



**KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
EKONOMIKOS IR VERSLO FAKULTETAS**

Tadas Žimkus

VAISTŲ KAINAS LEMIANČIŲ VEIKSNIŲ LIETUVOJE VERTINIMAS

MAGISTRO DARBAS

Darbo vadovė doc. dr. Jovita Vasauskaitė

KAUNAS, 2017

**KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
EKONOMIKOS IR VERSLO FAKULTETAS**

VAISTŲ KAINAS LEMIANČIŲ VEIKSNIŲ LIETUVOJE VERTINIMAS

Verslo ekonomika (kodas 621L17001)

MAGISTRO DARBAS

Studentas

Tadas Žimkus, VMGUV-6 gr.

2017 m. gruodžio 19 d.

Vadovė

Doc. dr., Jovita Vasauskaitė

2017 m. gruodžio 19 d.

Recenzentas

Doc. dr., Alina Stundžienė

2017 m. gruodžio 19 d.

KAUNAS, 2017



KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
Ekonomikos ir verslo fakultetas

Tadas Žimkus

Verslo ekonomika, 621L17001

Baigiamojo magistro darbo „Vaistų kainas lemiančių veiksnių Lietuvoje vertinimas“

AKADEMINIO SAŽININGUMO DEKLARACIJA

2017 m. gruodžio 19 d.

Kaunas

Patvirtinu, kad mano **Tado Žimkaus** baigiamasis magistro darbas tema „Vaistų kainas lemiančių veiksnių Lietuvoje vertinimas“ yra parašytas visiškai savarankiškai, o visi pateikti duomenys ar tyrimų rezultatai yra teisingi ir gauti sąžiningai. Šiame darbe nei viena dalis nėra plagijuota nuo jokių spausdintinių ar internetinių šaltinių, visos kitų šaltinių tiesioginės ir netiesioginės citatos nurodytos literatūros nuorodose. Įstatymų nenumatytų piniginių sumų už šį darbą niekam nesu mokėjęs.

Aš suprantu, kad išaiškėjus nesąžiningumo faktui, man bus taikomos nuobaudos, remiantis Kauno technologijos universitete galiojančia tvarka.

(vardas ir pavardė)

(parašas)

Tadas, Žimkus. Evaluation of the Factors Determining Pharmaceutical Prices in Lithuania. Master's Final Thesis in Business economics Study Program /supervisor assoc. prof. dr. Jovita Vasauskaitė. The School of Economics and Business, Kaunas University of Technology.

Social Science: Economics

Key words: pharmaceutical, pricing, factors, evaluation method

Kaunas, 2017. 72 p.

SUMMARY

Relevance of the topic. The fact that medicines are so expensive in Lithuania depends on the pricing of reimbursed medicines, which is difficult to understand for both pharmaceutical companies and patients. The decision of the national authorities also determines the priority given to newly introduced patented products over cheaper generic ones. Older EU member states consumes more generic medicines than Lithuania or other newer member states. Over the past few decades, the innovative medicines prices in EU has grown so much, that majority of population can not afford them any more. Therefore, the pricing of medicines needs to be clarified and thus counterbalanced to the pharmaceutical industry. Medicine prices should be adjusted for the local economy.

The object of the research – the factors determining the prices of medicines.

The aim of the study – to evaluate the factors, determining the changes in medicine prices in Lithuania.

Main work results. After analyzing the market situation of medicines, it is learned that rising costs for health care are one of the most important problems in Europe and Lithuania. The rise in medicine prices is a big problem for patients and country. After analyzing the theoretical decisions of pricing and its determinants, it was concluded that the price is a monetary value of the product or a good service. Price is determined by pricing, which is divided into fixed and dynamic pricing. A comparative analysis of the cost of medicines has shown that most medicines in Poland are cheaper than in Lithuania. Comparing the factors determining the prices of medicines in Lithuania and Poland, it was discovered that the main factors determining differences in medicine prices are – the size of the market, the price declared by the manufacturer, the absence of cheaper medicines in Lithuanian market. After conducting an expert survey, the following nine key determinants of drug prices were identified: 1. the pricing policy for generic medicines; 2. medicine reimbursement policy; 3. regulation of reimbursement medicines prices; 4. medicine pricing policy (referrals); 5. market size; 6. regulation of the prices of non-compensated prescription medicines; 7. parallel import regulation; 8. VAT; 9. reimbursement medicines determination policy.

TURINYS

Paveikslų sąrašas	5
Lentelių sąrašas	6
ĮVADAS	8
1. LIETUVOS VAISTŲ KAINŲ DINAMIKA IR PROBLEMATIKA	10
1.1. Lietuvos vaistų kainų pokyčių analizė	10
1.2. Vaistinių tinklų pasiskirstymo Lietuvoje ir Lenkijoje palyginimas	13
1.3. Vaistų kainodaros mokslinių tyrimų analizė	17
2. KAINODARA IR JĄ LEMIANČIŲ VEIKSNIŲ TEORINIAI SPRENDIMAI	23
2.1. Kainos samprata ir rūšys	23
2.2. Kainodaros samprata	25
2.3. Vaistų kainodara	30
2.3.1. Vaistų kainų reguliavimo principai	30
2.3.2. Vaistų kainodaros ypatumai	31
2.3.3. Generinių vaistų kainodara	33
2.3.4. Inovatyvių vaistų kainodara	34
2.4. Kainodaros veiksnių analizė	36
2.5. Kainodaros vertinimo metodai ir modeliai	37
3. VAISTŲ KAINAS LEMIANČIŲ VEIKSNIŲ TYRIMO METODOLOGIJA	41
4. VAISTŲ KAINŲ POKYČIUS LIETUVOJE LEMIANČIŲ VEIKSNIŲ TYRIMAS	44
4.1. Vaistų kainų skirtumai Lietuvoje ir Lenkijoje	44
4.2. Lietuvos ir Lenkijos vaistų kainodaros veiksnių analizė ir palyginimas	49
4.3. Vaistų kainas lemiančių veiksnių tyrimo rezultatų analizė	59
IŠVADOS	63
LITERATŪRA	64
PRIEDAI	72

Paveikslų sąrašas

1 pav. Receptinių ir nereceptinių vaistų klasifikacija	10
2 pav. 2005-2016 m. vaistų ir MPP kompensuojamos sumos ir pacientų priemokos sumos santykis (mln. Eur)	11
3 pav. 2015-2016 m. PSDF išlaidos ir paciento priemokos receptiniams kompensuojamiesiems vaistams	12
4 pav. Kompensuojamo vaisto kainos struktūra	12
5 pav. Tinklinių ir netinklinių vaistinių pasiskirstymas Lietuvoje	14
6 pav. Vertikalus ir horinzotalus vaistinių tinklų valdymo modelis	15
7 pav. Vaistinių struktūra Lenkijos rinkoje	16
8 pav. Dinaminės kainodaros tipologija	27
9 pav. Vaistų kainas lemiančių veiksnių tyrimo loginė schema	41
10 pav. Vaistų įtraukimas į kompensuojamųjų vaistų sąrašą Lietuvoje sistema	57
11 pav. Vaistų įtraukimas į kompensuojamųjų vaistų sąrašą Lenkijoje sistema	58
12 pav. Svarbiausi veiksniai lemiantys vaistų kainų pokyčius	61

Lentelių sąrašas

1 lentelė. Vaistinių tinklai priklausantys didmeninės vaistų platinimo įmonėms	15
2 lentelė. Vaistų ir maisto papildų kainų palyginimas Lietuvoje ir Lenkijoje	17
3 lentelė. Kainos apibrėžimai įvairių autorių darbuose	23
4 lentelė. Kainų grupės ir kainų rūšys	24
5 lentelė. Rekomendacinės gairės ir pagrindiniai principai	30
6 lentelė. IKP ir SK sąvokos	31
7 lentelė. Tyrimai apie IKP naudą	32
8 lentelė. Moksliniai tyrimai apie SK ypatybes	33
9 lentelė. Kainodarą įtakojantys išoriniai ir vidiniai aplinkos veiksniai, įvairių autorių darbuose	36
10 lentelė. Tyrimo veiksniai, metodai ir tikslai	38
11 lentelė. Farmacijos reguliavimo 15 Europos šalyse tyrimo veiksniai, metodai ir tikslai	39
12 lentelė. Wouters ir Kanavos (2017) tyrimo veiksniai, metodai ir tikslai (modeliai)	40
13 lentelė. Kompensuojamųjų vaistų deklaruotų kainų palyginimas Lietuvoje ir Lenkijoje	45
14 lentelė. Kompensuojamųjų vaistų, mažmeninių kainų palyginimas Lietuvoje ir Lenkijoje	46
15 lentelė. Kompensuojamųjų vaistų, paciento priemokos dydžio skirtumai tarp Lietuvos ir Lenkijos .	47
16 lentelė. Receptinių vaistų kainų palyginimas tarp Lietuvos ir Lenkijos	48
17 lentelė. Pagrindiniai rinkos indikatoriai	49
18 lentelė. Prekybiniai antkainiai kompensuojamiesiems vaistiniams preparatams didžiausiai didmeninei kainai nustatyti	52
19 lentelė. Prekybiniai antkainiai kompensuojamiesiems vaistiniams preparatams didžiausiai mažmeninei kainai nustatyti (vaistinėje)	53
20 lentelė. Prekybiniai antkainiai kompensuojamiesiems vaistiniams preparatams didžiausiai mažmeninei kainai nustatyti (vaistinėje)	53
21 lentelė. Prekybiniai antkainiai nekompensuojamiesiems vaistiniams preparatams didžiausiai didmeninei kainai nustatyti	54
22 lentelė. Prekybiniai antkainiai nekompensuojamiesiems vaistiniams preparatams didžiausiai mažmeninei kainai nustatyti (vaistinėje)	54
23 lentelė. Generinių vaistų viršutinės ribos nustatymas remiantis originalaus ar pigiausio tos grupės produkto kaina	55

24 lentelė. Generinių vaistų viršutinės ribos nustatymas remiantis originalaus ar pigiausio tos grupės produkto kaina	56
25 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal jų darbo patirtį, proc.	59
26 lentelė. Vaistų kainą lemiančių veiksnių įvertinimo vidutiniai balai	60
27 lentelė. Vaistų kainą lemiančių svarbiausių veiksnių esama situacija ir rekomendacijos	62

IVADAS

Temos aktualumas. Daugelio mokslininkų nuomone (Dutta et al., 2001; Kauffman ir Wang, 2001; Bakanauskas ir Liesionis, 2002; Elmaghraby ir Keskinocak, 2003; Bichler et al. 2002; Davidson ir Simonett, 2005; Miečinskienė, 2009; Besanko, Dranove, Shanley, Schaefer, 2012; De Toni, Mazzon, 2013), kainų nustatymo procesas, vadinamas kainodara, yra sudėtingas, reikalaujantis daug išteklių ir nuolatinės koordinacijos, tai yra menas ir mokslas išreikšti piniginiiais terminais produkto vertę vartotojui. Dėl kainų nustatymo proceso sudėtingumo, daugybės kainoms poveikį darančių veiksnių kainodaros problemos sulaukia gana nedidelio tyrėjų susidomėjimo.

Tai, kad vaistai Lietuvoje brangūs, priklauso nuo kompensuojamųjų vaistų kainodaros, kurią sunku suprasti tiek farmacijos kompanijoms, tiek pacientams. Nemažai lemia ir atsakingų šalies institucijų sprendimas prioritetą skirti ne pigesniems generiniams, tai yra tokiems vaistams, kurių patentai yra pasibaigę ir juos gali gaminti bet kurios licencijuotos įmonės, bet naujai išrastiems patentuotiems preparatams. Vaistų gamintojų asociacijos duomenimis, šiandien tokie inovatyvūs vaistai „suvalgo“ 60 proc. Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto, bet skiriami tik 8 proc. pacientų. Inovatyvūs vaistai dar nereiškia, kad jie turi didelę terapinę naudą. Per pastaruosius 3 metus pagal patentinių vaistų, įtraukiamų į kompensuojamųjų sarašą, Europos Sąjungoje (toliau – ES) atsidūrėme 3–5 vietoje. Atitinkamai mažiau pinigų lieka kitiems preparatams kompensuoti. Nors Lietuva ekonomiškai nepriskiriama prie turtingiausių valstybių, net kai kurios ES senbuvės generinių vaistų suvartoja gerokai daugiau nei mes. Ši problema aktuali ne tik Lietuvoje: 2017 m. kovo 2 dieną Europos Parlamentas (toliau – EP) konstatavo, kad per pastaruosius dešimtmečius inovatyvių vaistų kainos ES išaugo tiek, kad daug gyventojų nebegali jų įpirkti, todėl reikia skaidrinti vaistų kainodarą ir taip stiprinti atsvarą farmacijos pramonei. EP kelia klausimą, kad naujų preparatų kainos nėra pagrįstos jokiais objektyviais tyrimais. Gamintojas, siūlantis naują preparatą, gali suteikti kad ir didžiulę nuorodą, šalis džiaugsis, jog nusiderėjo, bet niekas nežinos, kokia reali to vaisto kaina. EP siūlo ieškoti būdų, kurie įpareigotų gamintoją atskleisti, kiek jam kainavo vaistą sukurti.

Mokslininkų padarytos išvados patvirtina PSO ekspertų rekomendacijas, kuriose teigiama, kad politikos formuotojai turėtų valdyti vaistų kainas, kad žmonėms būtų prieinami vaistai už prieinamą kainą. Nepaisant to, vaistų prieinamumas yra nepatenkinamas. Tai rodo, kad dėl didesnio prieinamumo reikėtų persvarstyti kainų politiką ir reguliavimo struktūras taip pat atsižvelgiant į visą ES. Vaistų kainos turėtų būti pritaikytos vietos ekonomikai.

Problema. Vienas iš pagrindinių veiksnių, dėl kurių vaistų kainos Lietuvoje yra gana brangūs yra tai, kad Lietuvos rinka yra labai maža. Kitas labai stiprus veiksnys – Lietuva neturi tiek vaistų gamintojų, kad galėtų patenkinti pacientų poreikius. Virš 98% Lietuvoje esančių vaistų yra importuojami iš kitų šalių. Visai skirtinga situacija yra Lenkijoje. Lenkijos rinka 14 kartų didesnė. Lenkijoje pagaminti vaistai patenkina apie trečdalį pacientams reikalingų vaistų, todėl Lenkija mažiau eksportuoja. Ne ką mažesnę vaidmenį atlieka ir taikomi mokesčiai vaistams. Lenkijoje visiems vaistams taikomas 8% PVM, o Lietuvoje kompensuojamiems 5%, nekompensuojamiems 21% PVM.

Vaistų kainos Lietuvoje kasmet didėja ir valstybė nesugeba jų pažaboti bei įvesti saugiklius, kurie padėtų apriboti vaistų brangimą ir paskatintų konkurenciją tarp vaistų gamintojų. Taigi, Lietuvos valstybė turi ieškoti ir spręsti vaistų kainodaros iššūkius bei surasti būdus, kurie padėtų stabilizuoti vaistų kainas ir sumažinti skiriamas išlaidas vaistams iš PSDF biudžeto lėšų ir mažinti pacientų išlaidas.

Taigi tyrimo problemą galima formuluoti klausimu: **kaip įvertinti veiksnius lemiančius vaistų kainų pokyčius Lietuvoje?**

Tyrimo objektas – vaistų kainas lemiantys veiksniai.

Tyrimo tikslas – įvertinti veiksnius lemiančius vaistų kainų pokyčius Lietuvoje.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išnagrinėti Lietuvos vaistų kainų dinamiką bei problemines tyrimo sritis.
2. Išnagrinėti kainodaros teorinius principus ir jų lemiančius veiksnius.
3. Sudaryti vaistų kainas lemiančių veiksnių tyrimo metodologiją.
4. Palyginti Lietuvos ir Lenkijos vaistų kainas bei vaistų kainą lemiančius veiksnius.
5. Ištirti svarbiausius Lietuvos vaistų kainas lemiančius veiksnius.

Tyrimo metodai:

- Mokslinės literatūros analizė.
- Anketinė apklausa.
- Lyginamoji analizė.
- Statistinė duomenų analizė.

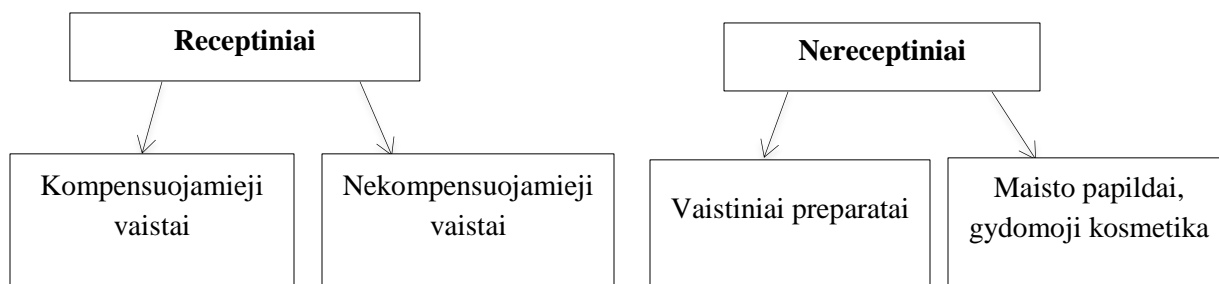
1. LIETUVOS VAISTŲ KAINŲ DINAMIKA IR PROBLEMATIKA

1.1. Lietuvos vaistų kainų pokyčių analizė

Vaistai – priemonė, kurios vartojimas padeda gydyti ligos simptomus ar užkerta kelią tolimesniam ligos plėtimui. Vaistų terapija yra labai svarbi medicinos sritis, kurios sukurti farmaciniai ir užtikrina ilgesnę ir kokybiškesnę gyvenimo kokybę (https://en.wikipedia.org/wiki/Pharmaceutical_drug#cite_note-1).

Vaistiniai preparatai yra klasifikuojami į receptinius ir nereceptinius, remiantis Europos Sąjungos teisiniais aktais (<http://www.vvkt.lt/lit/Apie-receptinius-ir-nereceptinius-vaistus/1912>).

