენს მარეგულირებელს. ქ-ნი თინა ე.წ. საავთიაქო ექიმებსაც შეეხო: დიდმა ფარმაცევტულმა კომპანიებმა მოახერხეს და ფარმაცევტულ სერვისს დაურთეს საექმო ხარისხის სამედიცინო სერვისი - თავიანთ ობიექტებში დასვეს საავთიაქო ექიმები, რომლებიც წერენ რეცეპტს. ფარმაცევტული ბიზნესი მოტივირებულია გააძვიროს, ან გაყიდოს ძვირადღირებული ბრენდები, ან გაყიდოს ბევრი წამალი. მათგან მართული ექიმის დანიშნულება ვერ იქნება რაციონალური. ასეთი რეცეპტი ფსევდორეცეპტია. დღეს არსებული სისტემა არ აძლევს საშუალებას საზოგადოებას, რომ რაციონალურად დანიშნული წამალი მიიღოს და აიცილოს ის რისკები, რომელიც წამლის უკონტროლო მიღებით შეიძლება იყოს გამოწვეული. „ქართულ ჯანდაცვაში რეცეპტი - ეს არის ბროშკა ტელეგრეიკაზე“ - დასძინა ქ-მა თინამ საუბრის ბოლოს.

კვლევის ფარგლებში, რომელიც ჩატარდა თბილისში, გორში, ქარელში, ბათუმში, ქობულეთში, სენაკსა და ზესტაფონში, ინტერვიუ ჩამოერთვა ამბულატორიული და

¹ტურბილაძე თინა: რეცეპტებით მედიკამენტების გაცემის პროექტი შესაძლოა ჩავარდეს?! Media City. 14.08.2014

სტაციონარული ტიპის 31 სამედიცინო დაწესებულებაში მოღვაწე სხვადასხვა სპეციალობის 96 ექიმს.

ინტერვიუ ჩამოერთვა 65 ფარმაცევტს, ძირითადად მენეჯერებს. მონაცემები შეგროვდა თბილისის, გორის, ბათუმის, ქობულეთის, ქარელის, სენაკის, ზესტაფონის 62 აფთიაქის ქსელური (ავერსი, პსპ, ჯი-პი-სი, ფარმადეპო, სახალხო აფთიაქი, იმპექსი და ა.შ.) და არაქსელური აფთიაქების თანამშრომლების დახმარებით.

კვლევის პროცესში გამოკითხული აფთიაქების 72%-ს შეადგენს ავერსის, პსპ-ს, ჯიპისის, ფარმადეპოს აფთიაქები. ძალიან რთული აღმოჩნდა ინტერვიუს წარმოება არაქსელურ აფთიაქებში, ფარმაცევტები არ იყვნენ გულწრფელნი კითხვარების შევსების დროს.

ცხრილი 6: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები. საქართველოში უნდა მოქმედებდეს რეცეპტების ინსტიტუტი?

	ექიმი	%	ფარმაცევტი	%
დიახ	75	78,1	41	67,2
არა	15	15,6	14	23,0
არაქსმნიშვნელობა	6	6,3	6	9,8
ჯამი	96	100%	61	100%

გამოკითხული ექიმების 15% არ მიესალმება რეცეპტების ინსტიტუტის დანერგვას, რადგან ეს პროცესი ნაადრევია საქართველოსთვის; მხოლოდ 6%-მა დააფიქსირა, რომ მისი პროფესიული მოღვაწეობისთვის რეცეპტების არსებობა/არარსებობას არ აქვს მნიშვნელობა;

ცხრილი7: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები. რეცეპტების ინსტიტუტის ამოქმედების შემდეგ როგორ შეიცვალა პაციენტთა მომართვიანობა სამედიცინო დაწესებულებებში/აფთიაქებში?

	ექიმი	%	ფარმაცევტი	%
გაიზარდა	33	34,4	1	1,6

შემცირდა	5	5,2	29	47,5
არშეცვლილა	58	60,4	28	45,9
მიჭირსდაკონკრეტება	0	0	3	4,9
ჯამი	96		61	

გამოკითხული ექიმების 60,4% (პედიატრები, ნეონატოლოგები, კარდიოლოგები, ქირურგები, ინფექციონისტები, გინეკოლოგები) აღნიშნავს, რომ პაციენტთა მიმართვიანობა რეცეპტების გამოწერის მიზნით მათთან არ გაზრდილა. ექიმების 33% (ოჯახის ექიმები, თერაპევტები) პაციენტთა მიმართვიანობის მომატებაზე მიუთითებს; საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამუშავებასთან ერთად რეცეპტების ინსტიტუტის დანერგვამ მყისიერად გაზარდა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში პაციენტთა მიმართვიანობა, რის გამოც ექიმებს დატვირთვა მნიშვნელოვნად მოემატათ. აღსანიშნავია, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედება დროში თითქმის დაემთხვა რეცეპტების ინსტიტუტის დამკვიდრების პროცესს. ექიმების მხოლოდ 5,2%-მა დააფიქსირა პაციენტების ნაკადის შემცირება, რომლის მიზეზად „სააფთიაქო“ ექიმების გამოჩენა ან პირველადი ჯანდაცვის რგოლში პაციენტის გადამისამართება დაასახელეს.

გამოკითხული ფარმაცევტების 47,5%-მა აღნიშნა, რომ პაციენტების ნაკადი შემცირდა. ამის მიზეზებად დაასახელეს ექიმთან მიუსვლელობა ან არაქსელურ აფთიაქებში გადამისამართება, სადაც მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა გამარტივებულია. რესპოდენტთა 46% თვლის, რომ მიმართვიანობა არ შეცვლილა, მხოლოდ ერთმა ფარმაცევტმა აღნიშნა პაციენტთა ნაკადის მომატება.

ცხრილი 8: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები: როგორ აისახა ექიმის/აფთიაქის შემოსავალზე რეცეპტების ინსტიტუტის დანერგვა?

	ექიმი	%	აფთიაქი	%
გაიზარდა	16	16,7	1	1,6
შემცირდა	1	1,0	24	39,3
არ შეცვლილა	78	81,3	22	36,1
თავი შეიკავა პასუხისგან	1	1,04	14	23,0

ჯამი	96		61	
------	----	--	----	--

გამოკითხული ექიმების 81%-მა დააფიქსირა, რომ მათი ხელფასები არ გაზრდილა, მაგრამ დატვირთვა გაეზარდათ. ექიმების 17%-მა (ძირითადად ოჯახის ექიმებმა, რომლებსაც გაწეული სამედიცინო დახმარება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით უნაზღაურდებათ) დააფიქსირა ხელფასის მომატება.

კვლევის პროცესში გამოკითხული ექიმების 95% აღნიშნა, რომ რეცეპტების ინსტიტუტის შემოღებამ მნიშვნელოვნად გაართულა მათი პროფესიული საქმიანობა; ექიმი ორჯერ აფორმებს დანიშნულებას: იგი ავსებს აფთიაქისთვის განკუთვნილ A4 ფორმატის რეცეპტის ბლანკს და დამატებით ჩვეულებრივ ფურცელზე პაციენტისთვის წერს იმავე წამლის მიღების წესსა და დოზირების რეჟიმს, რადგან გამოწერილი ფარმაცევტული პროდუქტის სრულად შექმნის შემთხვევაში რეცეპტი აფთიაქში რჩება. ბიუროკრატიული აპარატი გართულებულია. ექიმს მეტი დრო ეხარჯება. რეცეპტების ინსტიტუტზე განაწყენებული კარდიოლოგი მაქსიმალურად ცდილობს რეცეპტების გამოწერისთვის პაციენტი გადაამისამართოს ოჯახის ექიმთან. ზოგიერთი ექიმის აზრით, კერძო სადაზღვევო კომპანიების ბენეფიციარებს ელექტრონულად უბეჭდავენ წამლების დასახელებებს, გამოშვების ფორმას, წამლის დოზას, ფურცელს ბეჭდით ამოწმებენ და ფორმა N3 რეცეპტის ბლანკის შევსება ზედმეტია.