Žemiau pateikiami, receptinių ir nereceptinių vaistų klasifikavimas į mažesnes grupes, pateikiamas 1 pav.



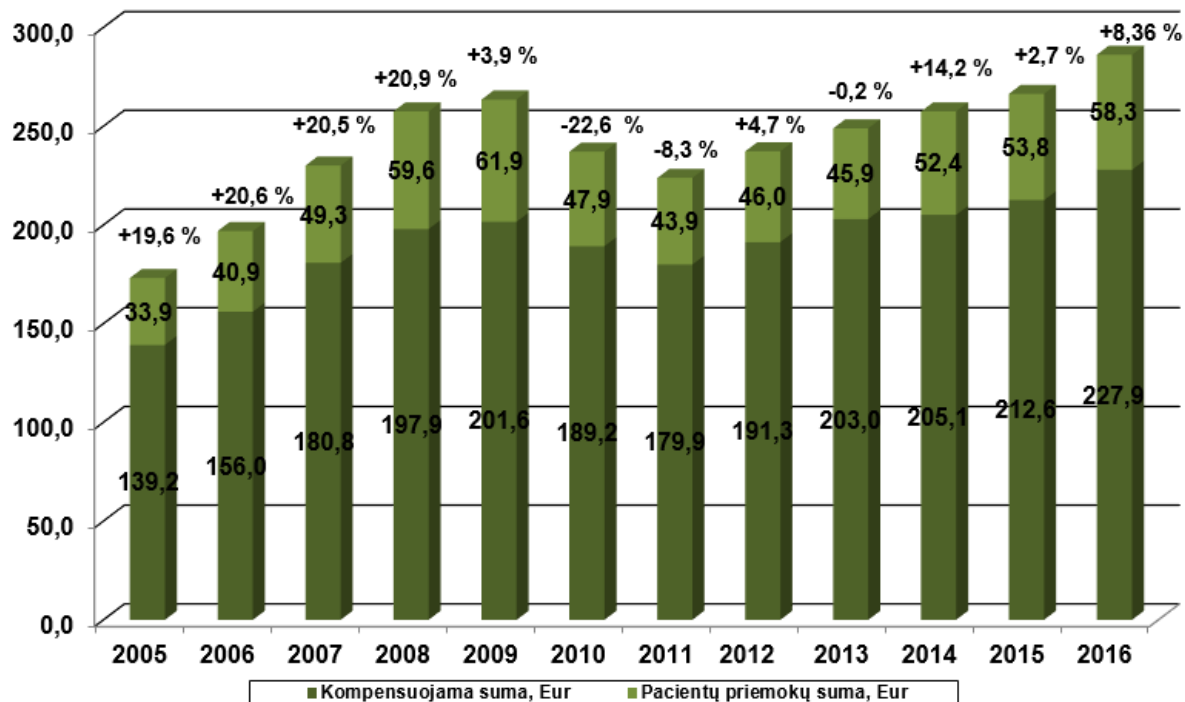
1 pav. Receptinių ir nereceptinių vaistų klasifikacija (sudaryta pagal VVKT duomenis, 2016)

Receptiniai vaistai yra vieni iš svarbesnių ir skirstomi į kompensuojamus ir nekompensuojamus (žr. 1 pav.). Kompensuojamieji vaistai – yra įtraukti į kompensuojamų vaistinių preparatų kainyną ir kurių įsigijimo išlaidos ar dalis jų yra kompensuojama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų (toliau – PSDF) (LR, Farmacijos įstatymas, 2006). Už nekompensuojamus vaistus pacientai turi sumokėti pilną vaisto kainą.

Remiantis 2016 m. Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos (toliau – VVKT), apie parduotų vaistų pakuočių kiekį didžioji dalis sudarė receptiniai 65%, o nereceptiniai 35% rinkos. Kaip matyti, receptiniai vaistai yra gyvybiškai svarbūs, todėl ir jų suvartojimas bei atitinkamai skiriamos išlaidos jiems yra didžiausios.

Sveikatos apsaugos išlaidos receptiniams kompensuojamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms (toliau – MPP) yra padengiamos iš PSDF, o kitą dalį padengia pacientai. Remiantis VLK

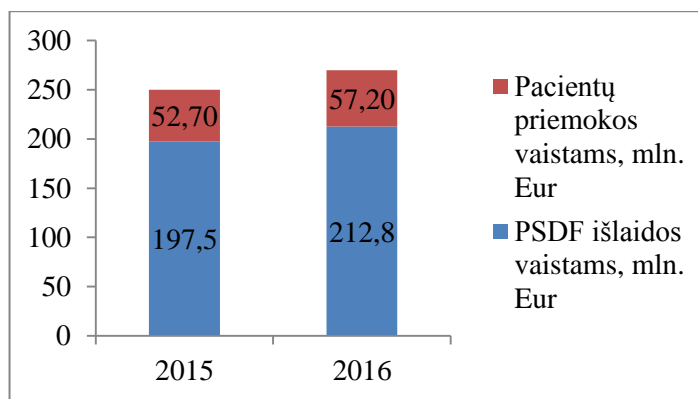
paskelbtais duomenimis (2016 m.) pinigų srantai skirti padengti farmacijos produktams ir pacientų priemokos joms didėja kasmet. Žemiau pateikiama 2005-2016 m. vaistų ir MPP kompensuojamos sumos ir pacientų priemokos sumos santykis (mln. Eur) (2 pav.).



2 pav. 2005-2016 m. vaistų ir MPP kompensuojamos sumos ir pacientų priemokos sumos santykis (mln. Eur) (VLK, 2016)

Iš pateiktų duomenų matyti, kad 2005-2009 m. laikotarpiu, PSDF sumos skirtos kompensuoti farmacijos išlaidas didėjo nuo 139,2 iki 201,6 mln. Eur, o pacientų išlaidos didėjo nuo 33,9 iki 61,9 mln Eur. Tačiau po krizės 2010-2011 m. laikotarpiu tiek PSDF, tiek pacientų išlaidos skirtos farmacijos produktams mažėjo: pacientų nuo 47,9 iki 43,9 mln. Eur, o PSDF nuo 189,2 iki 179,9 mln. Eur. Vėliau rinkoms pradėjus stabilizuotis po krizinio laikotarpio 2012-2016 m. tiek PSDF, tiek pacientų išlaidos farmacijos produktams pradėjo didėti: pacientų nuo 46,0 iki 58,3 mln. Eur, o PSDF nuo 191,3 iki 227,9 mln. Eur.

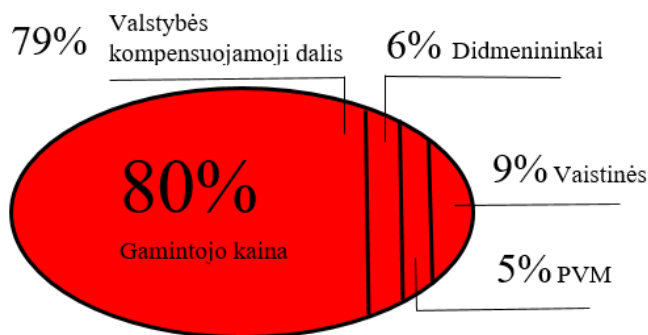
Sveikatos apsaugos išlaidos farmacijos produktams neatspindi (2 pav.) išlaidų vaistams. Paanalizavus detaliau duomenis apie išlaidas receptiniams kompensuojamiesiems vaistams, matosi tiek PSDF ir paciento priemokų didėjimas. Žemiau pateikiamas grafikas apie 2015-2016 m. PSDF išlaidas ir paciento priemokas receptiniams kompensuojamiesiems vaistams (žr. 3 pav.).



3 pav. 2015-2016 m. PSDF išlaidos ir paciento priemokos receptiniams kompensuojamiesiems vaistams (sudaryta darbo autoriaus, remiantis VLK, 2016)

Iš pateiktų duomenų apie PSDF ir pacientų išlaidas vaistams (žr. 3 pav.) matyti, kad PSDF skiriamos lėšos palyginus 2015 m. su 2016 m. padidėjo 7,7 % (15,3 M Eur), o paciento išlaidos palyginus 2015 m. su 2016 m. padidėjo 8,5% (4,5 M Eur). Tokie rodikliai rodo, kad vaistų kainos Lietuvoje kasmet didėja ir valstybė nesugeba jų pažaboti bei įvesti saugiklius, kurie padėtų apriboti vaistų brangimą ir paskatintų konkurenciją tarp vaistų gamintojų.

Galutinė vaisto kaina labiausiai lemia gamintojo deklaruojama kaina ir vaisto kainos struktūroje yra didžiausia. Žemiau pateikiama, kompensuojamo vaisto kainos struktūra (žr. 4 pav.)



4 pav. Kompensuojamo vaisto kainos struktūra (sudaryta darbo autoriaus, remiantis VLK, 2016)

Iš vaisto kainos struktūros (4 pav.) matyti, kad kompensuojamo vaisto kaina susideda iš keturių dalių. Gamintojo kaina sudaro didžiąją dalį vaisto kainos, kuri vidutiniškai siekia 80% ir vidutiniškai 79% tos kainos valstybė kompensuoja. Didmenininko vidutinis antkainis siekia 6%, o vaistinės apie 9%. Kompensuojamiesiems vaistams taikomas 5% PVM.

Iš pateiktų duomenų (žr. 4 pav.) matyti, kad galutinė vaisto kaina labiausiai priklauso nuo gamintojo deklaruotos kainos. Taigi, vaisto gamintojas vienoje šalyje deklaruoja vieną vaisto kainą, o kitoje kitą ir

todėl galutinė vaisto kaina pacientui yra skirtinga. Vienas iš pagrindinių veiksnių yra tai, kad Lietuvos rinka yra 14 kartų mažesnė nei Lenkijos. Tai padidina derybinę galią su vaistų gamintojais. Kitas labai stiprus veiksnys – Lietuva neturi tiek vaistų gamintojų, kad galėtų patenkinti pacientų poreikius. Virš 98% Lietuvoje esančių vaistų yra importuojami iš kitų šalių. Visai skirtinga situacija yra Lenkijoje. Lenkijoje pagaminti vaistai patenkina apie trečdalį pacientams reikalingų vaistų, todėl Lenkija mažiau eksportuoja. Ne ką mažesnę vaidmenį atlieka ir taikomi mokesčiai vaistams. Lenkijoje visiems vaistams taikomas 8% PVM, o Lietuvoje kompensuojamiems 5%, nekompensuojamiems 21% PVM.

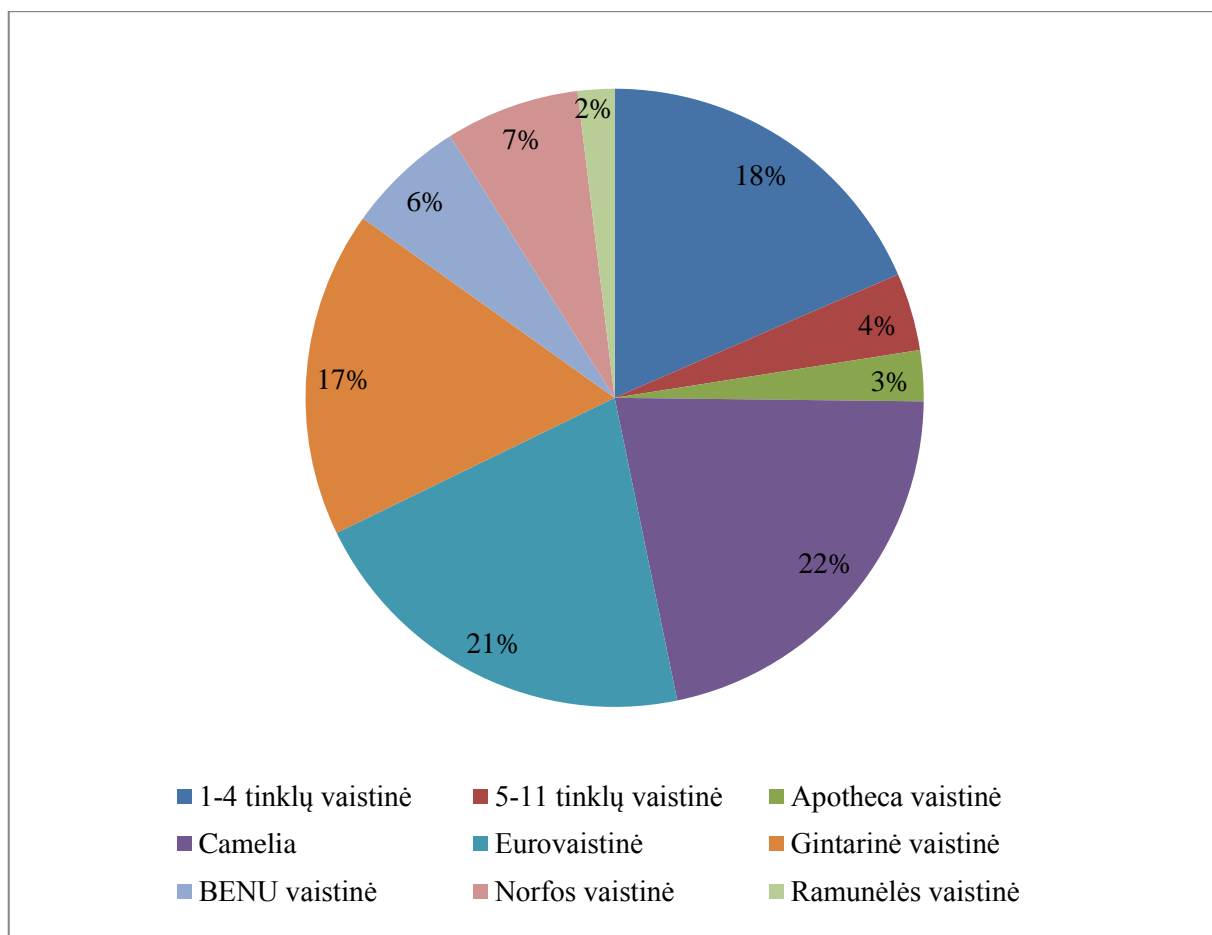
Lietuvos valstybė turi ieškoti ir spręsti vaistų kainodaros iššūkius. Surasti būdus, kurie padėtų stabilizuoti vaistų kainas ir sumažinti skiriamas išlaidas vaistams iš PSDF biudžeto lėšų ir mažinti pacientų išlaidas.

1.2. Vaistinių tinklų pasiskirstymo Lietuvoje ir Lenkijoje palyginimas

Vaistinių pasiskirstymas ir išsidėstymas šalyje yra vienas iš svarbiausių rodiklių, kuris parodo, kiek pacientas užtrunka, kol pasiekia vaistinę ir įsigyja reikiamus vaistus. Remiantis Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos (toliau – VVKT) pateiktais duomenimis (žr. 4 pav.) 2016 m. gruodžio 31 d. Lietuvoje veikė 1354 licencijuotos vaistinės iš kurių 46 buvo ligoninių vaistinės ir 1308 – visuomeninės vaistinės. Lietuvoje vaistinių tinklas yra gerai išplėtotas, nes viena vaistinė aptarnauja 2103 gyventojus ir palyginus su kitomis Europos šalimis šis rodiklis yra tankesnis: Olandija – 8467, Čekija – 4351, Vokietija – 3958, Didžioji Britanija – 4452, Šveicarija – 4585.

Tankus vaistinių tinklų išsidėstymas turėtų skatinti konkurenciją tarp vaistinių ir užtikrinti pacientams pačią mažiausią vaistų kainą. Tačiau jau daugybę metų kalbama, kad Lietuvos rinkoje vaistų kainos yra aukštos palyginus su kaimyninėmis valstybėmis ir neadekvačiai aukštos. Dažnai pasigirsta vieši pareiškimai, kad Lietuvoje nepaisant didelės vaistinių koncentracijos yra įsitvirtinusi oligopolinė vaistų rinka.

Pagal VVKT pateiktus duomenis (žr. 5 pav.) matyti, kad mažmeninę vaistų rinką valdo didieji mažmeninės prekybos tinklai, tokie kaip Camelia, Eurovaistinė ir Gintarinė vaistinė, kurie užima 60% rinkos. Tinklinių ir netinklinių vaistinių pasiskirstymas pateikiamas 5 pav.



5 pav. Tinklinių ir netinklinių vaistinių pasiskirstymas Lietuvoje (sudaryta pagal VVKT duomenis, 2016)

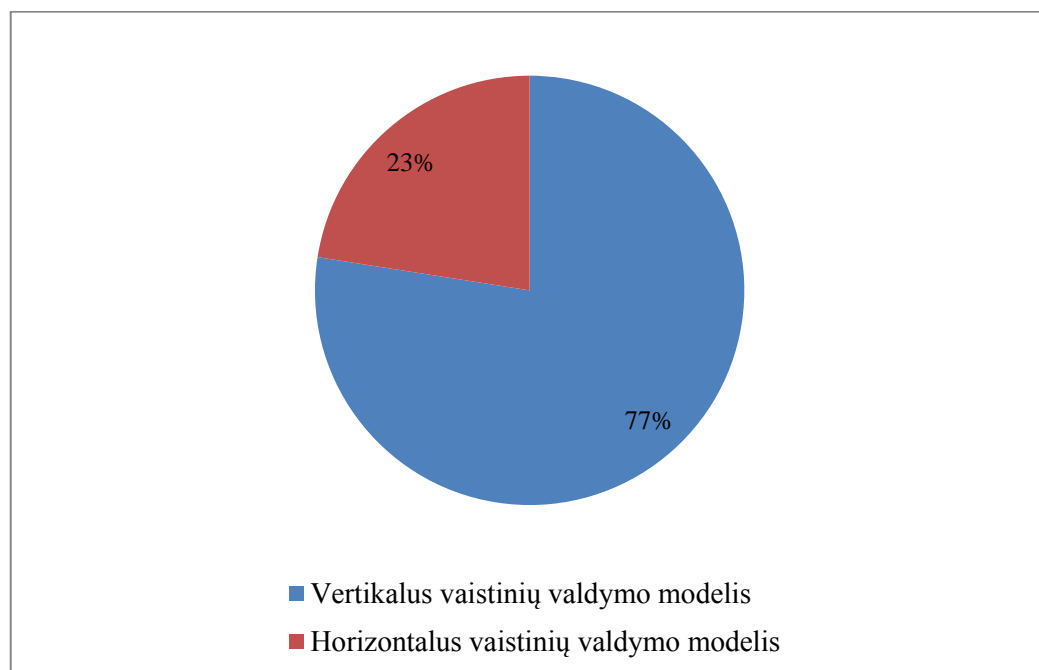
Vidutinio dydžio tinklinės vaistinės „BENU“ ir „Norfos vaistinė“ užima 13% rinkos. Mažo dydžio tinklinės vaistinės „Apotheca“ ir „Ramunėlės“ užima 5% rinkos. Tinklai, kurie sudaryti iš 5-11 tinklų vaistinės užima 4% rinkos ir patys mažiausiai tinklai sudaryti iš 1-4 vaistinių - 18% rinkos.