ცხრილი 9: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები: რამდენად გართულდა რეცეპტებით შემოსული პაციენტების მომსახურება?

	ფარმაცევტი	%
მნიშვნელოვნად	32	52,5
უმნიშვნელოდ	14	23,0
არ გართულებულა	15	24,6
ჯამი	61	

ზოგი ფარმაცევტული კომპანიის ფარმაცევტები, აუცილებელი პროცედურის ჩატარების გარდა, დამატებით რეცეპტის გამოწერი ექიმის სახელსა და გვარს

კომპიუტერში აფიქსირებენ, რომელიც ჩანს ამობეჭდილ ქვითარზე, გრაფაში „რეცეპტი გამოწერა“. ეს მოთხოვნა კონკრეტული დაწესებულების შინაგანაწესს წარმოადგენს.

ცხრილი 10: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები:

ფარმაცევტის მიერ მედიკამენტის შეთავაზების პროცესი		
	ფარმაცევტი	%
შეიზღუდა	39	63,9
არშეიზღუდა	22	36,1
ჯამი	61	

ამ მონაცემების თანახმად, ფარმაცევტის საქმიანობა გარკვეულ ჩარჩოებში მოექცა.

ცხრილი 11: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები. როგორია ფორმა 3-რეცეპტის ბლანკებით ექიმების უზრუნველყოფის პრინციპი?

როგორია ფორმა 3-რეცეპტის ბლანკებით ექიმების უზრუნველყოფის პრინციპი?	ექიმი	%
სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაცია უზრუნველყოფს	84	87.5
ექიმი საკუთარი სახსრებით იმარაგებს	2	2.1
სამედიცინო დაწესებულებაში მიღებული პაციენტებისთვის - ადმინისტრაცია ამარაგებს, პირადი პაციენტებისთვის - საკუთარ სახსრებს ხარჯავს	10	10.4
ჯამი	96	

რეცეპტის ადგილზე ამობეჭდვის დადებით მხარედ ექიმებმა დაასახელეს ფართო ხელმისაწვდომობა რეცეპტის ბლანკზე, მაგრამ უარყოფით მხარედ აღნიშნეს სამედიცინო დაწესებულების/ექიმის მხრიდან დამატებითი სახსრების მობილიზება (კომპიუტერი, ქსეროქსის აპარატი, ფურცლები, პერსონალი), რაც შესაძლოა სამედიცინო მომსახურების და/ან სამკურნალო საშუალებების გაძვირების საბაზი გახდეს. სამწუხაროდ, კვლევის პერიოდს დაემთხვა ლარის მიმართ აშშ დოლარის გაცვლის კურსის მნიშვნელოვანი გაზრდა, რის გამოც გაძვირდა სამედიცინო მომსახურების ცალკეული სახეები და სამკურნალო საშუალებები. ამიტომ ძნელი დასადგენია რეცეპტის ინსტიტუტმა რამდენად გააძვირა სამედიცინო მომსახურება და/ან მედიკამენტები.

რეცეპტების ბლანკებზე ხელმისაწვდომობის ტექნიკური ხარვეზებია: რეცეპტების ბლანკების მიწოდების სისწრაფე (ზოგიერთი დაწესებულება სტამბაში ბეჭდავს რეცეპტების ბლანკებს, ხოლო სტამბა ხშირად აგვიანებს მოწოდებას, რაც პრობლემებს უქმნის ექიმებს); ზოგიერთი სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაცია ზღუდავს ბლანკების რაოდენობას; შესაბამისად, ექიმიც ზღუდავს დანიშნულებას (მაგ. ერთ-ერთი სამედიცინო დაწესებულების პედიატრს პაციენტის მშობელმა 1000 ცალი რეცეპტის ბლანკი აჩუქა და ექიმი ამით ძალიან კმაყოფილია).

ზოგიერთი კერძო დაწესებულება მკაცრად აკონტროლებს რეცეპტების ნუმერაციას: ექიმებს ამარაგებს დაბეჭდილი ბლანკებით მხოლოდ კლინიკაში რეგისტრირებული პაციენტებისთვის; ამიტომ სისტემაში რეგისტრირებული ექიმი ოჯახის წევრებისთვის, სახლში მიღებული პაციენტებისთვის საკუთარი ფინანსებით ბეჭდავს რეცეპტებს. ზოგიერთი ექიმი კი კლინიკაში დარეგისტრირებული პაციენტის ისტორიაში წერს ისეთ მედიკამენტს, რომლის დანიშნულება რეალურად არ გაუცია, აფიქსირებს რეცეპტის ნომერს და ამ ნომრით ამობეჭდილ რეცეპტს საკუთარი ახლობლისთვის იყენებს. ზოგიერთ კლინიკაში ექიმებს ბლანკებს მხოლოდ მთავარი ექიმი უბეჭდავს. როცა იგი დაკავებულია, მაშინ ბლანკზე ხელმისაწვდომობა სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს.

ექიმთა აზრით, რეცეპტურის ინსტიტუტის შემოღებით მათ დაწესებულებას ხარჯი გაეზარდა. ეს პრობლემა დააფიქსირეს კარდიოლოგებმა, რომლებიც პოლიპრაგმაზიით გამოირჩევიან (მაგ. 4-5 და ზოგჯერ 10 მედიკამენტსაც უნიშნავენ ერთ პაციენტს), ხოლო გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების სამკურნალო პრეპარატების უმრავლესობა მიეკუთვნება II ჯგუფის მედიკამენტების ნუსხას.

რეგიონებში რეცეპტის ბლანკებზე ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობა ძალიან გაძნელებულია. რესპოდენტები აღნიშნავენ, რომ რეცეპტურისათვის საჭირო პრინტერის ქაღალდის ფურცლები და კარტრიჯი ძვირი ჯდება. ერთ-ერთი კერძო ამბულატორიის მფლობელი უარს აცხადებს რეცეპტის ბლანკებით ექიმების უზრუნველყოფაზე, საჭირო მასალების სიძვირის გამო. ზოგი რესპოდენტი რეცეპტების ინსტიტუტის დამკვიდრებას ქაღალდის ბიზნესის ხელშეწყობად აღიქვამს. აჭარის ერთ-

ერთი სოფლის ამბულატორიის ოჯახის ექიმი პერიოდულად მიდის რაიონის სამედიცინო ცენტრში და დაწესებულების ხარჯით ბეჭდავს 100-150 ბლანკს, რომელიც საშუალოდ 1-1,5 თვის განმავლობაში ყოფნის.

რესპოდენტი ექიმების 30,2% თვლის, რომ რეცეპტის 1 ბლანკზე მინიმუმ 2-3 მედიკამენტი უნდა იწერებოდეს. 18%-ს მიაჩნია, რომ 3 მედიკამენტის გამოწერის უფლება უნდა ჰქონდეს.

ცხრილი 12: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები: რამდენი მედიკამენტი უნდა იწერებოდეს რეცეპტის ერთ ბლანკზე?

რამდენი მედიკამენტი უნდა იწერებოდეს რეცეპტის ერთ ბლანკზე?	ექიმი	%
1 მედიკამენტი	12	12.5
2 მედიკამენტი	8	8.3
2-3 მედიკამენტი	29	30.2
3 მედიკამენტი	18	18.8
3 -4 მედიკამენტი	4	4.2
4 მედიკამენტი	2	2.1
4-5 მედიკამენტი	2	2.1
5-6 მედიკამენტი	3	3.1
მთლიანიდან იშნულეობა	8	8.3
არაქვს მნიშვნელობა	4	4.2
უნდა გაუქმდეს ბლანკი	6	6.3
ჯამი	96	

ერთი მედიკამენტის ერთ ბლანკზე გამოწერის პროცესი დროისა და ფინანსების (ქალაქის, კარტრიჯის...) დიდ დანახარჯებთან ასოცირდება და არარაციონალურია. ექიმი ერთ პაციენტს უხშირესად ერთზე მეტ, საშუალოდ 2-3 მედიკამენტს უნიშნავს. შესაბამისად, ექიმი ერთსა და იმავე პუნქტს რამდენჯერმე ავსებს, რაც მედიკოსების სერიოზული აღშფოთების მიზეზია. Rp - გრაფა ხუთ სტრიქონს და Ds - გრაფა ოთხ სტრიქონს არ საჭიროებს. როგორც წესი, ექიმები Rp - გრაფაში წერენ მიღების წესსა და დოზირების რეჟიმს. ოთხი სტრიქონის გაუქმება ბლანკს ზომაში დააპატარავებს. ექიმებმა დაასახელეს რეცეპტის ბლანკების პირადი ჩანთით ტარების მოუხერხებლობაც ბინაზე ვიზიტების დროს. ზოგმა რესპოდენტებმა საბჭოთა პერიოდში არსებული რეცეპტების ბლანკების მიმართ ნოსტალგია გამოხატეს.

გამოკითხულმა ექიმებმა რეცეპტის ნუმერაციასთან დაკავშირებით არაერთგვაროვანი აზრი გამოთქვეს. ზოგიერთი ექიმი საერთოდ არ აქცევს ყურადღებას საიდენტიფიკაციო ნომერს და შესაბამისად არც აინტერესებთ რა საჭიროა იგი; თვლიან, რომ უსარგებლოა უნიკალური ნომრის მინიჭება. რეცეპტის ნუმერაცია არ არის საკმარისი მედიკამენტების რეცეპტით გაცემის სრული მონიტორინგისთვის.

ზოგიერთი დაწესებულების ადმინისტრაცია ითხოვს პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიაში, ფორმა #100-სა და დაწესებულების მონაცემთა ბაზაში ექიმმა დააფიქსიროს გაცემული რეცეპტის ნომერი, თუმცა კანონი ამას არ ავალდებულებს. ეს მოთხოვნა კონკრეტული სამედიცინო დაწესებულების შინაგანაწესს წარმოადგენს. რეცეპტის ნუმერაციის მიხედვით ელექტრონულად შესაძლებელია დავადგინოთ მაგ. რეფორმის დაწყებიდან 2015 წლის 30 მაისისათვის სულ რამდენი რეცეპტი ამოიბეჭდა.

რეცეპტის ბლანკში დიაგნოზის ამსახველი გრაფა არ არის მითითებული. გამოკითხული ექიმების 20-30 % აღნიშნავს, რომ ნაცნობ-მეგობრებისთვის ხშირად წერს რეცეპტებს. მაგ. ინფექციონისტი მეზობელს უნიშნავს საგულე ან ჰორმონალურ საშუალებას; ერთ-ერთი რაიონული ცენტრის ექიმები თითქმის აღარ წერენ რეცეპტებს. ერთ-ერთი არაქსელური აფთიაქის მფლობელი პროფესიით ექიმია, დარეგისტრირებულია სისტემაში, ბეჭდავს ბლანკებს. ექიმები მასთან ამისამართებენ პაციენტებს. აფთიაქი ურეცეპტოდ გასცემს მედიკამენტებს და დღის ბოლოს ფორმდება რეცეპტები. მხოლოდ ერთადერთმა ექიმმა პედიატრმა მიიჩნია საჭიროდ რეცეპტში დიაგნოზის მითითება ACD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision)-ის მიხედვით იმისთვის, რომ რეცეპტს აზრი ჰქონდეს. ექიმის დანიშნულება ყოველთვის დიაგნოზთან შესაბამისობაში უნდა იყოს. რეცეპტების ინსტიტუტმა უნდა გამოავლინოს ექიმის მიერ გაცემული დანიშნულების რაციონალიზმი, გაიდლაინებთან შესაბამისობა და სწორად განხორციელებული რეფორმა შეუწყობს ხელს მედიკამენტებზე დანახარჯების შემცირებას.

მხოლოდ 5 ექიმმა (5,2%) ისურვა სამკურნალწამლო საშუალების გენერიკული დასახელებით მითითება, ისევე, როგორც განვითარებულ ქვეყნებშია მიღებული. 47,9%-მა მოითხოვა სავაჭრო დასახელება, 36,5% - ორივე დასახელება, რადგან საქართველოში

მხოლოდ გენერიკული დასახელებით გამოწერილი წამლის გაცემისას ფარმაცევტული კომპანიების თითოეული სააფთიაქო ქსელი მხოლოდ საკუთარ ინტერესებს გაითვალისწინებს, მისთვის პრიორიტეტულ სავაჭრო მარკას გაყიდის და ნაკლებად დაიცავს პაციენტის ინტერესს. ამას ადასტურებს ფარმაცევტების გამოკითხვის შედეგებიც.

ცხრილი 13: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები: რეცეპტში როგორ უნდა იყოს მითითებული მედიკამენტი?

	ექიმი	%	ფარმაცევტი	%
გენერიკული დასახელებით	5	5.2	35	57.4
სავაჭრო დასახელებით	46	47.9	3	4.9
ორივე დასახელებით	35	36.5	20	32.8
არ აქვს მნიშვნელობა	10	10.4	3	4.9
ჯამი	96		61	

კვლევის ერთ-ერთი მიზანი გახლდათ სამკურნალო საშუალებების რეკლასიფიკაციის საფუძვლების გარკვევა; საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული კრიტერიუმების ანალიზი რეკლასიფიკაციისთვის და მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნის პოლიტიკა რეცეპტის ინსტიტუტთან მიმართებაში.

კვლევის პროცესში მოძიებულია ევროპის თვითდანიშნული წამლების ასოციაციის (AESGP-Association of the European Self-Medication Industry)-ის მიერ გამოქვეყნებული 2013 წლის მონაცემები რამდენიმე ქვეყნის საერთო ფარმაცევტული ბაზრისა და OTC მედიკამენტების თანხობრივი ბრუნვის შესახებ (იხ. ცხრილი 14).

მხოლოდ ამ მონაცემების მეშვეობით რეცეპტების ინსტიტუტის მოქმედების მასშტაბების შედარება პირობითია, რადგან სხვადასხვა ქვეყანაში მედიკამენტების ფასები, წამლების ანაზღაურების თავისებურებები განსხვავებულია. უკრაინაში OTC მედიკამენტებზე დახარჯულმა თანხამ საერთო ფარმაცევტული ბაზრის 44% შეადგინა; შესაბამისად, უკრაინაში არ არის მძლავრი რეცეპტების ინსტიტუტი მაშინ, როცა

თურქეთში OTC მედიკამენტებზე დახარჯულმა თანხამ საერთო ფარმაცევტული ბაზრის 1% შეადგინა; როგორც ჩანს, თურქეთში ურეცეპტოდ ძალიან ცოტა წამალი იყიდება. დასავლეთ და აღმოსავლეთ ევროპის უმრავლეს ქვეყანაში იგივე მონაცემი მერყეობს 14-15%-ის ფარგლებში. შედარებით თავისუფლად იყიდება მედიკამენტები ჩეხეთში, ბულგარეთსა და პოლონეთში.