Lietuvos mažmeninė vaistų rinka labai stipriai koncentruota į didžiuosius tinklus. Pagal pateiktus duomenis (žr. 1 lentelę) matyti, kad didžiausią mažmeninės vaistų rinkos dalį valdo pagrindiniai tinklai tarp kurių yra įsitvirtinusi vertikali vaistinių ir didmeninės prekybos integracija, kur mažmenininkas ir didmenininkas yra ta pati įmonė. Vaistų didmenininkas steigia mažmeninės farmacijos tinklus arba vaistinių tinklai steigia didmenines vaistų platinimo įmones.

1 lentelė. Vaistinių tinklai priklausantys didmeninės vaistų platinimo įmonėms (sudaryta pagal VVKT duomenis, 2016)

Vaistinių tinklas	Didmeninės prekybos įmonės
UAB „Apotheca vaistinė“	UAB „Medikona“
UAB „Camelia“	UAB „Nemuno vaistinė“
UAB „Eurovaistinė“	UAB „Euroapotheca“
UAB „Gintarinė vaistinė“	UAB „Limedika“
UAB „BENU vaistinė“	UAB „Tamro“
UAB „Norfos vaistinė“	UAB „Limedika“ UAB „Norfos mažmena“
UAB „Ramunėlės vaistinė“	UAB „Armila“

Tokia veikianti vaistų platinimo schema nesukuria konkurencijos ir įsivyrėja oligopolinė situacija, kur vaistų didmenos ir mažmenos prekybą vykdo ta pati organizacija. Tai modelis, kuris neužtikrina mažų vaistų kainų pirkėjams ir užkertamas kelias vaistų gamintojams ateiti į rinką su mažesne kaina. Žemiau pateikiama vertikali ir horizontali vaistinių veikimo modelio dalis rinkoje (ž. 6 pav.).



6 pav. Vertikalus ir horizontalus vaistinių tinklų valdymo modelis (sudaryta pagal VVKT duomenis, 2016)

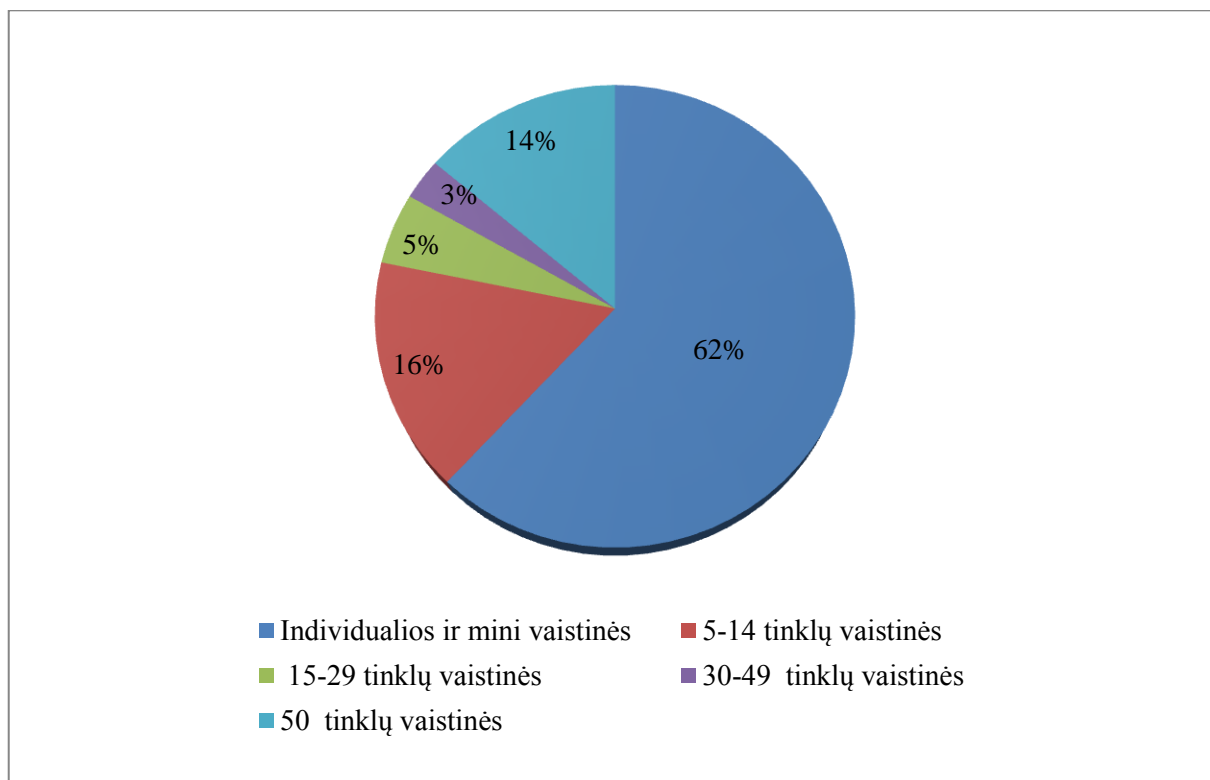
Iš pateiktų duomenų (žr. 6 pav.) matyti, kad 77% vaistinių tinklų yra valdoma vertikaliu modeliu ir tik 23% horizontaliu modeliu, kuriems priskiriami vieno ar kelių tinklų vaistinių savininkai, kurie sudaro mažą mažmeninės vaistų platinimo rinkos palyginus su pagrindiniais rinkos dalyviais.

Tokia situacija susidarė, nes 2002 m. kovo 14 d. LR Konstitucinio teismo priimtas nutarimas panaikino teisinius apribojimus, reglamentuojančius apribojimus vaistinių savininkams. Panaikinus reikalavimą turėti farmacinių išsilavinimą, paskatino didmeninių platinimo įmonių ir vaistinių plėtrą.

Vaistinių tinklų pasiskirstymas Lenkijos rinkoje. Lietuvos farmacijos rinkoje dažnai pasigirsta kalbų, nuomonių ir pareiškimų, kad kaimynėje valstybėje vaistų kainos yra mažesnės nei Lietuvos rinkoje. Žinodami, kad Lietuvos mažmeninių vaistinių tinklai veikia oligopoliniu principu, kuris neužtikrina geros kainodaros, nuspręsta paanalizuoti, kaip atrodo Lenkijos mažmeninės vaistų platinimo rinka.

2016 m. Lenkijoje veikė 14,780 vaistinių (Rynek-Dystrybucji-Farmaceutycznej-2016%20(2).pdf). Lenkijos vaistinių tinklų išsidėstymas pagal gyventojų skaičių yra panašus, kur viena vaistinė aptarnauja 2567 gyventojų.

Lenkijos mažmeninės vaistų platinimo rinkoje vyrauja vieno savininko ar mini tinklų vaistinės, kurias valdo pavienys asmenys ir tai pagrinde Lenkiško kapitalo įmonės. Žemiau pateikiama vaistinių pasiskirstymas Lenkijos rinkoje (žr. 7 pav.).



7 pav. Vaistinių struktūra Lenkijos rinkoje

Didžiausia mažmeninės vaistų prekybos dalis priklauso individualioms ir mini vaistinėms, kurios užima 62% rinkos. 5-14 tinklų vaistinės sudaro apie 16,3% rinkos. 15-29 tinklų vaistinės sudaro apie 5% rinkos. 30-49 tinklų vaistinės sudaro 2,9% rinkos, o daugiau nei 50 tinklų turinčios vaistinės sudaro 13,9%. Lenkijos mažmeninės vaistinių tinklas yra visiškai priešingybė Lietuvos vaistinių struktūrai.

Toks skirtingas vaistinių tinklų pasiskirstymas gali būti viena iš priežasčių, kodėl vaistų kainos skiriasi tarp Lenkijos ir Lietuvos. Žurnalistai 2017 m. atliko tyrimą ir palygino populiariausių vaistų ir maisto papildų kainas Lenkijos vaistų internetinėje svetainėje doz.pl ir Lietuvos svetainėje vaistai.lt. Vaistų ir maisto papildų kainų palyginimas pateiktas 2 lentelėje.

2 lentelė. Vaistų ir maisto papildų kainų palyginimas Lietuvoje ir Lenkijoje

Pavadinimas	Kaina Lietuvoje, EUR	Kaina Lenkijoje, EUR	Kainos skirtumas, %
Ibuprofenas 200mg/20 tabl.	2,46	0,94	162
Diclac gelis	4,99	2,74	82
Gripex 12 pak.	5,15	2,88	79
Coldrex 10 pak.	5,69	3,33	71
Prospan sirupas 100 ml	4,86	4,57	6
Quixx nosies purškalo	5,12	4,53	13
Kasos fermentai 20 pak.	2,79	1,43	95
Omega-3 60 tabl.	9,41	3,81	147
Vitaminas D3 Forte 60 tabl.	15,49	2,74	465
Geležis 30 tabl.	9,98	3,84	160

Iš pateiktų duomenų matyti, kad vaistų kainų skirtumas (žr. 2 lentelę) tarp Lenkijos ir Lietuvos egzistuoja. Kai kurie vaistai skiriasi tik keliais procentais, bet daugumos skirtumas siekia apie du kartus, o kai kurių net keturius kartus ir tai priverčia dar labiau analizuoti šią atskirti ir ieškoti daugiau veiksnių galinčių įtakoti tokį vaistų skirtumą.

1.3. Vaistų kainodaros mokslinių tyrimų analizė

Konkurencija farmacijos versle apima visus segmentus: gamintojus, didmenines įmones, vaistines, informacijos tiekėjus. Konkurencinio pranašumo didinimas farmacijos sektoriuje yra viena aktualiausių problemų. Ši problema aktuali ne tik valdžios atstovams, verslininkams, bet ir mokslininkams.

VVKT užsakymu, 2016 m. atliktas valstybinis auditas, siekiant išsiaiškinti: ar užtikrinamas kompensuojamųjų generinių vaistų prieinamumas. Nustatyta, kad gyventojams generinių vaistų pasiūla kompensuojamųjų vaistų kainynuose didėjo: juose buvo sudarytos naujos vaistų grupės, buvusios grupės

papildomos kitų gamintojų vaistais. Šalyje taikomas kompensuojamųjų vaistų kainų reguliavimas leido sumažinti vaistų bazines kainas. Į generinių vaistų grupę įrašius naują vaistą mažesne deklaruojama kaina (pagal kurią apskaičiuojama visos grupės vaistų bazinė kaina), paciento priemoka sumažėja už šį vaistą, tačiau už kitus tos grupės vaistus padidėja. Sveikatos apsaugos ministerijos formuota vaistų politika nepakankamai nukreipta į generinių vaistų vartojimą, taikytos priemonės nebuvo kompleksinės.

VVKT užsakymu, 2011 m. atliktas tyrimas „Europos farmacijos teisyno (politikos) poveikis vaistų prieinamumui Lietuvos gyventojams“. Jo metu surinkta medžiaga leido įvertinti, kokie vaistų rinkos veiksniai daro didžiausią įtaką vaistų prieinamumui Lietuvos vartotojams. Atlikus tyrimą, taip pat išryškėjo pagrindinės priežastys, kodėl vartotojų nepasiekia platesnis vaistų asortimentas, o siūlomi rinkoje vaistiniai preparatai – ganėtinai brangūs. Tyrimo metu buvo identifikuota svarbi problema: Lietuvoje vaistinių tinklai užima didžiąją mažmeninės vaistų rinkos dalį ir konsoliduojasi su vaistų didmeninio platinimo įmonėmis. Tai lemia, kad gamintojų įtaka formuojant vaistų asortimentą ir kainodarą mažėja, o valstybinio reguliavimo priemonės gali būti nepakankamai efektyvios, nes jų poveikis nesiekia vaistų platinimo grandies. Taip pat tyrimas parodė, jog dėl šalyje susiformavusios atskirų rinkos dalyvių išskirtinių pozicijų mažėja vaistų prieinamumas vartotojams tiek kainų, tiek asortimento požiūriu.

Europos Parlamento užsakymu, 2011 m. atliktas tyrimas „Farmacijos produktų kainų ir galimybių jų įsigyti skirtumai Europos Sąjungoje“. Šiame tyrime nagrinėjami farmacijos produktų kainų skirtumų priežastys valstybėse narėse. Joje aptariama sudėtinga valstybių narių taikomų skirtingų reguliavimo priemonių sąveika ir jų poveikis kainodarai, augančių išlaidų mažinimui, naujovėms ir galimybėms įsigyti vaistų. Tyrime teigiama, kad vaistų kainos ES valstybėse narėse skiriasi: 150 vaistų krepšelio kainos šalių vidurkis skiriasi iki 25 procentų. Analizuojant atskirus farmacijos produktus, parduotus Europos Sąjungoje, kainų skirtumai dar padidėja. Atskirų patentuotų vaistų aukščiausių ir žemiausių kainų skirtumas yra 4 ir 1. Kainų skirtumai dar didesni parduodant vaistus, kurių patentai nustojo galioti, nes generinės versijos didina rinkos konkurenciją. Vertinant šių vaistų kainas, valstybėse narėse pastebėtas atskirų generinių vaistų skirtumas santykiu 16 ir 1. Pagrindiniai veiksniai, kurie lemia skirtingas kainas valstybėse narėse, yra pajamų lygis, nacionalinė (kartais regioninė) reguliuojamoji farmacijos produktų kainodaros ir vertės nustatymo politika, didmeninio ir mažmeninio platinimo reguliavimo metodai, farmacijos produktų apmokestinimas, visų pirma PVM. Valstybėse narėse taikomi įvairūs mechanizmai farmacijos produktų kainoms ir jų kompensavimo dydžiams reguliuoti. Atrodo, kad farmacijos produktų kainų skirtumus ES valstybėse narėse lemia du svarbiausi veiksniai: skirtingas išlaidų sveikatos priežiūrai dydis (susijęs su BVP) ir skirtinga kainų nustatymo ir reguliavimo politika.

Farmacijos sektoriaus konkurencingumo tema aktuali užsienio šalių moksliniuose tyrinėjimuose. Zaprutko et al. (2017) atliktame tyrime „Vaistų prieinamumas Europos Sąjungoje“ teigiama, kad dauguma vaistų vis dar nepasiekiami daugeliui ES piliečių. Dėl brangių vaistų vartojimo, didėja tiesioginės ir netiesioginės gydymo išlaidos, o norint pasiekti tam tikrų vaistų prieinamumą, reikia ieškoti bendrų Europos sprendimų. Mokslininkų padarytos išvados patvirtina PSO ekspertų rekomendacijas, kuriose teigiama, kad politikos formuotojai turėtų valdyti vaistų kainas, kad žmonėms būtų prieinami vaistai už prieinamą kainą. Nepaisant to, vaistų prieinamumas yra nepatenkinamas. Tai rodo, kad dėl didesnio prieinamumo reikėtų persvarstyti kainų politiką ir reguliavimo struktūras atsižvelgiant į visą ES. Vaistų kainos turėtų būti pritaikytos vietos ekonomikai. Lygiagrečios prekybos neskatinimas ir prastas farmacijos įmonių reguliavimas, didina kainų skirtumus ir apriboja galimybę naudotis efektyviais vaistiniais preparatais.

Panteli et al (2016) atliktoje studijoje „Farmacijos reguliavimas 15 Europos šalyse“ nagrinėjama plati vaistų kainų reguliavimo priemonių įvairovė bei leidimai prekiauti generiniais vaistais bei jų kainų lygis 15 Europos šalių. Daugumoje Europos šalių vaistų kainos kontroliuojamos gamybos etape arba didmeninės prekybos lygmenyje. Paprastai kainų kontrolės sistemos skirtos kompensuojamiems vaistams, o kompensuojamų generinių vaistų kainos yra reguliuojamos. Tyrime išnagrinėtos 15 šalių taiko bendrąją kainų reguliaciją, t. y. nustato generinių vaistų kainą, kuri yra mažesnė už pradinę vaisto kainą. Tirtose šalyse taikoma referencinių kainų sistema, t. y. kompensavimo politika, pagrįsta identiškų ar panašių vaistų grupėmis, kurioms nustatytas gražintinas (bazinės) sumos dydis. Dauguma šalių klasterizuoja vaistus, turinčius tą patį veikliąją sudedamąją medžiagą, o tik kelios šalys pasirinko platesnes etalonines grupes, todėl sudaromos galimybės labiau keisti vaistų pasirinkimą ir sutaupyti daugiau sąnaudų. Taigi Europos šalys taiko konkrečias priemones, skatinančias generinių vaistų vartojimą. Atrodo, kad kai kurių politikos priemonių vykdymas gali būti tobulinamas.

Londono Sveikatos ekonomikos žurnalo (Costa-Font, McGuire, Varol, 2014-12, Nr. 38, p. 1-9) straipsnyje „Kainų reguliavimas ir generinių vaistų įvedimas į rinką“ akcentuojama, kad padidėjęs generinių vaistų prieinamumas, gali padidinti statistinį efektyvumą sveikatos sistemoje, nepakenkiant farmacijos inovacijoms. Jokia ankstesnė studija empiriškai neanalizavo, kiek laiko užtrunka generinių vaistų paleidimas į rinką, o konkrečiau – vėlavimas konkrečioje šalyje, kai į rinką pirmą kartą patenka generinis vaistas. Remiantis didžiųjų ES šalių duomenimis ir produktų įvedimo svyravimais laikotarpyje (1999-2008 m.), naudojo trukmės analizę, siekiant išnagrinėti santykinis vėlavimus tarp šalių, priimant generinius vaistus. Tyrėjų rezultatai rodo, kad kainų reguliavimas daro didelę įtaką generinių vaistų išleidimo terminui sutrumpinti, bei padidina greitesni patekimą į rinką. Pastarasis rezultatas priklauso nuo

konkurencijos laipsnio ir rinkos dydžio. Tyrime taip pat nustatyta, kad bendras generinių vaistų konkurencijos lygis priklauso nuo generinių vaistų išleidimo strategijoms. Tyrėjų pagrindinė išvada yra ta, kad kuo sudėtingesnis ir painesnis vaistų kainų reguliavimas, tuo daugiau laiko užtrunka į rinką patekti pigesniai generiniam vaistui.

Towse et al. (2015) moksliniame straipsnyje „Europos Sąjungos farmacijos rinkos: skirtingos kainodaros nustatymo atvejai?“ nurodo, kad vaistų kainos visoje Europoje prieš prasidedant ekonominei krizei 2007 m. mažėjo, nors dabar šis procesas sustojo. Dabartiniai kainų skirtumai, atrodo, nėra optimalūs, skirtingose ES šalyse. Visų pirma, rinkose, kuriose pajamos vienam gyventojui yra palyginti mažos susiduria su tiekimo, vėlavimo ir efektyvių vaistų patekimu į rinką trukdžiais. Farmacijos įmonės pripažįsta, kad tokia situacija yra dėl mažo pelningumo (maržos), išorinio kainų palyginimo (toliau –IKP) bei rizikos dėl lygiagrečios prekybos. Šiame straipsnyje buvo aptarta, kaip galima pašalinti, kliūtis skirtingai kainodarai (toliau – SK) ES šalyse. Norint sukurti bendrą SK nustatymo sistemą tarp ES šalių, priklausomai nuo šalies ekonominės padėties ir pajėgumų mokėti, reikia įgyvendinti vieną bendrą visos ES šalių kainų nustatymo politiką. Jei toks sprendimas nebūtų įmanomas tada būtų galima svarstyti apie dviejų Europų kūrimą, t.y. vienas valstybių blokas, mažesnių pajamų šalys, kurios tarpusavyje galėtų vykdyti lygiagrečią prekybą ir naudoti SK tarp to bloko šalių ir ne tik. Jei toks dviejų lygių Europos požiūris taip pat nebūtų politiškai įmanomas, trečiasis būdas pasiekti SK nustatymą ES valstybės narėse, nuolaidų taikymas ar susitarimai su farmacijos įmonėmis. mūsų nuolaidų konfidencialumą, galbūt susijusį su savanoriškų sutartinių susitarimų taikymu. Tokiam susitarimui galėtų būti naudojamas „Ramsey“ ar „two-part pricing“ kainų nustatymo metodai.

Kaiser, Mendez, Rønde, Hannes (2014) atliko tyrimą „Farmacijos kainų reguliavimas: Danijos kainų nustatymo modeliai įrodymai“, kuriame nustatyta, kad pacientų bendrosios išlaidos sumažėjo maždaug 20% dėl vidinių kainų palyginimo (toliau – VKP) modelio taikymo. Labiausiai kainos sumažėjo generiniams vaistams (pacientų išlaidos sumažėjo net 44%). Taip pat statistiškai reikšmingai sumažėjo lygiagrečiai importuotų vaistų kainos, o palyginti nedaug pasikeitė prekės ženklų pažymėtų vaistų kainos. Nors bendrosios pacientų priemokos mažėjo, bet firminiams vaistams, išlaidos didėjo, nes jų lyginamos kainos santykinai buvo didesnės, nes nebuvo stiprios konkurencijos. Absoliučios ir santykinės kainos pokyčiai turi didelį poveikį galutiniai kainai ir bendrai paklausai. Bendras padidėjimas 13%, o generiniams vaistams paklausa didėjo 20%. Brendinių vaistų poreikis sumažėjo 21%, dėl sąlyginai didesnės kainos. Tyrėjų analizės rezultatai parodė, kad pacientai labiau rinkosi generinius vaistus, nei originalius, dėl jų santykinai mažesnės kainos, nors daugumos supratimu generinis prastesnis, nei originalus. Tačiau turimi moksliniai tyrimai įrodo, kad daugumai pacientų generinių ar originalių vaistų

terapinis poveikis yra vienodas. Žinoma, kad vidinis kainų palyginimo metodas turi būti tobulinamas, kad bendroji konkurencija veiktų gerai. Danijos sveikatos sistemos reformos, kuriomis gydytojai buvo skatinami pacientui skirti pigiausių gydymui reikalingą vaistą, prisidėjo prie šios reformos teikiamos naudos. Danijos patirtis apie kainų referavimo modelį, pateikia keletą išvalgų. Pirma, pagal vidinių referencinių kainų nustatymo tvarkos, pacientai visada moka visą kainų skirtumą tarp jų pageidaujamo vaisto ir jo pigiausio pakaitalo, todėl jie yra labiau jautrūs santykinėms kainoms. Antra, skirtingai nuo IKP sistemos, kai referencinė kaina dažnai tampa rinkos kaina, politikos formuotojams nereikia ieškoti būdų, kaip palyginti kainų lygį, kuris būtų artimas konkurencijos lygiui.

Leopold et al. (2013) atliko tiriamąjį tyrimą tarp 15 Vakarų Europos šalių tema „Ar Europa taiko bendrą patentinių vaistų kainų lygį?“. Tyrimas atskleidė, kad kainos tarp šalių ir atrinktų vaistų labai skiriasi nuo vidutinės, laikotarpyje (2010-2012 m.). Labiausiai kainų skirtumai išsiskyrė dvi šalys: Vokietija (iki 27% brangiau, nei vidutinė kaina) ir Graikija (iki 32% pigiau, nei vidutinė kaina). Visos kitos šalys turėjo stabilias kainas ir apėmė šalies vidurkį, t.y. kainų intervalas yra 10% mažesnis ar didesnis nei šalies vidurkis. Pigesnių ir brangių vaistų kainos išliko palyginti stabilios arba laikui bėgant sumažėjo, o tik „Sirolimus“ kaina laike padidėjo. Yra įvairių veiksnių, dėl kurių atsiranda kainų skirtumai: šalies pajamų lygio skirtumai, skirtinga vaistų vertės vertinimas, skirtingus farmacijos politikos reglamentavimas, valiutos kursų svyravimai ar konkurencijos lygis tarp vaistų.

Leopold et al. (2012) ištirta tema „Išorinių kainų palyginimų taikymo, skirtumai Europoje: apžvalga“, parodė, kad iš 28 analizuotų Europos šalių 24 2010 m. taikė išorinį kainų palyginimą (IKP). Daugumoje šalių yra įstatymu, nustatytos išorinės kainos palyginimo įgyvendinimo taisyklės. Daugelis šalių naudojo savo, kainų palyginimo krepšelyje buvo mažiau nei 10 šalių. Aukštesnių pajamų šalys dažniausiai savo referavimo krepšelyje naudojo šalis su panašia ekonomine padėtimi, o mažesnes pajamas gaunančios šalys lyginosi su mažesnėmis pajamomis gaunančiomis šalimis. Pagrindė visos šalys naudojo vidutinės kainos strategiją, lyginamose šalyse, apskaičiuojant nacionalines kainas. IKP metodika daugelyje Europos šalių per pastaruosius 10 metų pasikeitė. Išorinės referencinės kainos nustatymo metodas yra plačiai naudojama vaistų kainodaros politika Europoje, o nacionalinės valdžios institucijos jas tobulina. Tačiau vis dar yra vietos, teisinių aktų tobulinimui ir persvarstymui dėl alternatyvių šalių įtraukimu, tuo atveju, jei produkto nėra rinkoje. Tyrėjai nurodo, kad reikia Europos šalys turi dalintis informacija (kainodaros strategija ir sistema) su kitomis institucijomis atsakingomis už vaistų kainodaros politiką. Šie kongresai taip pat suteiktų galimybę geriau suprasti nacionalinius kainų nustatymo metodus, įskaitant diskusijas apie galimus šių kainodaros metodų trūkumus.

Vogler, Zimmermann, Hahl, Piessnegger, Bucšics (2012) atliko tyrimą „Nuolaidos viešiesiems pirkėjams už vaistus Europos šalyse. Pietų Europos apžvalga“. Atrodo, kad nuolaidas, kurias farmacijos kompanijos taiko viešiesiems mokėtojams už vaistus, dažnai naudojamos visose Europos šalyse. Šis kainos mažinimo mechanizmas dažniausiai naudojamas kaip papildoma priemonė, kai kainų reguliavimas nepasiekia pageidaujamo rezultato, ypač Europos šalyse, kuriose kainų reguliavimas nėra efektyvus. Nuolaidos dažniausiai yra skirtos sąnaudų mažinimui ir neapibrėžtumo valdymui, o farmacinėms kompanijoms leidžiama įgyti rinkos dalį. Kadangi šios priemonės gali būti naudingos abiem dalyvaujantioms šalims (viešasis mokėtojas ir farmacijos pramonė), jie turi įtakos skaidrumui, nes šie susitarimai arba bent jau jų duomenys yra konfidencialūs ir dėl to gali būti iškraipomos vaistų kainos. Kadangi šio tyrimo tikslas buvo nustatyti nuolaidų mechanizmus visoje Europoje, o išsami konkrečių reglamentų ir susitarimų analizė nebuvo atlikta, todėl rekomenduojama atlikti tolesnius tyrimus.

Vogler, Hahl, Bogut, Vončina (2011) atliktas tyrimas „Kroatijos farmacijos kainodaros ir kompensavimo politikos palyginimas su Europos Sąjungos valstybėmis narėmis“ atskleidė, kad vaistų kainos yra kontroliuojamos visais lygmenimis Kroatijoje kaip ir 21 ES valstybėje narėje. Kaip ir kitos ES šalys, Kroatija taip pat taiko išorinį kainų palyginimą (IKP). Didmeninkų prekybos antkainiai yra reguliuojami ir taikomas linijinis maržos modelis, kuris naudojamas ir keliose ES šalyse. Vaistinėse taikomas fiksuotas mokestis už kompensuojamų vaistų išdavimą pacientui ir tai yra labai retas reiškinys, nes dauguma ES narių taiko, regresyvius ar linijinius farmacinių įkainių schemas. Kompensavimo politika tam tikriems vaistams taikoma pagal tai, kokią svarbą sveikatos požiūriu šis preparatas turi terapinį poveikį ir santykinį efektyvumą. Kroatijoje kaip ir kitose ES narių kompensavimo dydis yra grindžiamas referencinių kainų sistemos taikymu. Kroatijos valdžios institucijos gerai išnaudoja visus galimus mechanizmus, kad valstybės ir pacientų išlaidos atitiktų gydymo efektyvumą.

2. KAINODARA IR JĄ LEMIANČIŲ VEIKSNIŲ TEORINIAI SPRENDIMAI

2.1. Kainos samprata ir rūšys

Kaina rinkoje yra labai svarbus įmonių veiklą apibūdinantis ekonominis rodiklis. Kainos nustato gamybos struktūrą, daro lemiamą poveikį prekių paskirstymui, įmonės pelningumo lygiui (Miečinskienė, 2009).

Mokslinėje literatūroje yra įvairių kainos sampratų ir apibrėžimo interpretacijų (žr. 3 lentelę).

3 lentelė. Kainos apibrėžimai įvairių autorių darbuose (sudaryta darbo autoriaus)

Autorius	Apibrėžimas
Foxall, 1973	Kaina yra vienas iš įmonės patrauklumo vartotojui aspektų, fizinės produkto savybės turi apimti visus vartotojo poreikius.
Rowley, 1997	Kaina – pasiūlos ir paklausos darna.
Campbell, 1999	Kaina yra tai, ką vartotojai yra pasiruošę mokėti už gaunamą naudą iš produkto ir kas padengia visus įmonės gamybai panaudotus išteklius.
Sūdžius, 2001	Produkto kaina – tai kaina, kurią moka vartotojas už produkto nuosavybės (valdyti, naudoti, disponuoti) teisę.
Kuvelykaitė, 2001	Kaina yra vienintelis rinkodaros komplekso elementas, kurio dėka gaunamos pajamos. Kartu kaina yra pats lanksčiausias rinkodaros komplekso elementas, prireikus, ją galima greitai pakeisti.
Kutut, 2006	Kaina – įmonės komercinės politikos įrankis.
Kotler ir Keller, 2007	Kaina yra pinigų suma, mokama už gaminį ar paslaugą, arba pinigai, kuriuos vartotojas keičia į naudą, gaunamą iš gaminio ar paslaugos.
Simon, Bilstein, Luby, 2008	Kaina yra vienas iš lanksčiausių rinkodaros komplekso elementų, kuris tiesiogiai ir per trumpą laiką padidina pelningumą ir įmonės ekonominį efektyvumą.
Miečinskienė, 2009	Kaina yra labai svarbus įmonės veiklos ekonominis rodiklis ir priemonė įmonės tikslams pasiekti. Kaina – tai prekės vertės pinigine išraiška, o prekės vertė yra šios prekės gamybai sunaudotas darbo kiekis. Kaina – santykis, kuriuo prekės mainomos viena į kitą.
Indounas, Avlonitis, 2011	Kaina yra pats lanksčiausias rinkodaros komplekso elementas ir gali būti lengvai pritaikoma prie besikeičiančių aplinkos sąlygų.

Taigi, kainą galima apibrėžti ekonomikos teorijos ir rinkodaros požiūriu. Ekonomikos teorijoje kaina – tai pinigine prekės vertės išraiška, o rinkodaros požiūriu kaina – tai rinkodaros komplekso elementas, apimantis sprendimus ir veiksmus, susijusius su kainų nustatymu ir keitimu.

Yra labai daug požymių pagal kuriuos gali būti klasifikuojamos kainos. Griežtų klasifikacijos kriterijų nėra, todėl viena ir ta pati kaina gali būti priskirta kelioms kainų grupėms. Kainų grupavimas ir kainų rūšys parodyti 4 lentelėje.

4 lentelė. Kainų grupės ir kainų rūšys (sudaryta darbo autoriaus, pagal Miečinskienė (2009), Šeinauskienė, Alijošienė (2011))

Kainų grupė	Kainų rūšys
Priklausomai nuo pardavėjo vietos produkto paskirstymo grandinėje	<ol style="list-style-type: none"> 1. Didmeninė gamintojo kaina – tai kaina, kuri nustatoma prekei „išeinant“ iš gamybos įmonės. 2. Prekybos įmonės didmeninė kaina – tai kaina, prie kurios, be jos gamybos savikainos ir įmonės gamintojos pelno, pridedamas tiekimo ir pardavimo antkainis. 3. Mažmeninė kaina – tai kaina, kuria prekė, pateikiama galutiniam jos vartotojui.
Priklausomai nuo valstybinio reguliavimo lygmens	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reguluojamos kainos. Jos formuojamsi dėl paklausos ir pasiūlos svyravimų įtakos, tačiau yra tam tikru mastu reguliuojamos valstybinių organų, kurie riboja kainų augimą ar mažėjimą. 2. Laisvos (rinkos) kainos. Tai kainos, kurios laisvai formuojasi veikiamos rinkos konjunkcijos pokyčių ir jos nėra tiesiogiai veikiamos valstybinių organų. 3. Fiksuotos kainos. Tai kainos, nustatomos tam tikro lygio, ir jas keisti galima tik su tam tikrų valstybinių organų leidimu.
Pagal informacijos pateikimą	<ol style="list-style-type: none"> 1. Publikuojamos kainos – kainos skelbiamos specialiuose informacijos šaltiniuose. 2. Atsiskaitomosios kainos – kainos, kurios apskaičiuojamos produkcijos tiekėjų turint galvoje individualų vartotojo užsakymą.
Pagal laiko veiksnį	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sezoninės kainos – kainos prekių, kurių vartotojai yra sezoniniai. 2. Nuolatinės kainos – kainos, kurių galiojimas ir mažėjimo tvarka bei laikas yra iš anksto žinomi.
Pagal kainų nustatymą ir fiksavimą	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tvirtos kainos – tai kainos, kurios nustatomos pirmą kartą sudarant sandorį ir yra nekeičiamos visą jo vykdymo laikotarpį. 2. Lanksčios kainos – tai kainos, numatytos sutartyje su sąlyga, kad jos gali būti tikslinamos. 3. Slankios kainos – tai kainos, nustatomos ilgo gamybos ciklo produktams.
Pagal transporto išlaidų paskirstymą	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaina prekės pardavimo vietoje arba išsiuntimo punkte. Produktai parduodami pirkėjui jų gamybos vietoje., kartu perduodant ir visas teises į produkciją ir įsipareigojimus. 2. Bendros kainos, įskaitant pristatymo išlaidas, arba kaina pristatymo punkte. 3. Zoninės kainos. Įmonė išskiria keletą geografinių zonų ir kiekvienoje zonoje nustato skirtingą kainą vartotojui.
Pagal teritoriją	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vienodos kainos. Ta pati kaina visose pardavimo srityse. 2. Regioninė kaina. Kaina, kuri egzistuoja tik apibrėžtame rajone.

Apibendrinant galima teigti, kad kaina – tai prekės ar paslaugos vertės pinigine išraiška. Ji apibūdina įmonės veiklos rezultatus ir rodo, ar pirkėjas pripažįsta jų piniginį įvertinimą. Kaina padeda vartotojui spręsti apie produkto vertę ir tai labai veikia jų prekės ženklo pasirinkimą iš esamų ir konkuruojančių alternatyvų. Be to, kaina yra pats lanksčiausias rinkodaros komplekso elementas ir gali būti lengvai pritaikoma prie besikeičiančių aplinkos sąlygų.