ცხრილი 14. 2013 წლის ფარმაცევტული ბაზრის მონაცემები ¹

ქვეყანა	საერთო ფარმაცევტული ბაზარი (მილიონი ევრო)	ურეცეპტო მედიკამენტების ბაზარი (მილიონი ევრო)	ურეცეპტო მედიკამენტების % წილი
ავსტრია	4490	734	16
ბელგია	3053	450	15
ბულგარეთი	1198	328	27
გაერთიანებული სამეფო	11694	1680	14
გერმანია	42140	5974	14
დანია	2115	152	7
ესპანეთი	18070	982	5
თურქეთი	5518	57	1
ირლანდია	1930	137	7
იტალია	17793	2440	14
ლიტვა	510	76	15
ნიდერლანდები	5017	762	15
პოლონეთი	6449	2156	33
პორტუგალია	2525	227	9
რუმინეთი	2980	387	13
საბერძნეთი	2792	420	15
სლოვაკეთი	1385	194	14
სლოვენია	523	49	9
უკრაინა	2869	1268	44
შვედეთი	4192	576	14
შვეიცარია	3250	643	20
ჩეხეთი	1369	341	25

მოგეხსენებათ, მედიკოსების მიერ ინიშნება როგორც რეცეპტით გასაცემი, ისე OTC მედიკამენტები; ევროპის თვითდანიშნული წამლების ასოციაცია გვთავაზობს იმ მედიკამენტების ჯგუფების ჩამონათვალს, რომელსაც მომხმარებელი

¹ <http://www.aesgp.eu/facts-figures/market-data/>

თვითმკურნალობის მიზნით იძენს; Self-medication market-ის შემადგენლობაში განიხილება: ტკივილგამაყუჩებელი, გრიპისა და გაციების საწინააღმდეგო, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების სამკურნალო, კანის მოვლის საშუალებები, ვიტამინები/მინერალები¹.

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ განხორციელდა მეორე და მესამე ჯგუფს მიკუთვნებული მედიკამენტების რეკლასიფიკაცია.

ექიმებისა და ფარმაცევტებისთვის დარიგებულ კითხვარში ერთ-ერთი ღია კითხვა ეხებოდა რეკლასიფიკაციას. გთავაზობთ გამოკითხვის შედეგებს:

ქალთა კონსულტაციის და სამშობიარო სახლების გინეკოლოგების აზრით, OTC სტატუსით უნდა სარგებლობდეს ოქსიტოცინი, ლივაროლის (კეტოკონაზოლის შემცველი) ვაგინალური სანთლები, რადგან კლოტრი-დენკის (კლოტრიმაზოლის შემცველი) ვაგინალური ტაბლეტები იყიდება ურეცეპტოდ.

გამოკითხული ექიმებისა და ფარმაცევტების დიდმა უმრავლესობამ (70-80 %) დააფიქსირა თავიანთი უკმაყოფილება ანტიჰიპერტენზიული საშუალებების, ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებების, შაქრიანი დიაბეტის სამკურნალო პრეპარატების და ანტიალერგიული საშუალებების Rx სტატუსთან დაკავშირებით, მიუხედავად იმისა, რომ სამი ანტიჰიპერტენზიული საშუალება (კაპტოპრილი, მეტოპროლოლი, ნიფედინი), სამი ანტიდიაბეტური საშუალება (გლიბენკლამიდი, მეტფორმინი, ინსულინი) გადაუდებელი დახმარების ჩანთაში გაერთიანებული მედიკამენტების ჩამონათვალში გვხვდება.² აღმოჩნდა, რომ ზოგიერთი ექიმი საერთოდ არ ფლობს ინფორმაციას ამ ჩამონათვალის შესახებ; ექიმები ისეთ სამკურნალწამლო საშუალებებზე ითხოვდნენ ურეცეპტოდ გაცემის ნებართვას, რომლებიც მიმდინარე მდგომარეობით ისედაც ურეცეპტოა, მაგ. ლიდოკაინის ამპულები; საინექციო, გამოხდილი წყალი.

განვიხილოთ ერთი შემთხვევა: ქალთა კონსულტაციის გინეკოლოგმა პაციენტს პოსტინორის (ლევონორგესტრელი) რეცეპტზე გამოწერის მიზნით სასწრაფოდ გაუხსნა ისტორია, გააფორმებინა კონსულტაცია, რაშიც მოსალოდნელი არასასურველი

¹ <http://www.aesgp.eu/facts-figures/market-data/product-groups/>

² <http://apps.ssa.gov.ge/recepti/Camlebi>

ორსულობით შეშინებულმა პაციენტმა თანხა გადაიხადა და მიიღო რეცეპტი. პაციენტიც და ექიმიც არასწორად არის ინფორმირებული, რადგან პოსტინორი ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტთა სიაშია. 2000-2002 წწ-ში გაერთიანებულ სამეფოში ჩატარებული კვლევების საფუძველზე დადგინდა გადაუდებელი ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალების (პროგესტოგენი) - ლევონორგესტრელის უსაფრთხოება, რის გამოც იგი ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტთა სიაში გადაიტანეს. ამ მოვლენას არ გამოუწვევია ქალებში ჰორმონალური კონტრაცეპტივების მიღების, დაუცველი სექსუალური ურთიერთობების სიხშირის გაზრდა და კონტრაცეპციის სხვა მეთოდების გამოყენების სიხშირის შემცირება. ქალებისთვის უმჯობესი აღმოჩნდა დაუყოვნებლივ მიეღოთ ეს მედიკამენტი არასასურველი ორსულობისგან თავის დასაცავად, ვიდრე ექიმთან სასწრაფოდ გაეფორმებინათ ვიზიტი, რასაც მოყვებოდა რეცეპტის გამოწერაზე დროისა და ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური რესურსების ხარჯვა¹. ამჟამად მსოფლიოს ძალიან ბევრ ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოში ლევონორგესტრელი (მაგ. პოსტინორი, მირენა) ურეცეპტოდ გაიცემა.

ექიმების ცუდად ინფორმირებულობაზე მეტყველებს სხვა შემთხვევა: დერმატო-ვენეროლოგი კმაყოფილია დერმატოლოგიური მალამოებისთვის (ცელესტოდერმი, პროტოპიკი) Rx სტატუსის მინიჭებით, რადგან პაციენტს შეეზღუდა მალამოების თვითნებურად „წათხიპვის“ შესაძლებლობები. სინამდვილეში 2015 წლის მაისის მდგომარეობით ეს მედიკამენტები ურეცეპტოდ იყიდება.

ფარმაცევტებს მიაჩნიათ, რომ ნიზორალის, ვი-დრაფტის (კეტოკონაზოლის შემცველი) შამპუნები ურეცეპტოდ უნდა იყიდებოდეს.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე განთავსებულ პრეზენტაციაში „ფარმაცევტული პროდუქტების რეკლასიფიკაციის საფუძვლები“ სოკოს საწინააღმდეგო პრეპარატების გარეგანი და ვაგინური ფორმები (კეტოკონაზოლი, ეკონაზოლი, იზოკონაზოლი) მესამე ჯგუფის

¹WSMI (World Self-Medication Industry) - „Prescription to nonprescription medicines switch”, 2009

მედიკამენტებში არის გაერთიანებული.¹ რეალურად საქართველოში 2015 წლის მაისის მდგომარეობით ნიზორალის, ვი-დრაფტის (კეტოკონაზოლის შემცველი) შამპუნები, ლივაროლის (კეტოკონაზოლის შემცველი) ვაგინური ფორმა გაიცემა რეცეპტით.²

კეტოკონაზოლის გარეგანი ფორმები, კერძოდ შამპუნები მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანაში OTC სტატუსით სარგებლობს.³ ავსტრიაში, უნგრეთში შამპუნი ურეცეპტოდ გაიცემა, ხოლო კეტოკონაზოლის კრემი - რეცეპტით. ბელგიასა და შვეიცარიაში კეტოკონაზოლის ყველა ტოპიკურ ფორმას (შამპუნი და კრემი) OTC სტატუსი აქვს მინიჭებული.