2.2. Kainodaros samprata

Kaina atlieka daug ir įvairių funkcijų. Nustačius deramas kainas, galima padengti sąnaudas ir gauti pelną, pritraukti ir išlaikyti vartotojus. Šių funkcijų svarba įpareigoja organizacijas didelį dėmesį skirti *kainodarai* (Bagdonienė, Hopenienė, 2009).

Kainos nustatymo priemonės ir būdus nagrinėja kainodara. Tai yra mokslas, apimantis vadybos, rinkodaros, ekonomikos, išlaidų apskaitos ir finansų žinias. Davidson ir Simonett (2005) teigimu, *kainodaros* terminas apima ne tik kainos nustatymo procesą, jos įgyvendinimo strategiją, bet ir rodo įmonės pelningumą, konkurencingumą.

Pasak Rastenio (2009) *kainodara* – tai įmonės pastangos gauti dalį prekės ar paslaugos vertės pelno pavidalu. Norint sukurti sėkmingai veikiančią kainos, apmokėjimo metodų ir priemonių sistemą, reikia peržvelgti ir įgyvendinti šias kainodaros priemones:

- nustatyti kainų politikos tikslus;
- įvertinti finansinių priemonių ir paslaugų paklausą;
- išanalizuoti patiriamas išlaidas;
- iširti konkurentų produktus ir kainodarą;
- pasirinkti taikytinus kainodaros metodus;
- atrinkti ir įvertinti kainą lemiančius veiksnius;
- nustatyti priemonės ir paslaugos pradinę kainą;
- sukurti kainų keitimo sistemą taikant skirtingas kainų rūšis, nuolaidas ir lengvatas;
- užtikrinti lanksčią elektroninių kainų sistemą, suderintą Lietuvos ir pasaulio mastu ir t. t.

Kainų nustatymo veikla įmonėje vadinama kainodara, o vadovavimas šiai veiklai yra kainų politika. Verslo įmonėje kainų politika logiškai sujungia tikslus, galimybes ir lėšas, ja vadovaujantis nustatomos ir keičiamos kainos.

Kiekviena įmonė vykdo savo kainų politiką pagal galimybes. Tai priklauso nuo to, kokias prekes įmonė gamina. Jeigu jos gaminamos prekės yra labai diferencijuotos, analogų neturinčios prekės, tai

įmonė gali laisviau naudotis įvairiomis priemonėmis kainoms nustatyti. Kainų nustatymo laisvė taip pat didesnė ten, kur mažai tarpininkų (Miečinskienė, 2009).

Kainų politika – tai pažiūrų visuma ir bendriausi tikslai, kuriuos įmonė savo prekių ar paslaugų kainomis nori pasiekti. Norėdama parengti tinkamą kainų politiką, įmonė privalo aiškiai suformuluoti tikslus, kurių ji siekia teikdama paslaugas. Kainų politikos formavimas ir įgyvendinimas visada susijęs su bendra visos įmonės politika. Kainų politikos tikslai gali būti įgyvendinami ne vienu laiku ir naudojant įvairias kainas, tačiau pagrindinis strateginis tikslas vienas – siekti ilgą laiką gauti kiek galima daugiau pelno ir pelningai teikti paslaugas kiek galima didesniai klientų skaičiui. Įmonės kainų politika yra pagrindas kainodaros strategijoms parengti (Sūdžius, 2011).

Pasirinkta kainų politika priklauso nuo to, ar įmonė yra kainų lyderė ar sekėja. Dažniausiai rinkos lyderiai renkasi šiuos kainodaros tikslus: pelno didinimas; rinkos dalies plėtimas; pardavimo pajamų didinimas; naujų konkurentų atsiradimo varžymas (Jurkšienė, Boguslauskas, 2000). Lyderiai turi daugiau galimybių formuoti savarankišką kainų politiką ir ja remiantis siekti ilgalaikių tikslų įmonėje. Sekėjų kainodaros tikslai yra ne tokie ambicingi, tai: užtikrinti optimalų pinigų srautą; neatsilikti nuo konkurentų; derintis prie klientų ir jų poreikių. Sekėjai stebi konkurentus ir stengiasi prisitaikyti sekdami lyderių kainas (Sūdžius, 2011).

Kainodarai reikalingas stiprus bendradarbiavimas tarp rinkodaros ir kitų įmonės padalinių. Siekiant sustiprinti įmonių ekonominius ir finansinius rezultatus, kainų nustatymo politika turėtų būti formuojama, atsižvelgiant į jų vidinius gebėjimus, supratimą apie klientų poreikius ir norus, rinkos sąlygas (Besanko, Dranove, Shanley, Schaefer, 2012; De Toni, Mazzon, 2013).

Ekonomikos teorijoje nagrinėjami **šias rinkos formas atitinkantys šeši kainodaros modeliai:**

1. *Tobulos konkurencijos* rinkos sąlygomis kaina susiformuoja veikiant pasiūlai ir paklausai. Dėl didelio skaičiaus dalyvių, vadinasi, dėl mažos kiekvieno dalyvio rinkos dalies, kiekviena įmonė gali tik nedaug veikti pasiūlą, o per ją ir kainas. Dėl produkto homogeniškumo, rinkos skaidrumo ir paklausos paslankumo nė vienai įmonei nėra naudinga kitokia nei rinkos kaina, nes padidinusi kainą ji prarastų klientus, o sumažinusi – dalį pelno ir neįgytų pranašumo.

2. *Netobulos konkurencijos rinkose* kainų poveikio mastas priklauso nuo konkurencijos lygio. Netobulos konkurencijos rinka pasižymi tuo, kad šios rinkos dalyviai, pirkėjai arba pardavėjai, siekdami ekonominio pelno, gali daryti įtaką produkcijos kainai rinkoje (Miečinskienė, 2009).

3. *Monopolinės konkurencijos* rinkoje įėjimo barjerai yra lengvai įveikiami. Šioje rinkoje yra daug pardavėjų, daug prekių artimų pakaitalų ir galimybė homogenizuoti (suvienodinti) produktus. Prekiaujama ne viena kaina, o daugeliu, nes pardavėjas geba pateikti įvairius prekės variantus, besiskiriančius prekių

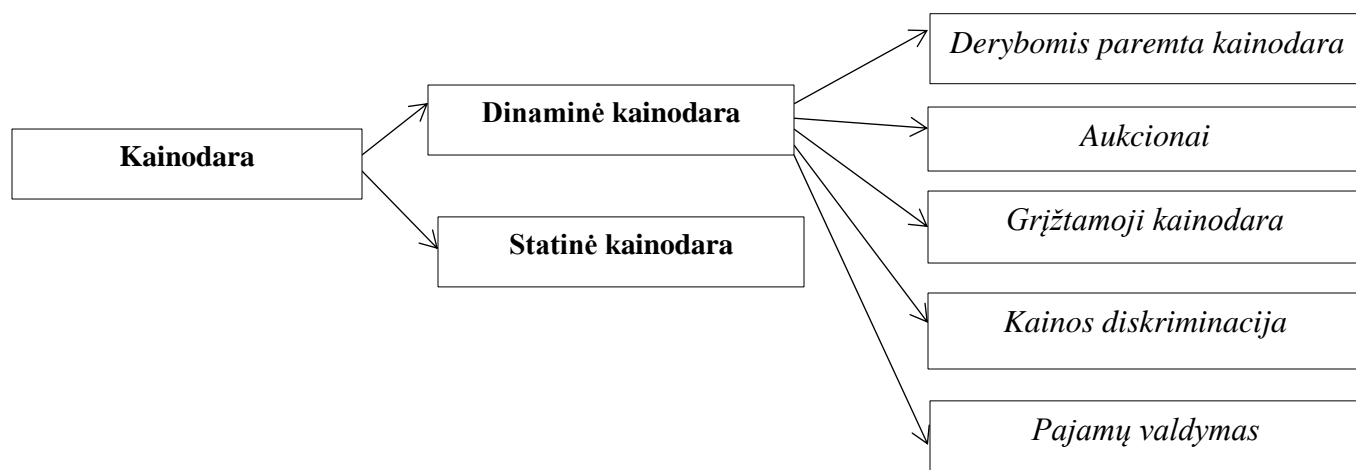
kokybe, savybėmis, išvaizda, aptarnavimu. Vienintelis ribojantis veiksnys šiame modelyje – vartotojų paklausa.

4. *Oligopolijos* rinkoje įėjimo barjerus sudėtinga įveikti. Rinkoje keletas pardavėjų pasidaliję beveik visą rinką. Produkcija gali būti diferencijuota arba nediferencijuota. Kainos vienodos arba panašios. Konkurencija vyksta daugiausia produktų kokybės ir inovacijų srityse, o ne keičiant kainas. Oligopolija yra tokia rinką, kurioje dominuoja keletas stambių pardavėjų, kurių elgsena determinuoja tarpusavio priklausomybę nustatant kainas ir rinkos dalį.

5. *Monopolijos* atveju yra vienas pardavėjas rinkoje. Monopolistas gali reguliuoti gamybos apimtį, o dėl to ir kainas. Monopolija gali būti valstybinė arba privati. Monopolijos rinkos struktūra, kai gamybos šakos apimtį kontroliuoja vienas pardavėjas arba jų grupė, priimanti suderintus sprendimus, kai nėra pakaitalų monopolininko gaminiui ir kai yra pasunkėjęs įėjimas į rinką, t. y. įėjimo kliūtys tokios didelės, kad naujoms firmoms neįmanoma patekti į rinką. Esant monopolijai viena ar kelios įmonės gali pasiekti didelius gamybos mastus. Tačiau monopolinių gamybos šakų kaštai gali būti didesni negu konkurencinių šakų.

6. *Monopsonija* tai tokia rinkos forma, kuomet egzistuoja daugelis gamintojų, tačiau tik vienas pirkėjas (monopsonistas). Monopsonija yra atvirkštinis monopolijos atvejis. Kaip ir monopolija, monopsonija sukuria iškreiptą konkurenciją, kuriai esant laisvosios rinkos dėsniai veikia specifiskai ir bendri dėsningumai netinka (Miečinskienė, 2009).

Kainodara bendruoju atveju skirstoma į fiksuotąją (statinę) bei dinaminę, kuri gali būti kaip interaktyvaus kainų atradimo proceso (dar vadinama interaktyviaja kainodara) ar trumpalaikio kainos nustatymo proceso, priklausomo nuo vartotojo elgsenos, rezultatas (Elmaghraby ir Keskinocak, 2003; Kauffman ir Wang, 2001).



8 pav. Dinaminės kainodaros tipologija (sudaryta pagal Deksnytę, 2012)

Dinaminė kainodara bendriausiu atveju apibūdinama kaip dinamiškas kainų vartotojams reguliavimas priklausomai nuo vartotojo suvokiamos produkto ar paslaugos vertės. Taikant dinaminę kainodarą pardavėjas dinamiškai laikui bėgant bei reaguojant į tokius rodiklius kaip produkto paklausa, pasiūlos galimybės, keičia kainas. Dinaminė kainodara apima beveik visus klasikinius kainos nustatymo mechanizmus ekonomikoje, kaip (8 pav.) (Deksnytė, 2012):

1. *Derybomis paremta kainodara*. Tai dvišalis procesas, kurio metu pirkėjas – pardavėjas remdamiesi skirtingais tikslais, siekia priimti abi šalis tenkinantį kainų lygį. Čia pirkėjo ir pardavėjo galingumas yra lygiavertis. Dėl šios priežasties, kainų derybas yra sunku valdyti bei gausu nesusipratimų (Bichler et al., 2002).

2. *Aukcionai*. Mokslinėje literatūroje nėra vieningos aukciono sąvokos, tačiau Maes (1999) teigimu, prekės kainos kėlimas nėra savaiminis aukciono tikslas. Aukciono esmė yra efektyviai panaudoti turimus resursus, kad jie sukurtų pačią didžiausią naudą (vertę), o tai gali būti pasiekta ne būtinai keliant kainą, bet ir ją leidžiant, rengiant pakartotiną aukcioną ir pan. Tai priklauso nuo to, kas yra potencialūs prekės pirkėjai ar pardavėjai, kokia prekė ar paslauga bus parduodama ar perkama (Bichler et al., 2002).

3. *Grįžtamoji kainodara*. Grįžtamoji kainodara leidžia tiek pirkėjui, tiek ir pardavėjui daryti įtaką galutinei produkto ar paslaugos kainai. Sandoris įvyks, jei pirkėjo siūloma kaina bus lygi arba viršys pardavėjo slaptai nustatytą kainos ribą. Jei pirkėjo siūloma kaina neviršys pardavėjo kainos ribos, pirkėjas gali sulaukti papildomų pardavėjo pasiūlymų. (Schwind, 2007). Naujos technologijos bei kainų nustatymo mechanizmo paprastumas sąlygojo mažas kainų nustatymo išlaidas bei veda į didesnes pajamas, palyginti su kitais kainodaros metodais (Milgrom 2004, Klemperer 2004).

4. *Kainos diskriminacija*. Kainos diskriminacija, kai skirtingiems klientams yra siūloma ta pati prekė už skirtingą kainą. Mokslinėje literatūroje išskiriami keli kainos diskriminacijos tipai:

- Pirmojo lygio kainų diferenciacija – pardavėjas parduoda skirtingą kiekį prekių skirtingomis kainomis, kainos kiekvienam klientui skiriasi. Šiuo atveju, kiekviena prekė parduodama tam klientui, kuris ją vertina aukščiausiai, už maksimalią kainą kurią šis klientas yra pasirengęs sumokėti (Schwind, 2007).

- Antrojo lygio kainų diferenciacija – tai taip pat nelineinis kainodaros metodas, kuriuo remiantis pardavėjas parduoda skirtingą prekių kiekį skirtingomis kainomis, bet kiekvienas klientas, kuris perka tą patį produkto kiekį moką tą pačią kainą. To pasekoje, kainos priklauso nuo perkamo produkto kiekio, bet ne nuo to kas yra pirkėjas. (Varian ir MacKie-Mason, 1994).

- Trečiojo lygio kainų diferenciacija – šiuo atveju pardavėjas parduoda produktus skirtingiems pirkėjams už skirtingas kainas, bet kiekvienas produkto vienetas kiekvienam klientui parsiduoda už tą pačią kainą (Varian ir MacKie-Mason, 1994).

5. *Pajamų valdymas*. Tai speciali kainų diferencijavimo forma, kurios pagrindas yra kontingentavimas, t. y. tam tikram kiekiui atskirų prekių yra nustatyta tam tikra kaina (Schwind, 2007). Išnaudojus šį kontingentą, tokios pat prekės parduodamos tik kitomis (daugiausia aukštesnėmis) kainomis. Tinkamai naudojamas pajamų valdymas teikia galimybę tolygiai išnaudoti pajėgumus net mažėjant paklausai ir tokiu būdu maksimaliai padidina pajamas, gaunamas iš tam tikro pajėgumų vieneto. Pajamų valdymas pirmiausia buvo pradėtas taikyti komercinėje aviacijoje, tačiau šiuo metu naudojamas ir komunikacijų, viešbučių ir transporto sektoriuose (Bitran ir Gilbert, 1996; Humair, 2001; Schwind, 2007).

Statinei kainodarai priklausantys kainų nustatymo metodai vadinami statiniais, nes kaina, kurią mokės vartotojas, yra žinoma iš anksto. Šiems metodams priskiriami (Triki ir Violi, 2007; Braithwait et al., 2007):

1. *Vienodos normos kainos nustatymas*. Kaina nustatoma fiksuota ir neturi tiesioginio ryšio su kaina, besiformuojančia tam tikru momentu didmeninėje rinkoje. Pasibaigus galioti kainai, dažniausiai nustatoma žymiai aukštesnė, nes produkto gamybos kaštai paprastai jau būna išaugę dėl pabrangusių išteklių. Tai paprasčiausias kainos vartotojui nustatymo metodas.

2. *Laiko metodas*, kai kaina nustatoma tam tikram sezonui (vasaros, žiemos tarifai), savaitės dienoms (savaitgalio tarifai) ar dienos valandoms (vartojimo piko metu, nepiko).

3. *Kritinės piko kainos nustatymas*. Šio metodo pagrindą sudaro TUO metodas, tačiau papildomai yra nustatoma aukšta kaina kaip nuobauda už produkto (pvz. elektrą) vartojimą kritiniais piko periodais (Bobinaitė, Motiejūnienė, 2009).

Taikydama tam tikrą kainodarą įmonė gali norėti: pasiekti pelno tikslų; paremti planuojamą rinkos poziciją; valdyti paklausą; užbėgti už akių arba sekti konkurentais; diferencijuoti produktą ar įmonės įvaizdį; pasiekti kainos stabilumo (Ruskin-Brown, 2009)

Kainodaros reikšmė yra ta, kad ji moko valdyti sudėtingą konkurencinę aplinką, atkurti kainos ir prekės vertės santykį ir parengti kainodaros strategiją pagal rinkos situaciją. Kainodara neatsiejamai susijusi su rinkodara, nes kainos nustatyti ir keisti negalima izoliuotai – jas reikia derinti su visu rinkodaros kompleksu. Taigi rinkoje dirbančioms įmonėms kainos yra jų egzistavimo ir sėkmės klausimas.

2.3. Vaistų kainodara

2.3.1. Vaistų kainų reguliavimo principai

Remiantis Pasaulinės Sveikatos Organizacijos (toliau – PSO) pateiktais duomenimis (PSO, 2015) populiacijos išlaidos vaistams yra augančios ir didžiausią šeimos išlaidų dalis po maisto produktų yra skiriami vaistams. PSO pateikė gaires, kuriomis siekiama padėti nacionalinės politikos formuotojams ir kitoms atsakingoms institucijoms nustatyti ir įgyvendinti vaistų kainų valdymo politiką. Žemiau yra pateikiamos PSO rekomendacijos ir pagrindiniai principai, padėsiantys sureguliuoti vaistų kainas (žr. 5 lentelę).

5 lentelė. Rekomendacinės gairės ir pagrindiniai principai (sudaryta darbo autoriaus, remiantis PSO, 2015)

Politiniai sprendimai	Rekomendacijos
Vaistų platinimo ir tiekimo grandinės įkainių reguliavimas	<ul style="list-style-type: none">• Reguluoti vaistų platinimo grandinės įkainius (distribucija/didmeninė prekyba).• Reguluoti mažmeninės vaistinės antkainius ir mokesčius.• Naudoti regresinius mokesčius (mažesnius mokesčius už didesnę kainą), o ne fiksuotus.• Taikyti mokesťines lengvatas, kad būtų tiekiami specifiniai vaistai (generiniai, mažos apimties, kompensuojami) arba apsaugoti konkrečius pacientus ar gyventojų grupę (socialiai pažeidžiamus)• Reguluoti vaistų tiekimo grandinėje atsirandančias nuolaidas ir padaryti jas viešomis. Atsižvelgiant į informaciją peržiūrėti įkainius ir kainas.
Vaistų neapmokestinimas ar mokesčių sumažinimas	<ul style="list-style-type: none">• Netaikyti mokesčių išskirtinai svarbiems vaistams.• Užtikrinti, kad bet koks mokesčių sumažinimas ar atleidimas nuo jų užtikrintų mažesnę vaisto kainą pacientui/vartotojui.
Vaistų kainos nustatymo formulės ir metodai	<ul style="list-style-type: none">• Šalys neturėtų naudoti kaštų padengimo „cost plus“ kaip bendros vaistų kainų politikos.• Šalys, kurios naudoja kaštų padengimo „cost-plus“ metodą turi pakeisti arba papildyti kitomis metodikomis.
Išorinis kainų palyginimas (IKP)	<ul style="list-style-type: none">• Naudotis IKP metodika, derėtis dėl vaistų kainų arba atliekant lyginamąją analizę.• Naudoti IKP metodiką, kaip bendrą strategiją ir derinti su kitais metodais, nustatant vaistų kainas.• Šalys taikančios IKP sistemą turi naudoti aiškius ir skaidrius metodus.• Šalys naudodamos IKP metodiką, turi lyginti į tokias šalis, kurios panašios: ekonomine padėtimi, vaistų kainodaros sistemomis, kainų nustatymu, naudojamais produktais, ligų našta.

Skatinimas naudoti generinius vaistus	<ul style="list-style-type: none"> • Teisinėmis ir administracinėmis priemonėmis skatinti ir sudaryti tinkamas sąlygas generinių vaistų patekimui į rinką. • Priklausomai nuo šalies rinkos ir sistemos, naudoti įvairias strategijas siekiant įsigyti pigių vaistų: IKP metodas, viešieji pirkimai (konkursai) ar mažesni bendrieji mokėjimai. • Valstybės politika turi būti nukreipta prieš generinių vaistų didinimą rinkoje: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Receptuose naudoti tarptautinį vaisto pavadinimą. ✓ Sumažinti mokestinę naštą generiniams vaistams. ✓ Vartotojų švietimas apie generinių vaistų kokybę ir poveikį.
Sveikatos technologijų vertinimo naudojimas	<ul style="list-style-type: none"> • Naudoti sveikatos technologijų vertinimą (toliau – STV) kaip priemonę, skirtą kompensacijų sprendimų priėmimui, kainų nustatymui/deryboms. • Derinti STV su kitomis strategijomis, ypač nustatant lyginant kainas tarp šalių (cheminė sudėtis, farmakologinę klasę ar indikacijas). • Naudoti šiuos metodus: kitų šalių ataskaitos ir pritaikymo galimybes; atlikti vietinių ataskaitų ir pagrįstumo vertinimą. • Šalys turi laipsniškai kurti teisinius ir techninius sprendimus, kurie padėtų visapusiškai išnaudoti STV nustatant vaistų kainas. • Šalys turėtų užtikrinti, kad STV procesai būtų skaidrūs, vertinimo ataskaitos ir sprendimai viešai prieinami. • Dalintis gerosiomis patirtimis ir parengti bendrus STV reikalavimus.

Šios PSO ekspertų rekomendacijos buvo sudarytos tam, kad šalys geriau galėtų suprasti kokią politiką reiktų pasirinkti ir kaip ji turėtų būti įgyvendinama, kad vaistų kainų reguliavimas sukurtų maksimalų efektą.

2.3.2. Vaistų kainodaros ypatumai

ES pacientams ir piliečiams reikia vaistų, kurie būtų saugūs, veiksmingi ir nebrangūs. Tam, kad sveikatos naujovės būtų skatinamos, sveikatos priežiūros sistema turėtų būti finansiškai tvari. Tai yra vienas iš pagrindinių nacionalinių institucijų, atsakingų už sveikatos apsaugą iššūkių, nes farmacijos kainodara ir kompensavimo politika yra jų kompetencijoje.

6 lentelė. ERP ir DF sąvokos (sudaryta darbo autoriaus)

Sąvoka	Apibrėžimas
Išorinis kainų palyginimas (IKP)	Kartais dar vadinamas tarptautinis kainų palyginimas/išorinė referencinė kaina arba lyginamoji analizė, kuri naudojama palyginti vaisto(ų) kainas vienoje ar keliose šalyse siekiant derėtis su vaistų tiekėjais ir gamintojais dėl geresnės vaistų kainos, tam tikroje šalyje (Vogler et al., 2015).
Skirtinga kainodara (SK)	Tai tarptautinė, vyriausybinė kainodaros politika, kuriuo remiantis nustatomos vaistų kainos pagal šalies ekonominį pajėgumą ir (arba) valstybės skirtingą kainodarą (kompensuojamiems) vaistams (PSO, 2013).

ES valstybės siekdamas pagerinti pacientų galimybes gauti kokybiškus vaistus už sąlyginai gerą kainą taiko išorinį kainų palyginimą (toliau – IKP) ir skirtingą kainodarą (toliau – SK) (žr. 6 lentelę).

Kaip šis kainodaros principas veikia ir kokią vertę sukuria valstybei (Vogler et al., 2015) aprašo savo darbe „Vaistų kainodaros principai skirtingose ES šalyse“. Vogler et al. (2015) remdamiesi įvairiais Europos tyrimų duomenis pateikė kaip IKP ir SK taikymas sumažina išlaidas ir įtakoja vaistų kainas. Moksliniai tyrimai apie IKP naudą parodyti 7 lentelėje.

7 lentelė. Tyrimai apie IKP naudą (sudaryta Vogler et al. (2015), remiantis mokslinių tyrimų duomenimis)

Mokslinio tyrimo autorius, metai	Rezultatai
Windmeijer et al., 2006	1996 m. Nyderlanduose priimtas farmacijos kainų nustatymo įstatymas padėjo sumažinti vaistų kainas. Tyrime buvo išmatuotas IKP įgyvendinimo poveikis ir rezultate kainos vidutiniškai sumažėjo 15%. Taip pat šis aktas padėjo sumažinti generinių vaistų kainas, kurie turėjo vienodą arba panašų terapinį poveikį.
Merkur/Mossialos, 2007	Kipras buvo nustatytas, kaip brangių vaistų šalis, todėl tyrime buvo imituojamas IKP modelis, kuris padėtų sumažinti išlaidas vaistams. Buvo atliktas dviejų klasių vaistų modeliavimas. Brangiausių vaistų sąraše mažmeninė vaistų kaina sumažėjo 33-39%, o populiariausių sumažėjo tarp 26-33%.
Brekke et al, 2009	2000 m. Norvegija pradėjo taikyti IKP sistemą ir referavo į 9 Europos ekonominės erdvės (EEE) šalis. IKP buvo taikomas receptiniams (generiniams/ patentuotiems) vaistams. Tyrime buvo analizuojama, kokią įtaką vaistų kainai turėjo IKP sistema. Patentinių vaistų kainos sumažėjo apie 18%, o generinių sumažėjo 8%.
Filko/Szilagyiova, 2009	2007 m. pradėjus taikyti IKP metodą Slovakijoje, vaistų kainos sumažėjo 6,6%, o 2008 m. 7,4%. Išlaidų dalis, skirta vaistams, palyginus su bendromis sveikatos priežiūros išlaidomis, sumažėjo maždaug iki 25%.
Håkonsen et al, 2009	Tyrime buvo nagrinėjama vaistų kainų raida, Norvegijoje nuo 1994 iki 2004 m. Norvegija IKP įsivedė 2000 m. Tyrimo išvados parodė, kad IKP naudojimas prisidėjo prie vaistų kainų pokyčio, kurios nuosekliai mažėjo. Pirmaisiais metais po IKP įvedimo, vaistų kainos sumažėjo 2%. Palyginimui, atitinkamu metu vartotojų kainų indeksas padidėjo 3,1 %.
Leopold et al, 2012	Tyrimo laikotarpyje (2007-2008 m.) buvo analizuojami 14 patentuotų vaistų kainų skirtumai 14 ES šalyse. Šis tyrimas parodė, kad šalys, kurios taikė IKP metodą, vaistų kainos buvo mažesnės, nei tos šalys, kurios netaikė.
Toumi et al, 2014	Tyrime buvo imituojamas IKP poveikis vaistų kainoms visose Europos šalyse. Išvadose teigiama, kad IKP taikomas kaip vienintelis kriterijus, tad vaistų kainos sumažėja maždaug 15%. Šis kainos modeliavimas parodė, kad per 10 metų, kainų skirtumas tarp šalių išliko reikšmingas (apie 30%), todėl IKP poveikis kainų konvergencijai yra ribotas. Šalims, taikančioms IKP reikalinga periodiškai kainų peržiūrėjimas, siekiant kainų mažėjimo.

Išorinis kainų palyginimas (IKP), pasak mokslininkų prisideda prie vaistų kainų mažinimo ir padeda efektyviau valdyti sveikatos biudžeto išlaidas. Tačiau ne ką mažesnis veiksnys turintis įtakos vaistų kainai yra skirtinga kainodara (SK). Mokslininkų išvados apie SK pateikiami 8 lentelėje.

8 lentelė. Moksliniai tyrimai apie SK ypatybes (sudaryta Vogler et al. (2015), remiantis mokslinių tyrimų duomenimis)

Mokslinio tyrimo autorius, metai	Rezultatai
Konijn, 2005	Vaistų kainos priklauso nuo šalies perkamosios galios pariteto (PPP) ir ekonominės padėties. Patentuotų vaistų kainų skirtumai yra sąlyginai mažesni, nei generinių vaistų kainos.
Brekke et al., 2008	Didžiojoje Britanijoje, Norvegijoje ir Švedijoje mažmeninės receptinių vaistų kainos yra mažiausios, o Airija, Belgija ir Vokietija turi aukščiausias kainas. Valiutų kursų svyravimai turi įtakos, kad šalys yra brangesnės.
Leopold et al., 2012	Vaistų kainų skirtumams turi tokie faktoriai: pardavimo apimtys, valiutų kursas, BVP dydis vienam gyventojui, farmacijos pramonės dydis ir išlaidos vaistams.
Leopold et al., 2013	Trumpalaikės ir ilgalaikės ekonominės sąlygos labai svarbios vaistų kainų lygiui. Laikotarpyje (2007-2008) kainų skirtumai sumažėjo, tačiau padidėjo nuo 2008 m. iki 2012 m. Kitas veiksnys, valiutų kursų svyravimas.
Vogler et al, 2015	Vaistų kainos tarp Europos šalių yra skirtingos. Šie skirtumai susidaro dėl skirtingos deklaruotos vaisto kainos ir kompensavimo politikos. Tai priklauso nuo sveikatos apsaugos politikos sprendimų ir tos šalies ekonominės padėties.

Remiantis mokslininkų tyrimų išvadomis apie IKP taikymą nustatant vaistų kainas skirtingose šalyse tikrai padeda sumažinti valstybės ir pacientų išlaidas vaistams. Skirtinga vaistų kainodara, skirtingose valstybėse priklauso nuo šalies ekonominės situacijos, vyriausybės pajėgumų derėtis dėl geresnių kainų ir taikomo kompensavimo politikos.

2.3.3. Generinių vaistų kainodara

Vaistų gyvavimo ciklas yra dinamiškas bei jo funkcijos ir informacija yra nuolat atnaujinama. Sukūrus vaistą, tuo procesas neužsibaigia, juo moksliniai tyrimai ir eksperimentai tęsiasi visą vaisto gyvavimo ciklą. Kai inovatyvaus produkto intelektinės nuosavybės teisės nebebus taikomos t. y. patento galiojimas pasibaigs, bus suteikta teisė prekiauti „nepatentuota“ produkcija, turinčią tą pačią veikliąją medžiagą „generiniai vaistai“ (Borg et al., 2014).

Generiniai vaistai yra pigesnė alternatyva originaliam vaistiniui preparatui ir prisideda prie mažesnių išlaidų sveikatos sistemai. Generinis vaistas yra lygiavertis originaliam vaistui, kurio dozavimas, stiprumas, vartojimo būdas, kokybė, veiksmingumas ir numatomas vartojimas toks pats, bet nepaženklintas prekės ženklu (pagal Maisto ir vaistų agentūros pateiktus duomenis). Generinis vaistas nuo originalaus skiriasi neesminėmis savybėmis, kaip spalva, skonis, ir pakuotė (Scientific American, 2004).

Pasibaigus patento laikui, generinių vaistų gamintojai padidina kainų konkurenciją, dėl ko brandinės prekės kaina sumažėja. Generinių vaistų išleidimas į rinką nepalyginamai yra mažesnis nei inovatyvių. Generikų išlaidos, kurios yra išleidžiamos nustatant vaisto bendrą statusą yra gerokai mažesnės negu firminių produktų, kuriems reikalingi moksliniai tyrimai, analizuoti vaisto klinikinį veiksmingumą ir saugumą (Costa-Font, McGuire, Varol, 2014). Yra atlikti moksliniai skaičiavimai, kurie atskleidžia, jog vidutinė generinio vaisto kaina yra 20-80% pigesnė nei brandinio gamintojo (Simoens ir Coster, 2006). Griliches and Cockburn (1994) nustatė, kad brandinio vaisto rinkos dalis maždaug per 2 metus nuo patento pabaigos sumažėja vidutiniškai 50%, dėl generinių vaistų konkurencijos.

Europoje per pirmuosius metus nuo patento pabaigos, kainos sumažėjo maždaug 20% ir dar 5% per kitus metus (DG Competition, 2009). Rinkoje pasirodžius generiniams vaistams, originalūs vaistai iš pradžių sąlyginai būna vis dar brangūs palyginus su generiniais ir tai jiems užtikrina gauti didesnę rinkos dalį. Generinių vaistų dalis rinkoje (receptinių) Didžiojoje Britanijoje ir Vokietijoje siekia apie 60%, nors kitų Europos šalių yra mažesnė ir net nesiekia 40% dalies (Austrija, Belgija, Airija, Portugalija ir Ispanija) (*Europos generinių asociacijų asociacija, 2009*).

Generinių vaistų pateikimas yra skatinamas teisinėmis nuostatomis, kurios padeda išvengti tam tikrų trukdžių skatinančių į rinką patekti šiems vaistams. ES „ES Direktyva 2004/28“ suteikia teisę gamintojams vystyti tyrimus ir gamybinius eksperimentus, kol galioja patentinio vaisto apsauga (Costa-Font et al. 2014). Generinio vaisto sukūrimas nuo tyrimų laboratorijose iki paleidimo į rinką dažniausiai užtrunka 3-5 metus (Costa-Font et al., 2014).

Taigi, generiniai vaistai gali statistiškai pagerinti sveikatos sistemą, t. y. sumažinti išlaidas vaistams ir nepakenkti farmacijos inovacijoms.

2.3.4. Inovatyvių vaistų kainodara

Nepaisant didelių išlaidų receptiniams vaistams, farmacijos produktai labai naudingi pacientams. Mokslininkai atskleidė, kad farmacijos naujovės vidutiniškai padidino gyvenimo laikotarpį Turkijoje iki 3 metų, laikotarpyje 1999–2008 (Lichtenberg, Tatar, Çalışkan, 2014). Kitas tyrimas parodė, kad naujoviški

vaistai nuo vėžio padėjo padidinti išgyvenimo laiką nuo 181 dienų laikotarpyje (1995-1999) iki 263 dienų laikotarpyje (2010-2014) (Savage ir Mahamoud, 2015).

Naujo vaisto sukūrimas, tai didelė rizika investuotojui, kurio išlaidos gali ir neatsipirkti, todėl labai svarbu tinkamai apskaičiuoti reikalingas išlaidas moksliniams tyrimams ir laiką projekto vystymui (Winegarden, 2015).

Naujo firminio vaisto kūrimas trunka ilgą laiką, t.y. apie 12 metų (ca-biomed.org/pdf/media-kit/fact-sheets/FS-DrugDevelop.pdf). Farmacijos tyrimų ir gamintojų asociacija (toliau – PhRMA) teigia, kad vaistų kūrimo procesas užtrunka nuo 10 iki 15 metų (2013, PhRMA). Tai laikas, kuris reikalingas ne tik atrasti ir plėtoti vaistų gamybą, bet ir laikas, kurio reikia laikytis pagal Maisto ir vaistų agentūros (toliau – FDA) saugumo ir efektyvumo standartus. Saugos ir efektyvumo standartai paprastai apima ikiklinikiai tyrimai, klinikiniai tyrimai, patentuotos gamybos duomenys ir išlaidas tiesioginiams bandymams bei valstybei atitinkamus mokesčius.

Išlaidos, skirtos sukurti naujoviškus vaistus ir įskaitant išlaidas, skirtas padengti nesėkmes yra ganėtinai didelės ir kiekviename laikotarpyje jos yra skirtingos. Mestre-Ferrandiz et al. (2012) savo straipsnyje pateikia, kaip skiriasi išlaidos, laikotarpyje: 2003 m. siekė \$802 mlrd., 2011 m. jau buvo \$1,506 mlrd. Nors mokslininko Herper (2013) paskaičiavimais išlaidos yra didesnės ir vidutiniškai gali siekti nuo \$5,5 mlrd. iki \$5,9 mlrd. Pagal Herper (2013), išvadas toks skirtingas išlaidų pasiskirstymas priklauso nuo to kiek vaisto vystytojai patyrė nesėkmių ir koks nesėkmių kiekis buvo įtrauktas į galutines sąnaudas.