ფარმაცევტების დიდი უმრავლესობა აპროტესტებს ქლორამფენიკოლის (ლევომიციტინი), ფტალაზოლის გაერთიანებას ფარმაცევტული პროდუქტების მეორე ჯგუფში. Legal classification status of selected ingredients in the European Union-ის მონაცემებზე დაყრდნობით, ქლორამფენიკოლის ყველა ფორმა ევროკავშირის ყველა ქვეყანაში, ბელგიისა და პორტუგალიის გარდა, რეცეპტით იყიდება, ხოლო გაერთიანებულ სამეფოში 2005 წლის ივლისიდან ქლორამფენიკოლის მხოლოდ თვალის წვეთებს მიენიჭა OTC სტატუსი.⁴

ბისეპტოლი (სულფამეტოქსაზოლისა და ტრიმეტოპრიმის კომბინაცია) ძალიან დიდი პოპულარობით სარგებლობს ჩვენს ქვეყანაში. დღევანდელი მდგომარეობით, იგი რეცეპტით გაიცემა, რასაც პრობლემად მიიჩნევს ფარმაცევტთა და პედიატრების დიდი ნაწილი. ასეთი კომბინირებული მედიკამენტი მხოლოდ იაპონიაში იყიდება და მინიჭებული აქვს Rx სტატუსი, სხვა ქვეყნებში (ავსტრალია, კანადა, ბელგია, ჩეხეთი, ესტონეთი, ფინეთი, საფრანგეთი, გერმანია, უნგრეთი, იაპონია, ნორვეგია და სხვ.) - მხოლოდ ტრიმეტოპრიმი არის რეგისტრირებული და ყველგან რეცეპტით გაიცემა. ერთადერთი ქვეყანა არის ახალი ზელანდია, სადაც ტრიმეტოპრიმს აქვს OTC სტატუსი და გარკვეული შეზღუდვებით იყიდება. მაგ. გამოშვების ფორმა უნდა იყოს 300 მგ ან

¹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს: რეკლასიფიკაციის საფუძვლები.

² <http://apps.ssa.gov.ge/recepti/Camlebi?SearchText=%E1%83%9C%E1%83%98%E1%83%96%E1%83%9D%E1%83%A0%E1%83%90%E1%83%9A%E1%83%98&QartuliKlaviatura=true&QartuliKlaviatura=false>

³ Association of the European Self-Medication Industry. <http://www.aesgp.eu>

⁴ Legal classification status of selected ingredients in the European Union

მასზე ნაკლები; გაიცემა მხოლოდ 3 ტაბლეტი 16-65 წლის ასაკის მდედრობითი სქესის პაციენტებზე, რომლებსაც აღენიშნებათ საშარდე სისტემის გაურთულებელი ინფექცია. ხოლო გაყიდვის უფლება აქვს რეგისტრირებულ ფარმაცევტს, რომელმაც ახალი ზელანდიის ფარმაცევტულ კოლეჯში წარმატებით გაიარა ტრენინგი საშარდე გზების ინფექციების მართვის შესახებ¹.

ღვიძლისა და სანაღვლე გზების დაავადებების სამკურნალო საშუალება - ჰიმეკრომონი საქართველოში იყიდება ორი სავაჭრო დასახელებით: ოდესტონი და ჰიმეკრომონი სოფარმა. ორივე მედიკამენტი წარმოებულია პოლონეთში. ჩვენს ქვეყანაში ეს მედიკამენტები გაიცემა რეცეპტის გარეშე, ხოლო პოლონეთში მათ Rx სტატუსი აქვთ მინიჭებული ისევე, როგორც ავსტრიაში, ბულგარეთში, ჩინეთში, იაპონიაში, ესპანეთსა და აშშ-ში². ხოლო საქართველოს მსგავსად, ჰიმეკრომონი ურეცეპტოდ იყიდება ბელგიაში, ჩეხეთში, საფრანგეთში, გერმანიაში, იტალიაში, სამხრეთ კორეასა და ლიტვაში.

კვლევის ერთ-ერთ მიზანს წარმოადგენს რეცეპტების ინსტიტუტის ზეგავლენა მედიკამენტების ხელმისაწვდომობაზე.

ცხრილი 15: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები: ფარმაცევტების აზრით, აფთიაქის მომხმარებელთა რამდენი პროცენტი აფასებს რეფორმას დადებითად?

მომხმარებელთა პროცენტი	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
რესპოდენტი ფარმაცევტის რაოდენობა	19	10	9	8	4	6	3	2	0	0
რესპოდენტი ფარმაცევტების % წილი	31,1	16,4	14,8	13,1	6,6	9,8	4,9	3,3	0	0

ფარმაცევტების აზრით, მომხმარებლის ძალიან მცირე ნაწილი აღიარებს რეცეპტების ინსტიტუტის სარგებლიანობას, მაგრამ მიუხედავად რეფორმის განხორციელებიდან გასული დროის მოკლე პერიოდისა, მოსახლეობაში მედიკამენტის რეცეპტით შეძენის კულტურა თანდათან მკვიდრდება; მოქალაქეები მეტ-ნაკლებად ადაპტირდნენ ცვლილებების მიმართ მაშინ, როცა 2014 წლის აგვისტო-სექტემბრის თვეში

¹ Association of the European Self-Medication Industry. <http://www.aesgp.eu>

² იქვე

მოსახლეობის უკმაყოფილება ძალიან დიდი იყო. ჯიპისის აფთიაქის ფარმაცევტი იხსენებს ასეთ შემთხვევას: ეპილეფსიით დაავადებული ბავშვის მშობელი დაჟინებით ითხოვდა ადეპაკინის (ნატრიუმისვალპროატი) შეძენას ურეცეპტოდ. ბავშვის მამა ირწმუნებოდა, რომ ეს სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი იყო. წინააღმდეგ შემთხვევაში ბავშვი დაიღუპებოდა, ექიმთან იმ მომენტში ვიზიტი წარმოუდგენელი იყო (საღამო საათების გამო). მორიგე ფარმაცევტმა აფთიაქის მენეჯერისგან ტელეფონით მიიღო თანხმობა ადგილზე გაეხსნა ადეპაკინის სიროფი და პროფილაქტიკის მიზნით ბავშვმა მიიღო მედიკამენტის სათანადო დოზა აფთიაქში. სხვა შემთხვევაში ფარმაცევტმა საკუთარი მოხმარებისთვის ნაყიდი თიროზოლის ბლისტერიდან 1 ტაბლეტი აჩუქა აფთიაქში ურეცეპტოდ შესულ მომხმარებელს.

მიუხედავად იმისა, რომ ქრონიკული ან ხანგრძლივად მიმდინარე დაავადებების შემთხვევაში გამოწერილი რეცეპტის ვადა განისაზღვრება არაუმეტეს ერთი წლით, ექიმებისა და ფარმაცევტების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ გართულებულია ე.წ. ქრონიკული პაციენტების ხელმისაწვდომობა მედიკამენტებზე. რეცეპტით, რომლის მოქმედების ვადა ერთი წელია, პაციენტს 6-ჯერ შეუძლია მიმართოს აფთიაქს 1 წლის განმავლობაში, მაგრამ სამწუხაროდ ხშირ შემთხვევაში მათ ერთდროულად, 2 თვის მარაგის ყიდვა არ შეუძლიათ, წამლის არასრულად გაცემის შემთხვევაში მოსახევი ნაწილის რაოდენობა ლიმიტირებულია; ამიტომ ავადმყოფს მალე უმთავრდება მრავალჯერადი გამოყენების რეცეპტის ბლანკი და ისევ უწევს ექიმთან ვიზიტი. მაგ. ერთ-ერთი ფარმაცევტული კომპანიის აფთიაქის ფარმაცევტმა აღნიშნა, რომ მაღალი არტერიული წნევის მატარებელი პირი მუდმივად იყენებს ენოზიდ-H-ს (ენალაპრილი/ჰიდროქლორთიაზიდის კომბინაცია). ენოზიდ-H-ის 20 ტაბლეტი ღირს 5,5 ლარი. დაფიქსირებულია შემთხვევები, როცა პენსიონერი თითო ჯერზე ყიდულობს მხოლოდ 5 ტაბლეტს. ამიტომ ერთი რეცეპტის ბლანკი მხოლოდ 30 ტაბლეტის (5*6) ანუ 1 თვის სამკურნალო კურსის საყიდლად ყოფნის მაშინ, როცა რეცეპტის მოქმედების ვადა 1 წელია. შესაბამისად, პაციენტს 1 თვის შემდეგ ისევ უწევს ექიმთან ვიზიტი, ხოლო სპეციალისტთან (ამ შემთხვევაში კარდიოლოგთან) ვიზიტს სახელმწიფო

მხოლოდ 70 %-ით აფინანსებს. ასევე ხშირია ხანგრძლივი მოქმედების რეცეპტების დაკარგვის შემთხვევები.

ერთ წლიანი რეცეპტებით სარგებლობის წესებზე პაციენტი ნაკლებად ინფორმირებულია. კვლევის პროცესში გამოვლინდა შემთხვევები, როცა პაციენტი ყიდულობს მაგ. მედიკამენტის 2 თვის მარაგს. ფარმაცევტმა უნდა მოუხიოს 1 მეექვსედი ნაწილი და უნდა დაუბრუნოს რეცეპტი, მაგრამ ფარმაცევტი იქცევა არაკეთილსინდისიერად, სარგებლობს პაციენტის უცოდინარობით, იტოვებს მრავალჯერადი გამოყენების რეცეპტს მთლიანად; როდესაც სხვა პაციენტს აქვს იმავე მედიკამენტის მიღების საჭიროება და არ აქვს რეცეპტი, ფარმაცევტი გასცემს მედიკამენტს ურეცეპტოდ და კანონდარღვევით გაყიდული მედიკამენტის რაოდენობას რაოდენობრივად აბალანსებს წინამორბედი პაციენტისთვის „ჩამორთმეული“ ხანგრძლივი მოქმედების რეცეპტით. ამით ფარმაცევტი ცდილობს არ დაკარგოს ურეცეპტოდ შემოსული ე.წ. კლიენტი.

რეცეპტის ინტიტუტის დანერგვის მიმართ ერთ-ერთი ძირითადი მოთხოვნა მდგომარეობდა შემდეგში: მას არ უნდა გამოეწვია მედიკამენტების გაძვირება. სამწუხაროდ არაქსელურ აფთიაქებში მედიკამენტები, მათ შორის ანტიბიოტიკები გაძვირდა. ფარმაცევტმა გაძვირებული ანტიბიოტიკი გაყიდა ურეცეპტოდ, დაარღვია კანონი, პრეპარატების გაძვირებით მიღებული მოგებით გადაიხადა ჯარიმა, იგივე აფთიაქი სხვა დასახელების შპს-დ დაარეგისტრირა და თავიდან აიცილა განმეორებითი კანონდარღვევისთვის გაზრდილი ოდენობით გამოწერილი ჯარიმა.

ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტის ინსპექტირების სამმართველოს უფროსის, დავით მაჭარაშვილის ინფორმაციით, ზემოთხსენებული მაგალითის თავიდან ასაცილებლად რეგულირების სააგენტოს აფთიაქების პერმანენტული მონიტორინგი უნდა განეხორციელებინა, ვინაიდან საქართველოს ფარმაცევტულ ბაზარზე მეორე ჯგუფის რეალიზებული მედიკამენტებისა და მათზე გაცემული რეცეპტების რაოდენობების შედარება ამ ეტაპისთვის პრაქტიკულად შეუძლებელია.

კვლევის პროცესში დადგინა, რომ ქსელური აფთიაქები კანონის სრული დაცვით გასცემენ მედიკამენტებს, დღის ბოლოს აფთიაქის მენეჯერი ამოწმებს რეცეპტით

გაცემული მედიკამენტებისა და აფთიაქში დატოვებული რეცეპტების ბლანკების რაოდენობრივ შესაბამისობას, ხოლო არაქსელური აფთიაქები უფრო კანონდარღვევით ყიდიან წამლებს. ქსელური აფთიაქების უმრავლესობა აფთიაქში მომხმარებლის შემცირებას რეცეპტების ინსტიტუტის ამოქმედებას უკავშირებს, რადგან მოსახლეობისთვის არაქსელურ აფთიაქებში მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა გამარტივდა.

კვლევის პროცესში ძალიან რთული იყო არაქსელურ აფთიაქებში ინტერვიუს ჩატარება, ფარმაცევტების პასუხები არ შეესაბამებოდა სიმართლეს. მაგ. ერთ-ერთ აფთიაქში ინტერვიუს დროს ფარმაცევტმა ურეცეპტოდ გაყიდა ნიმესილი. მას რეცეპტი არც მოუთხოვია მაშინ, როცა კითხვარის შევსების პროცესში ამ რეფორმის სარგებლიანობაზე საუბრობდა.

მედიკამენტების ურეცეპტოდ გაყიდვა პოპულარულია რეგიონებში. მოსახლეობის ფართო მასებისთვის ცნობილია რომელი აფთიაქი ვაჭრობს რეცეპტების გარეშე. კვლევის ჩატარების პერიოდში, უშუალოდ ინტერვიურების პროცესში ფიქსირდებოდა ფარმაცევტების მიერ მაგ. აზიმაკის, ნიმესილის ურეცეპტოდ გაყიდვა.

ნიმესილი გახლდათ ის მედიკამენტი, რომლის მეორე ჯგუფისთვის მიკუთვნებას დიდი აჟიოტაჟი მოყვა მოსახლეობაში. გადამოწმდა ნიმესილის პაკეტების ფასი ქსელურ და არაქსელურ აფთიაქებში. ერთსა და იმავე დღეს გორში ჯი-პი-სის ქსელის ერთ-ერთ აფთიაქში ნიმესილის ერთი პაკეტის ფასი გახლდათ 38 თეთრი, ხოლო გორის არაქსელურ აფთიაქში, რომელიც ურეცეპტოდ ყიდის მეორე ჯგუფის მედიკამენტებს – 50 თეთრი.

კვლევის პროცესში მოძიებულია საქართველოში ნიმესილის იმპორტირებული რაოდენობები გასული და მიმდინარე წლების განმავლობაში.

ცხრილი #16: ნიმესილის იმპორტი წლების განმავლობაში¹

წელი	იმპორტირებული რაოდენობა	საშუალო თვიური იმპორტი
2012	431494	35958
2013	620501	51708
2014	1066393	88866
2015 (იანვარი-მაისი)	53798	10760

მიმდინარე წელს აღინიშნა ნიმესილის იმპორტის შემცირება; შესაძლოა ეს ნიმესილზე დაწესებული რეგულაციის შედეგია. უფრო ზუსტი დასკვნისთვის საჭიროა მომავალ წლებში იმპორტების რაოდენობების მოძიება.

როგორც ავლნიშნეთ, მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა გამარტივებულია არაქსელურ აფთიაქებში. თბილისში ვაგზლის მოედნის მიდამოებში ნებისმიერი წამალი იყიდება ურეცეპტოდ. ამავე უბანში მდებარე ერთ-ერთ ქსელურ აფთიაქს, რომლის დღიურ ბრუნვას შეადგენდა 4000 ლარი და დღე-ღამეში ემსახურებოდა 600-მდე მომხმარებელს, რეალიზაცია შეუმცირდა 1500-2000 ლარით, გადავიდა მხოლოდ დღის მომსახურებაზე და დღის განმავლობაში ისტუმრებს დაახლოებით 300-400 მომხმარებელს; ერთ-ერთი ფარმაცევტული კომპანიის აჭარის რეგიონალურმა მენეჯერმა აღნიშნა, რომ არაქსელურ აფთიაქებში ძალიან ცუდი ვაჭრობა იყო და რეცეპტის ინსტიტუტის ამოქმედების შემდეგ „სული მოითქვეს“, მოუმრავლდათ პაციენტები, და შედარებით ძვირად ყიდიან რეცეპტით გასაცემ მედიკამენტებს. ამასთან დაკავშირებით, მაგ. ქსელურ აფთიაქებში შემოიღეს ყოველდღიური ფასდაკლება რეცეპტით გასაცემ მედიკამენტებზე.