Naujų vaistų kūrimas yra susijęs su didelės apimties rizika. Rizika – kaip bus paskirstyti tiek finansiniai, tiek žmogiškieji ištekliai. Farmacijos įmonės gerai turi vizualizuoti riziką, nes vaistų kūrimo procesas nėra stabilus, todėl visi rizikos faktoriai turi būti detalčiai išanalizuoti (Winegarden, 2015). Tik 5 iš 5 000 arba 0,10% vaistinių molekulių pradeda ikiklinikinius tyrimus. Tik vienas iš šių penkių yra patvirtintas žmonių vartojimui (ca-biomed.org/pdf/media-kit/fact-sheets/FS-DrugDevelop.pdf).

Maisto ir vaistų agentūros patvirtintas vaistas dar neužtikrina vaisto gamintojams, kad jų vaistai įsitvirtins rinkoje. Tik vienas iš 25 000 vaistų yra patvirtintas žmonių naudojimui. Maža dalis sukurtų vaistų gali padengti patirtas gamintojo sąnaudas ir tai didžioji dalis priklauso medicinos rinkai. Remiantis PhRMA duomenimis (2013), tik 2 iš 10 parduodamų vaistų grąžina pajamas, kurios atitinka MTTP išlaidas, gamintojo kapitalo sąnaudas. Nesvarbu, ar vaistas iš tikrųjų padengs šiuos vaistus.

2.4. Kainodaros veiksnių analizė

Kainodarą lemia daugelis sudėtingų ekonominių, socialinių ir politinių veiksnių. Kaina taip pat parodo visą kainodaros veiksnių visumą: sąnaudų dinamiką, darbo rezultatų rodiklius, infliaciją, pasiūlos ir paklausos santykį, rinkos monopolizavimo lygį ir pan., įskaitant visą kainą formuojančių rinkos, psichologinių, socialinių, politinių ir kitokių veiksnių sistemą (Rastenis, 2009).

Kainos nustatomos ne statiškoje aplinkoje ir šį procesą veikia *įvairūs veiksniai*, kurių sankirtoje priimami kainodaros sprendimai. 9 lentelėje pateikiami pagrindiniai autorių nurodomi veiksniai.

9 lentelė. Kainodarą įtakojantys išoriniai ir vidiniai aplinkos veiksniai, įvairių autorių darbuose (sudaryta darbo autoriaus)

Autorius	Veiksniai
Weinberg, McDougall, 1991	Išoriniai: visos rinkos ir tikslinio rinkos segmento paklausa prekėms, rinkos konkurencinė struktūra, finansinių fondų prieinamumas, konkurentų kainų sprendimai, potencialus rinkos dydis. Vidiniai: įmonės kaštų struktūra, kainos elastingumas, pirkėjų elgesio ypatumai, prekių paskirstymo kanalo reagavimas ir kt.
Morden, 1991	Išoriniai: bendras rinkos paklausos lygis, konkurencijos rinkoje intensyvumas, rinkos segmentai ir vartotojų tipas, makroekonominės tendencijos. Vidiniai: vartotojų elgsena, paskirstymo kanalo įtaka, tyrimų ir diegimų kaštai, kaštų struktūra.
Cannon, 1992	Išoriniai: išorinės aplinkos pokyčiai, konkurentų veiksmai, rinkos konkurencinės struktūros pasikeitimai. Vidiniai: naujų produktų pristatymas, vidinė aplinka ir jos pokyčiai, rėmimo veiklos sprendimai.
Uspaskich, Navickas, Snieška, 2002	Išoriniai: vartotojų rinka (paklausa prekei, vartotojų gyvenimo būdas, pirkimo įpročiai ir kt.), prekybos vieta, verslo veiksniai (įvardijami veiksniai, susiję su įmonės konkurentų, bei kitų paskirstymo kanalo narių veiksmis ir reagavimu), teisinė ir politinė aplinka, mikro- ir makro-ekonominės sąlygos. Vidiniai: įmonės misija, verslo filosofija, vidiniai tikslai (finansiniai ir rinkodaros), įmonės politika.
Bartkienė, 1993	Išoriniai: rinkos struktūra, vyriausybinių kainų politika. Vidiniai: rekės pobūdis, prekės naujumas, diferencijuotumas, įmonės kainodaros tikslai.
Worsam ir Wright, 1995	Kainodaros strategija gali būti pasirenkama turint omenyje įvairius tikslus: išlikimą konkurencinėje kovoje, gaunamo pelno maksimizavimą, gaunamų pajamų maksimizavimą, pardavimų apimtį ir turimos rinkos dalies augimo maksimizavimą bei pirmavimą produkto kokybės srityje.
Pranulis, Pajuodis, Urbonavičius, Virvilaitė, 2012	Išoriniai: rinka, konkurencija, vartotojai, valstybinis kainų reguliavimas. Vidiniai: įmonės tikslai, kaštai, prekės pobūdis.

Miečinskienė, 2009	Išoriniai: rinkos ir paklausos pobūdis, paskirstymo kanalas, konkurencija, valstybinis kainų reguliavimas, kiti aplinkos veiksniai (teisiniai, ekonominiai, politiniai, visuomeniniai). Vidiniai: rinkodaros komplekso strategija, sąnaudos, produkto strategija, kainodaros organizavimas.
--------------------	--

Kainodaros veiksniai yra objektyviai egzistuojantys arba galintys atsirasti dėsningumai, aplinkybės ir sąlygos, veikiančios kainas ir jų kaitą. Jie gali būti pagrindiniai, turintys ilgalaikį ir nuolatinį poveikį kainoms ir jų kaitai, ir antraeiliai, turintys nedidelį arba laikiną poveikį.

Pasak Miečinskienės (2009), svarbiausi kainodaros procesą reguliuojantys veiksniai yra šie:

- įmonės gebėjimas laisvai nustatyti kainas;
- sprendimų dėl kainų priėmimo sparta;
- prekių, kurioms turi būti nustatytos kainos, kiekis;
- nepriklausomų realizavimo rinkų skaičius (keliose rinkose reikia nustatyti skirtingas tų pačių prekių kainas);

- asmenų, nustatančių kainas, kvalifikacija ir skaičius, lėšos ir laikas kainodaros procesui organizuoti, informacijos, reikalingos kainoms nustatyti, kiekis ir sudėtingumas.

Taigi, palyginus nagrinėtų autorių nurodytus veiksnius ir aplinkybes, galima pasiūlyti tokius pagrindinius vaistų kainodarą lemiančius veiksnius (aplinkybes):

- teisiniai veiksniai, kurie apima įstatymus, taisykles, leidimus ir suvaržymus;
- politiniai veiksniai, kurie apima valstybės reguliavimą įvairiomis formomis ir būdais;
- ekonominiai veiksniai, kurie rodo ekonomines sąlygas, kuriomis veikia įmonės.

Nėra paprastos formulės, kaip priimti sprendimą dėl kainos, nes reikia atsižvelgti į daugelį veiksnių, kurie vienas su kitu sąveikauja.

2.5. Kainodaros vertinimo metodai ir modeliai

Vaistų kainos ir jų įperkamumas yra viena iš pagrindinių sveikatos priežiūros problemų. Zaprutko, Kopciuch, Kus, Merks, Nowicka, Augustyniak, Nowakowska (2017) tyrime „Vaistų prieinamumas Europos Sąjungoje“ analizavo vaistų kainų skirtumus tarp ES valstybių narių. Tyrimas buvo atliktas 2013-2015 m. laikotarpiu, remiantis 2012 m. kainų lygiu. 10 lentelėje pateikiami detalesni tyrimo veiksniai, metodai ir tikslai (**modeliai**).

10 lentelė. Tyrimo veiksniai, metodai ir tikslai (sudaryta darbo autoriaus, remiantis Zaprutko et al., 2017)

Tyrimo objektas (veiksniai)	Tyrimo tikslas	Tyrimo metodai
ES ekonominiai veiksniai	Suskirstyti ES nares, pagl jų ekonominę situaciją (PPP, BVP, vidutinis/minimalus atlyginimas) ir naudojantis statistiniais dydžiais atlikti koreliacijas (SD, mediana, mažiausia/didžiausia reikšmė, SEM – standartinė vidutinė paklaida).	ES valstybės narys suskirstytos į 3 grupes pagal tai kada tapo ES narėmis: <ul style="list-style-type: none"> • 1 grupė (n=9) iki 1973 m tapo ES narėmis (Belgija, Prancūzija, Norvegija, Liuksemburgas, Vokietija, Italija, Airija, Danija, Didžioji Britanija). • 2 grupė (n=6) laikotarpiu 1973-1995 m tapusios ES narėmis (Graikija, Ispanija, Portugalija, Austrija, Suomija, Švedija). • 3 grupė (n=13) laikotarpiu 1995-2013 m tapusios ES narėmis (Kipras, Čekija, Estija, Lietuva, Latvija, Malta, Lenkija, Slovakija, Slovėnija, Vengrija, Bulgarija, Rumunija, Kroatija).
Vaistų pasirinkimas	Pasirinkti tuos vaistus, kurie būtų pasiekiami visose analizuojamose šalyse ir atitiktų tyrimo imtį.	Tyrimui buvo atrinktos 21 vaistų molekulės, tačiau galutiniam tyrimui buvo analizuojami 9 vaistai.
Vaistų kainų skirtumai	Paanalizuoti vaistų kainų skirtumus, skirtingų grupių šalyse ir naudojantis statistiniais dydžiais atlikti koreliacijas (SD, mediana, mažiausia/didžiausia reikšmė, SEM – standartinė vidutinė paklaida).	Atrinkti vaistai, kurie yra santykinai brangūs ir turintys mažą rinkos dalį bei santykinai pigūs ir turintys dideles pardavimo apimtis. Vaistai suskirstyti į dvi grupes, pagal tai kokiai ligai skiriami gydyti: <ul style="list-style-type: none"> • Šizofrenijai (Olanzapine 5 mg ir 10 mg, Aripiprazole 15 mg, Risperidone 25 mg and 37.5 mg). • Išsėtinei sklerozei (Interferone beta-1a 22µg, 30µg ir 44µg, glatiramer acetate 20 mg)
Vaisto kainos nustatymo principai	Kuo objektyviau įvertintas vaistų kainas, pagal visus galimus metodus.	Informacija apie vaistų kainas buvo renkamos iš vaistinių miesto centre ES šalyse ir papildomai lyginamos su papildomais šaltiniais t.y. oficialiomis ES narių sveikatos priežiūros svetainėse patvirtintais duomenimis.

Zaprutko et al (2017) savo moksliniame darbe vertindamas vaistų įperkumą skirtingose ES šalyse naudojo savo susikurtą vertinimo modeliu (10 lentelė), kuriuo bandė panagrinėti veiksnius įtakančius skirtinga kainodara, skirtingose ES šalyse.

Vaistų prieinamumas ir didėjančios išlaidos, efektyviems vaistams, tai viena iš pagrindinių farmacijos priežiūros ir politikos iššūkių. Panteli et al. (2016) tyrime „Farmacijos reguliavimas 15 Europos šalyse“ pateikia tiesiogines ir netiesiogines strategijas, kuriomis yra formuojamos įvairios farmacijos priežiūros paslaugos skirtingose valstybėse. Straipsnio autoriai lyginamuoju būdu ir pasirinktais parametrais analizuoja šalies sveikatos politiką. Į tyrimą buvo įtrauktos 15 šalių (Austrija,

Belgija, Danija, Suomija, Prancūzija, Vokietija, Graikija, Airija, Italija, Olandija, Lenkija, Portugalija, Ispanija, Švedija ir UK). 11 lentelėje pateikiami detalesni tyrimo veiksniai, metodai ir tikslai (modeliai).

11 lentelė. Farmacijos reguliavimo 15 Europos šalyse tyrimo veiksniai, metodai ir tikslai (sudaryta darbo autoriaus, remiantis Panteli et al., 2016)

Tyrimo objektas (veiksniai)	Tyrimo tikslas	Tyrimo metodai
Augančios išlaidos vaistams	Remiantis statistiniais duomenimis įvertinti kiekvienos šalies išlaidas vaistams.	Paanalizuoti 15 šalių statistinius duomenis: <ul style="list-style-type: none"> • Išlaidos vaistams vienam gyventojui. • Vaistų išlaidų dalis palyginus su sveikatos apsaugos išlaidomis. • BVP išlaidų dalis skiriama vaistams.
Rinkodaros leidimai	Remiantis kiekvienos šalies teisine ir politine baze įsivertinti, kaip skirtingose šalyse tie patys vaistų rinkodaros leidimai yra reguliuojami.	Paanalizuoti kas kiekvienoje šalyje atsakingas už vaistų registravimą, jų efektyvumo įvertinimą, kainodaros ir kompensavimo dydžių nustatymą ir kiek tai trunka laiko, kol vaistas pasiekia vartotoją.
Kainos nustatymo mechanizmus	Remiantis kiekvienos šalies vaistų kainodaros mechanizmais palyginti juos ir įvertinti, kaip jie įtakoja galutinę vaisto kainą.	Paanalizuoti kiekvienos šalies kainodaros mechanizmus: <ul style="list-style-type: none"> • Vaistų kainų nustatymo metodus. • Kokioms vaistų grupėms taikoma. • Kuo remiantis nustatomos kainos. • Su kokiomis šalimis lyginasi. • Kas kiek laiko peržiūri kainodarą. • Kokius PVM tarifus naudoja.
Vaistų kompensavimo politika	Remiantis kiekvienoje šalyje veikiančiu vaistų kompensavimo modeliu, palyginti jas ir įvertinti jų veiksmingumą.	<ul style="list-style-type: none"> • Institucijos atsakingos už kompensuojamų vaistų politiką. • Kokios vaistų grupės kompensuojamos. • Kokie kompensavimo dydžiai. • Pacientų priemokų dydžiai.
Vaistų kainos sandara	Remiantis kiekvienoje šalyje veikiančia skirtinga vaistų kainodara palyginti iš ko susideda galutinė vaisto kaina.	<ul style="list-style-type: none"> • Derybos su vaistų gamintojais dėl kainos šaliai. • Didmeninko/vaistininco maržos dydis. • Maržos tipai.
Generinių vaistų vartojimas	Remiantis kiekvienos šalies generinių vaistų naudojimo politika palyginti, kokiomis priemonėmis skatinamas generinių vaistų vartojimas ir kokią rinkos dalį jie sudaro.	<ul style="list-style-type: none"> • Kokia generinių vaistų naudojimo politika. • Priemonės skatinančios rinktis generinius vaistus. • Generinių vaistų dalis rinkoje.

Panteli et al. (2016) stengėsi, kuo daugiau įtraukti veiksnių ir palyginti kaip jie yra reguliuojami kiekvienoje valstybėje, pažvelgti skirtingu kampu į tuos mechanizmus, kurie padeda valstybėms subalansuoti išlaidas vaistams ir pateikti pacientams efektyvius vaistus už geriausią kainą.

Dauguma ES šalių išlaidos sveikatos priežiūrai didėja. Didžioji išlaidų dalis tenka vaistų kompensavimui. Generinių vaistų vartojimas gali padėti sumažinti šias išlaidas ir sutaupytas išlaidas panaudoti, kitoms sveikatos priežiūros paslaugoms. Wouters ir Kanavos (2017) savo darbe „Generinių vaistų kainų palyginimas 7 Europos šalyse: metodologinė analizė“ lygino pasirinktų vaistų kainas tiek gamintojo, tiek mažmeninės prekybos lygmenyje, lyginamose šalyse. detalesni tyrimo veiksniai, metodai ir tikslai (**modeliai**) pateikiami 12 lentelėje.