ფარმაცევტული კომპანიების ასოციაციის აღმასრულებელი დირექტორის - ილონა კოკიაშვილის შეხედულებით, ზემოთხსენებული პრეცედენტები ხელს უწყობს შავი ბაზრის დამკვიდრებას და ფარმაცევტული პროდუქტების ღირებულების უსაფუძვლო ზრდას. მისი აზრით, შექმნილი სიტუაციიდან გამოსავალი მდგომარეობს ახალი

¹საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ფარმაცევტული საქმიანობა

რეგულაციების შემოღებასა და კონტროლის გამკაცრებაში, ფარმაცევტული საქმიანობის უფლების შეჩერება-ჩამორთმევის ჩათვლით¹.

რეცეპტის გამოწერა სამედიცინო მომსახურების პროცესის ნაწილია და ის დამოუკიდებლად არ უნდა განხორციელდეს. კვლევის პროცესში გამოვლინდა, რომ აფთიაქში ურეცეპტოდ შესულ მომხმარებელს ფარმაცევტი ამისამართებს მიმდებარედ არსებულ ექიმის კაბინეტში. სააფთიაქო ექიმი რეცეპტს ზოგჯერ ბეჭდით არ ამოწმებს, რათა იქ გამოწერილი რეცეპტით მომხმარებელმა სხვაგან არ შეიძინოს წამალი. ასეთი რეცეპტი რჩება აფთიაქში და დღის ბოლოს ხდება ექიმის ბეჭდით რეცეპტის დამოწმება. ე.წ. სააფთიაქო ექიმი ნებისმიერ მოქალაქეს მეორე ჯგუფის მედიკამენტის რეცეპტს სათანადო კონსულტაციის გარეშე უწერს. პირადად ვესტუმრე ერთ-ერთ ასეთ კაბინეტს „ფარული“ მომხმარებლის როლში და „ავადმყოფი“ შვილისთვის ვითხოვე ამოქსიცილინი/კლავულანის მჟავის შემცველი სუსპენზიისა და მონტელუკასტის გამოწერა. „პაციენტი“ თან არ მახლდა. ფარატინა ფურცელზე ფორმალურად გაფორმდა ჩივილები, რამდენიმე კითხვა დასვა ექიმმა კონსულტანტმა და უბეჭდო რეცეპტები გამომატანა, თან რამდენჯერმე გამაფრთხილა, რომ აუცილებლად მიმდებარედ კონკრეტულ ქსელურ აფთიაქში შემეძინა მედიკამენტები. „სხვაგან ამ რეცეპტებს ძალადაკარგულად ჩათვლიან“ - დასძინა საუბრის ბოლოს. ექიმთან „კონსულტაცია“ უფასო იყო. ზოგიერთ რეგიონში „სააფთიაქო“ ექიმები რეცეპტის თითო ბეჭდიან ბლანკს 50 თეთრად ყიდიან.

კვლევის პროცესში მოძიებულია ქსელური აფთიაქების მიმდებარედ გახსნილი კაბინეტების მისამართები. ფარმაცევტული კომპანიების ვებ-გვერდზე ეს ინფორმაცია განთავსებული არ არის. ჩვენც თავს ვიკავებთ მათი წარმოდგენისგან.

შედეგების ინტერპრეტაცია/დისკუსია

კვლევის შედეგებმა გამოავლინა რეცეპტების ინსტიტუტის დადებითი მხარეები: ამ რეფორმით სისტემა დაუბრუნდა ნორმალური კლინიკური მედიცინის ლოგიკას; პაციენტის ფარმაკოთერაპიასთან მიმართებაში ექიმის როლი გაძლიერდა; ფარმაცევტის

¹კოკიაშვილი ილონა: ფარმაცევტული კომპანიების ასოციაცია ახალი რეგულაციების შემოღებას ითხოვს. ინტერპრესნიუსი. 23.10.2014

კომპეტენცია შესაბამის ჩარჩოებში მოექცა და სამკურნალწამლო საშუალების რეცეპტით გაყიდვის სპეციფიური უნარ-ჩვევები განვითარდა; მოსახლეობაში რეცეპტებით მედიკამენტების შეძენის კულტურა დამკვიდრდა;

ამავდროულად კვლევის შედეგებმა გამოავლინა ისეთი აქტუალური პრობლემები, რომლებიც რეცეპტის ინსტიტუტის დანერგვისთვის დამაბრკოლებელია: რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტები ურეცეპტოდ იყიდება; აფთიაქების მიმდებარედ გახსნილ ექიმის კაბინეტებში მედიკოსი მხოლოდ რეცეპტის გამოწერით შემოიფარგლება; ქრონიკული ან ხანგრძლივად მიმდინარე დაავადებების შემთხვევაში გამოწერილი რეცეპტით პაციენტების ხელმისაწვდომობა მედიკამენტებზე გართულებულია; ექიმები სრულყოფილად ვერ ფლობენ ინფორმაციას ამა თუ იმ ფარმაცევტული პროდუქტის აფთიაქიდან გაცემის რეჟიმის შესახებ.

ფარმაცევტები რეცეპტის გამოწერის სპეციფიური უნარ-ჩვევების ნაკლებობაზე საუბრობენ: ერთი რეცეპტის ბლანკზე გამოწერილი ერთზე მეტი მედიკამენტის შემთხვევაში რეცეპტი უქმდება; ბეჭდით დაუმოწმებელი რეცეპტები ძალადაკარგულია; შეცდომით მითითებული გენერიული დასახელება, გენერიულ და სავაჭრო დასახელებებს შორის შეუსაბამობა, კომბინირებული ფარმაცევტული პროდუქტის გენერიული დასახელებით გამოწერა მომხმარებლის მომსახურებას ახანგრძლივებს; არასწორად მითითებული მკურნალობის კურსი, პრეპარატის გამოშვების ფორმები, სამკურნალწამლო დოზა გაუგებრობის მიზეზია; მაგ. ფარმაცევტს ეკრძალება მითითებული 5 მგ-იანი ტაბლეტის ნაცვლად იმავე დასახელების მედიკამენტის 10 მგ-იანი ტაბლეტის გაყიდვა;

ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დაგეგმილი რეფორმის ერთ-ერთი მიზანია სწორი მკურნალობა, წამალზე დანახარჯების წილისა და თვითმკურნალობით მიღებული ზიანის შემცირება. ჩატარებული კვლევის ფარგლებში ნაადრევია ამ მიღწევებზე საუბარი, თუმცა გამოვლინდა ერთ-ერთი დეტალი, რომელიც ხელს შეუწყობს მედიკამენტებზე დანახარჯების შემცირებას, კერძოდ: რეცეპტში დიაგნოზის მითითება ACD-10-ის მიხედვით აუცილებელია; ექიმის დანიშნულება ყოველთვის დიაგნოზთან შესაბამისობაში უნდა იყოს; რეცეპტების ინსტიტუტმა უნდა გამოავლინოს ექიმის მიერ

გაცემული დანიშნულების რაციონალურობა, გაიდლაინებთან შესაბამისობა, რაც ნაწილობრივ შეამცირებს მედიკამენტებზე დანახარჯებს.

ჩატარებული კვლევის ფარგლებში არ იყო შესაძლებელი მედიკამენტების გაყიდვების მონაცემების მოპოვება, მკურნალობის ხარჯების დათვლა.

დასკვნა

საქართველოში რეცეპტების ინსტიტუტის აღდგენა-დამკვიდრებასთან დაკავშირებით განხორციელებული რეფორმა წინადადებული ნაბიჯია. სამედიცინო საზოგადოება ცალსახად მიესალმება ამ ცვლილებას. ექიმის კომპეტენცია და ავტორიტეტი ამაღლდა; მედიკოსის მიერ რეცეპტის გამოწერის და ფარმაცევტის მიერ რეცეპტით მედიკამენტის გაცემის სპეციფიური წესები თანდათან მკვიდრდება.

გამოკვეთილ დადებით მხარეებთან ერთად თვალსაჩინოა მნიშვნელოვანი სისტემური შეცდომები და ტექნიკური ხარვეზები. ურეცეპტოდ მეორე ჯგუფის მედიკამენტების გაყიდვა რეცეპტების ინსტიტუტის დანერგვისთვის დამაბრკოლებელი ფაქტორია. ამ ეტაპზე პრობლემას ავთიაქის დაჯარიმება ვერ აგვარებს. ჯანდაცვის სამინისტროს ამ პრობლემის აღმოსაფხვრელად ელექტრონული რეცეპტების სისტემის დამკვიდრება მიაჩნია.

„სააფთიაქო“ ექიმის ამჟამინდელი საქმიანობაც აფერხებს რეფორმას. ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებისთვის მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა გართულებულია. მედიკამენტების არსებულ კლასიფიკაციას აქვს ხარვეზები. აღნიშნული კვლევა იქნება საბაზისო მონაცემი შემდგომი კვლევებისთვის.

რეკომენდაციები

ჩატარებული კვლევის საფუძველზე შემუშავდა შემდეგი სახის რეკომენდაციები:

1. რეცეპტის ინსტიტუტის დანერგვის პროცესის ადმინისტრირების გამკაცრება;
2. სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს მიერ „სააფთიაქო“ ექიმების საქმიანობის შესწავლა;
3. მარეგულირებელი ნორმატიული ბაზის, ადმინისტრირების ინსტრუმენტების დახვეწა;

4. ფარმაცევტული პროდუქტების კლასიფიკაციის რევიზია და პერიოდულად რაციონალური ცვლილებების განხორციელება AMEA, WHO, PSUR-ის მონაცემების გათვალისწინებით (მათ შორის სოკოს საწინააღმდეგო პრეპარატების გარეგან და ვაგინურ ფორმებთან და ა.შ. დაკავშირებით არსებული ტექნიკური ხარვეზის აღმოფხვრა).
5. რეცეპტის ბლანკის ფორმაში დიაგნოზის გრაფის ჩამატება
6. მედიკამენტების რაციონალურად გამოყენების მიზნით მიზანშეწონილია ელექტრონული რეცეპტების სისტემის დანერგვა.

ბიბლიოგრაფია

1. სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო: რეცეპტის ინსტიტუტის ეტაპობრივი დანერგვა (პრესრელიზი)
2. საქართველოს კანონი წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ, გვ.2
3. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 18 ივლისის ბრძანება N01-53/ნ. მეორე ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის (სამკურნალო საშუალების) რეცეპტის გამოწერის წესი და ფორმა N3-რეცეპტის ბლანკის ფორმის დამტკიცების შესახებ.<http://rama.moh.gov.ge/uploads/files/595553.pdf>
4. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: რეკლასიფიკაციის საფუძვლები
5. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ფარმაცევტული საქმიანობა
6. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: ფორმა N3 რეცეპტის იმპლემენტაცია
7. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013. გვ. 62
8. გაბიტაშვილი ქეთი: „რეცეპტიანი და ურეცეპტო წამლების პარადიგმა“. ივერია.16.08. 2014

9. კაკვასიძე გიორგი: რატომ და რისთვის არის საჭირო რეცეპტი? ივერია. 17.08.2014
10. კახიშვილი ნინო „წამლები, რომლებიც მხოლოდ რეცეპტით გაიყიდება“. ნეტგაზეთი. 29.10.2013
11. კახიშვილი ნინო: „ურეცეპტო წამლების ცვალებადი ნუსხა“. ნეტგაზეთი. 08.10.2014
12. კოკიაშვილი ილონა: „ფარმაცევტული კომპანიების ასოციაცია ახალი რეგულაციების შემოღებას ითხოვს“. ინტერპრესნიუსი. 23.10. 2014
13. მაჭავარიანი ქეთი: სერგეენკოს პასუხი „სააფთიაქო ექიმებისა და წამლების „შავი ბაზრის“ გამო კრიტიკაზე. ნეტგაზეთი. 09.09. 2014
14. მოსია თეა „იქნებ ახლაც არ წვიმს ისე, როგორც ქუხს. რეცეპტების ინსტიტუტის ამოქმედება პრობლემებს არ შექმნის“. საქართველოს რესპუბლიკა. 15.08.2014
15. „რა პროცედურების გავლით მიიღებთ წამალს ახალი რეგულაციების შემდეგ - ჯანდაცვის სამინისტრო საზოგადოების კრიტიკულ კითხვებს პასუხობს“ <http://www.ambebi.ge>
16. ოქრიაშვილი კახა: „ჯანდაცვის სამინისტროს გააზრებული არ ქონდა მედიკამენტების რეცეპტით გაცემასთან დაკავშირებული პროცესები“. The Georgian Times. 09.09. 2014
17. ტურძილაძე თინა: რეცეპტებით მედიკამენტების გაცემის პროექტი შესაძლოა ჩავარდეს?! Media City. 14.08.2014
18. ტურძილაძე თინა: „ანუ ექიმები მიხედავენ ჩვენს საფულეს?!“ ნეტგაზეთი. 10.11.2010
19. „ურეცეპტოდ გასაცემი მედიკამენტების სია 772 წამლით გაიზარდა“. <http://www.netgazeti.ge/GE/105/News/35788/?tpl=8>
20. ურუშაძე სანდრო „ისევ რეცეპტზე და ძველ ნაცნობ მაშკევიჩზე“, ივერია. 12.10.2014
21. ჭარაქაშვილი ირმა, ხატიაშვილი სანდრო: „გადაუდებელი დახმარების ჩანთის შემადგენლობაში ცვლილებები განხორციელდა“, 2014.

22. Bio Med Central Health Services Research „Factors influencing prescribing behavior of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey”, 08, 2009.
23. Bond Christine „The over-the-counter pharmaceutical market – policy and practice”, Health Policy Developments, Eurohealth Vol 14 No 3 p. 19 – 24
24. European Commission>DG Health and Food Safety> Public Health>Reference Documents>Register>Full human ATC List
25. FIP Statement of Policy – control of antimicrobial medicines resistance (AMR), The Hague, The Netherlands
26. Health Canada „Prescription Drug List” 26.06.2015. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/pdf/prodpharma/pdl-ord/pdl_list_fin_ord-eng.pdf
27. <http://apps.ssa.gov.ge/recepti/Camlebi>
28. <http://www.aesgp.eu/facts-figures/otc-ingredients/?result=parameter&multiselect=europe&country>
29. http://psnews.ge/index.php?m=149&jur_id=239
30. Legal classification status of selected ingredients in the European Union
31. Narendran, R. Narendranathan, M. (2013) Influence of pharmaceutical marketing on prescription practices of physicians. The Journal of the Indian Medical Association, 111 (1), 47-50
32. Sheen C.L, Colin-Jones D.G., „Over the counter drugs and the gastrointestinal tract”, Clinical Research Fellow, Ninewells Hospital and Medical School, Dundee, UK; Queen Alexandra Hospital, Portsmouth, UK; Aliment Pharmacol Ther 2001; 15: 1263-1270
33. WHO „Now Available Without a Prescription” , U.S. Food and Drug Administration, 08.12.2011
34. WHO Regional office for Europe „Health technologies and Pharmaceuticals (HTP) programme –Annual Report
35. WHO „The role of pharmacist in encouraging prudent use of antibiotic medicines and averting antimicrobial resistance – a review of current policies and experiences in Europe” 2014
36. WSMI (World Self-Medication Industry) -, „Prescription to nonprescription medicines switch”, 2009