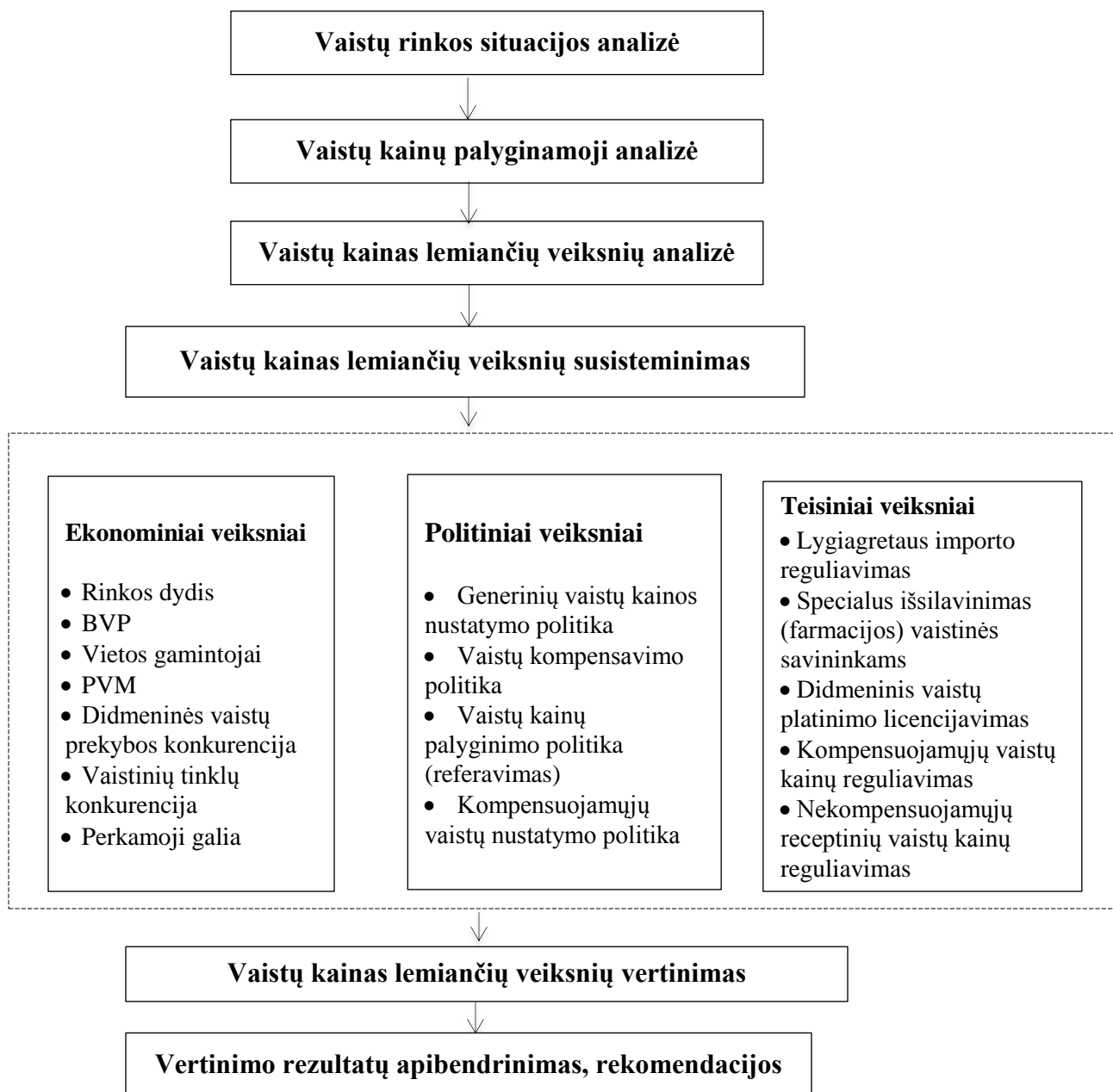
12 lentelė. Wouters ir Kanavos (2017) tyrimo veiksniai, metodai ir tikslai (modeliai)

Tyrimo objektas (veiksniai)	Tyrimo tikslas	Tyrimo metodai
Kainų lygis ES šalyse	Palyginti vaistų kainas, panašaus ekonominio išsivystymo šalyse.	Pagal panašią ekonominę išsivystymo padėtį, tyrimui buvo atrinktos 7 ES šalys: Belgija, Danija, Prancūzija, Vokietija, Italija, Ispanija ir Švedija.
Didžiausią paklausą turintys vaistai	Pasirinkti tuos vaistus, kurių pardavimo apimtys didžiausios. Analizuoti tuos vaistus, kurie yra prieinami visose tiriamose šalyse ir jų terapinis poveikis panašus.	<ul style="list-style-type: none"> • Remiantis 2013 m. „IMS Health“ duomenimis apie generinių vaistų pardavimo apimtį ir kainas, atrinkti 200 generinių vaistų. Vaistai pagal jų terapinį poveikį (ATC) buvo suskaidyti į dvi klases ir galutiniam tyrimui naudojami 54 generiniai vaistai: širdies ir kraujagyslių (n=25); nervų sistemos (n=29).
Vaistų kainų skirtumai	Išanalizuoti vaistų kainų skirtumus, pasirinktose šalyse tiek gamintojo, tiek mažmeninės prekybos lygyje.	<p>Lyginant vaistų kainas buvo naudojama tokia imtis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vidutinė paros dozės kaina lyginta gamintojo ir mažmeninko kainų lygyje. • Vidutinė vieno gramo kaina lyginta gamintojo ir mažmeninko kainų lygyje. <p>Vokietija pasirinkta, kaip lyginamasis etalonas. Naudojantis statistiniais dydžiais atlikti kainų koreliacijas (elementarus (I_U), Paasche (I_P), Laspeyres (I_L), Fisher (I_F) kainų indeksai)</p>

Wouters ir Kanavos (2017) tyrime apskaičiavo pagrindinius kainos koreliacijos indeksus, kad objektyviau galėtų įvertinti vaistų kainų skirtumus, skirtingose šalyse. Mokslininkai siekė parodyti, kurie analizės metodų pranašumai gali padėti valstybėms sumažinti išlaidas generiniams vaistams. Bei valstybinės institucijos naudojamos šias metodikas galėtų nustatyti pagrįstą vaisto kainą ir nebūtų didelės atskirties tarp kitų valstybių.

3. VAISTŲ KAINAS LEMIANČIŲ VEIKSNIŲ TYRIMO METODOLOGIJA

Pristačius Lietuvos vaistų kainų problematiką bei mokslinius tyrimus vaistų kainodaros srityje, teoriškai išanalizavus kainos esmę, išryškinus kainodaros svarbą, vaistų kainodaros ypatumus, bei nustatčius vaistų kainodarai įtaką darančius aplinkos veiksnius, toliau buvo atliekamas tyrimas siekiant identifikuoti svarbiausius Lietuvos vaistų kainas lemiančius veiksnius, atliekant ekspertinę apklausą. Konstruojant tyrimo metodiką, parengta loginė schema (žr. 9 pav.).



9 pav. Vaistų kainas lemiančių veiksnių tyrimo loginė schema (sudaryta darbo autoriaus)

Šiuo vertinimu siekiama praktiškai gilintis į šiame darbe keliamą probleminį klausimą: **kaip įvertinti veiksnius lemiančius vaistų kainų pokyčius Lietuvoje?**

Vertinimo tikslas – įvertinti veiksnius lemiančius vaistų kainas Lietuvoje.

Vertinimo uždaviniai:

1. Atlikti vaistų rinkos situacijos analizę.
2. Palyginti vaistų kainas tarp Lietuvos ir Lenkijos.
3. Atlikti Lietuvos ir Lenkijos vaistų kainas lemiančių veiksnių lyginamąją analizę.
4. Išanalizuoti bei susisteminti svarbiausius veiksnius lemiančius vaistų kainas Lietuvoje.

Vertinimo etapai:

1. **Vaistų rinkos situacijos analizė.** Apžvelgta vaistų kainų dinamika, palygintos pacientų ir valstybės skiriamos išlaidos kompensuojamiesiems vaistams. Taip pat pristatyta ir palyginta Lietuvos ir Lenkijos vaistinių tinklų struktūra ir pasiskirstymas rinkoje. Atlikta ir statistinių duomenų analizė.

2. **Vaistų kainų palyginamoji analizė.** Buvo atliktas kompensuojamųjų ir nekompensuojamųjų receptinių vaistinių preparatų kainų palyginimas tarp Lietuvos ir Lenkijos bei įvardinti veiksniai lemiantys kainų skirtumus.

3. **Vaistų kainas lemiančių veiksnių analizė.** Sugrupuoti veiksniai (ekonominiai, politiniai, teisiniai) lemiantys vaistų kainas bei pristatyta ir palyginta šių veiksnių situacija Lietuvoje ir Lenkijoje.

4. **Vaistų kainas lemiančių veiksnių susistemimas.** Susisteminti ekonominiai, politiniai ir teisiniai veiksniai ekspertinei apklausai.

5. **Vaistų kainas lemiančių veiksnių vertinimas.** Sudaryta **anketinė** ekspertų, dirbančių Sveikatos apsaugos ir farmacijos srityje **apklausa**. Buvo naudota apklausa raštu. Jos metu stengtasi gauti pakankamą skaičių kiekybinių duomenų, kad būtų galima objektyviau identifikuoti svarbiausius veiksnius lemiančius vaistų kainą. Anketinės apklausos analizės rezultatai apdoroti aprašomosios statistikos metodu. Pagrindinis empirinio tyrimo instrumentas – klausimynas. **Klausimyną** (žr. 2 priedą) galima sugrupuoti į šiuos du klausimų blokus:

1. Informacija apie ekspertą. Šiame klausimų bloke reikėjo pažymėti kokiai institucijai ekspertas atstovauja bei nurodyti darbo patirtį metais.

2. Vaistų kainą lemiančių veiksnių (ekonominių, teisinių, politinių) įvertinimas. Naudota 5 balų vertinimo skalė, kuri leidžia objektyviau nustatyti vertinimo rezultatus, kur 1 – neturi įtakos, 2 – mažai įtakojantis, 3 – nei įtakoja/nei neįtakoja, 4 – svarbus, 5 – labai svarbus.

Beveik visi anketos klausimai yra uždaro tipo. Buvo palikti tik trys teiginiai atviro tipo (kita (įrašykite)).

Tyrimo organizavimas. Tyrimas atliktas 2017 m. gruodžio 6-8 dienomis. Prieš pateikiant anketas respondentams, buvo skambinta SAM, VLK ir VVKT tarnyboms darbuotojams ir skyriaus vadovams atsakingiems už vaistų kainodaros ir vaistų reguliavimo sritis, dėl galimybės užpildyti klausimyną. Keli vadovai užpildytas anketas atsiuntė el. paštu bei telefonu pateikė komentarus. Keletas anketų buvo užpildytos atvykus į instituciją. Anketos buvo pildomos prie jas platinančio asmens, kad, esant pildymo neaiškumams, būtų buvę galima paaiškinti pildymo ypatumus. Keletas ekspertų iš farmacijos sektoriaus užpildė klausimyną elektroniniu būdu ir persiūstos atgal el. paštu.

Pasirinkti respondentai, dirbantys Sveikatos apsaugos ir farmacijos srityse. Išdalintos 20 anketų, grįžo 14 (70%). Apklausta 11 respondentų, kurie dirbo Sveikatos apsaugos ministerijoje, o kiti 3 – farmacijos srityje. Tyrimo dalyvių turima darbo patirtis svyravo nuo 2 iki 32 metų. Vidurkis – 13 metų (žr. 3 priede).

6. Tyrimo rezultatų apibendrinimas, rekomendacijos. Identifikuoti svarbiausi veiksniai lemiantys vaistų kainas bei aprašyta jų dabartinė situacija. Atsižvelgiant į veiksnių lemiančių vaistų kainas tyrimo rezultatus, pateiktos rekomendacijos, siekiant pažaboti vaistų kainas Lietuvoje.

Tyrimo duomenų apdorojimas. Analizuojant kiekybinio tyrimo duomenis, buvo taikyta statistinė tyrimo duomenų analizė, naudojant *Microsoft Excel* ir SPSS (statistinių paketą socialiniams mokslams) 22-osios versijos kompiuterines programas. Aprašomosios statistikos pagrindu buvo atliekamas kiekybinis duomenų apdorojimas. Apdorojant ir sisteminant kiekybinio tyrimo duomenis daugiausiai dėmesio skirta aritmetinių vidurkių skaičiavimui. Kiekybiniams požymiams vertinti buvo apskaičiuotas Pirsono chi kvadrato kriterijus (χ^2). χ^2 kriterijus parodo, ar empirinio ir teorinio skirstinių skirtumas yra reikšmingas, t.y. tikrinama, ar turimas empirinis skirstinys suderinamas su teoriniu modeliu, taip pat patikrina dviejų kintamųjų nepriklausomumą. Hipotezėms tikrinti buvo pasirinktas reikšmingumo lygmuo (α) lygus 0,05. Hipotezės apie lygybę buvo atmetamos (skirtumai buvo laikyti statistiškai reikšmingais), kai stebimasis reikšmingumo lygmuo (p-reikšmė) buvo mažesnis už pasirinktą reikšmingumo lygmenį (α), t. y. $p < 0,05$. Taip pat buvo apskaičiuotas standartinis nuokrypis, vidutinė standartinė paklaida. Atliktų tyrimų rezultatai išreikšti skaičiais ir procentais, taip pat pateikti lentelėse ir diagramose. Duomenų aprašymui naudota standartinė Microsoft Word programa.

4. VAISTŲ KAINŲ POKYČIUS LIETUVOJE LEMIANČIŲ VEIKSNIŲ TYRIMAS

4.1. Vaistų kainų skirtumai Lietuvoje ir Lenkijoje

Remiantis rašto darbo pirmoje dalyje išdėstyta Lietuvos vaistų kainų problematika ir vis augančiomis išlaidomis vaistams tiek paciento tiek valstybės lygmenyje, šioje dalyje buvo siekiama palyginti vaistų kainas su kaimyninės šalies kainomis ir išryškinti problemos aktualumą.

Lietuvoje vaistų suvartojimas yra fiksuojamas VVKT. VVKT internetiniame puslapyje yra pateikta ataskaita apie labiausiai vartojamus vaistus Lietuvoje 2016 m. (<http://www.vvkt.lt/>). Vaistinių preparatų suvartojimo duomenys yra pateikiami naudojant ATC/DDD metodologiją (2016, VVKT). ATC (Atopinė-terapinė-chemija) kodas, tai vaisto klasifikavimo kodas, kuris nurodo, kokiai ligai yra naudojamas gydyti. Vaistų suvartojimui yra pateikiama DDD (Pasaulinės sveikatos organizacijos nustatyta vaisto vidutinė terapinė dienos (paros) dozė) skaičiumi, tenkančiam 1000 gyventojų per vieną dieną (<http://www.vvkt.lt/>).

Kompensuojamieji vaistai. Kompensuojamųjų vaistų kainų palyginimui buvo atrinkti 22 labiausiai vartojami kompensuojamieji vaistai pagal vaisto bendrinį pavadinimą (žr. 1 priede) remiantis vaistų suvartojimo sąrašu (<http://www.vvkt.lt/>). Daugiausia sąrašė buvo vaistai skirti širdies ir kraujotakos sistemai bei virškinimo traktui gydyti. Mažoji sąrašo dalis sudarė vaistai skirti gydyti hormoninius, raumenų skeleto ir nervų sistemos ligas.

Tolimesniam tyrimui buvo atrinkti 14 bendrinių vaistų pavadinimų, nes Lietuvos kompensuojamųjų vaistų sąrašė (2017 m. spalio 1 d.) ir Lenkijos kompensuojamųjų vaistų sąrašė (2017 m. rugsėjo 1 d.), tie vaistai buvo kompensuojami, o kiti nebuvo kompensuojami Lenkijos Respublikos, todėl tyrimui nebuvo naudojami.

Atrinkti vaistai turėjo tą patį bendrinį vaisto pavadinimą, stiprumą ir pakuotės dydį, bei buvo patys pigiausi toje vaistų grupėje Lietuvos ir Lenkijos kompensuojamųjų vaistų sąrašė. Vaistų kainos buvo lygintos trimis imtimis: pagal deklaruotą kainą, mažmeninę kainą ir paciento priemokos dydį. Žemiau pateikiama, kompensuojamųjų vaistų, deklaruotų kainų palyginimas Lietuvoje ir Lenkijoje (žr. 13 lentelę).

Iš pateiktų duomenų (žr. 13 lentelę), matyti, kad pigiausių vaistinių preparatų deklaruotos kainos skiriasi. Trijų vaistinių preparatų deklaruotos kainos, Lietuvoje buvo mažesnės ir svyravo nuo -2% iki -62%. Tačiau didžioji dalis vaistinių preparatų deklaruota kaina Lietuvoje buvo aukštesnė nei Lenkijoje. Priklausomai nuo bendrinio vaistinio pavadinimo jis svyravo nuo 5% iki 118%.

13 lentelė. Kompensuojamųjų vaistų deklaruotų kainų palyginimas Lietuvoje ir Lenkijoje (sudaryta darbo autoriaus)

Nr.	ATC kodas	Pavadinimas	DDD/1000 Lietuvos gyventojų/per dieną	Kiekis	Deklaruotos kainos skirtumas tarp LT ir PL
1.	B01AA03	Varfarinas (DDD 7,5 mg)	10,209	100	-62%
2.	M01AB05	Diklofenakas (DDD 0,1 g)	20,642	20	-32%
3.	H03AA01	Levotiroksino natrio druska (DDD 0,15 mg)	16,096	100	-2%
4.	A10BA02	Metforminas (DDD 2 g)	18,030	120	5%
5.	C07AB12	Nebivololis (DDD 5 mg)	39,100	28	13%
6.	C09CA03	Valsartanas (DDD 80 mg)	19,710	28	30%
7.	C09AA05	Ramiprilis (DDD 2,5 mg)	28,272	30	32%
8.	A02BC01	Omeprazolas (DDD 20 mg)	20,447	28	34%
9.	C07AB02	Metoprololis (DDD 0,15 g)	21,108	30	47%
10.	A10BB09	Gliklazidas (DDD 60 mg)	10,596	60	61%
11.	C10AA05	Atorvastatinas (DDD 10 mg)	23,525	30	92%
12.	C09BB04	Perindoprilis+Amlodipinas (DDD 1 tabletė)	13,925	30	110%
13.	C09AA04	Perindoprilis (DDD 4 mg)	29,074	30	118%
14.	C09BA04	Perindoprilis+Indapamidas (DDD 1 tabletė)	23,471	30	118%

Deklaruojama vaisto kaina labai priklauso nuo rinkos dydžio, nes kuo didesnė rinka, tuo mažesnę vaisto kainą gali pasiūlyti vaisto gamintojas. Nuo deklaruotos kainos priklauso galutinė vaisto kaina, todėl ji yra labai svarbi dalis vaisto kainos struktūroje. Žemiau pateikiama kompensuojamųjų vaistų mažmeninių kainų palyginimas Lietuvoje ir Lenkijoje (žr. 14 lentelę).

Iš pateiktų duomenų (žr. 14 lentelę), matyti kad pigiausių vaistų Lietuvoje ir Lenkijoje mažmeninės vaistų kainos skiriasi. Trijų vaistinių preparatų kainos Lietuvos mažmeninėje prekyboje buvo mažesnės nei Lenkijoje ir kito nuo -3% iki -46%. Tačiau didžioji dalis vaistinių preparatų mažmeninės kainos buvo didesnės Lietuvoje nei Lenkijoje ir kito nuo 3% iki 135%. Mažmeninės vaisto kainos skirtumus lemia deklaruojama vaisto kaina, didmenininko ir vaistininko taikomas antkainis. Lenkijoje didmenininko marža kompensuojamiems vaistams yra fiksuota 5%, o Lietuvoje progresiniai. Vaistinių antkainiai abiejose

šalyse progresinai. Vaistams taikomas ir PVM, kuris Lenkijoje 8%, o Lietuvoje 5%, bet mažesnis PVM neužtikrina mažesnes galutines vaistų kainas pacientui.

14 lentelė. Kompensuojamųjų vaistų, mažmeninių kainų palyginimas Lietuvoje ir Lenkijoje (sudaryta darbo autoriaus)

Nr.	ATC kodas	Pavadinimas	DDD/1000 Lietuvos gyventojų/per dieną	Kiekis	Mažmeninės kainos skirtumas tarp LT ir PL
1.	B01AA03	Varfarinas (DDD 7,5 mg)	10,209	100	-46%
2.	M01AB05	Diklofenakas (DDD 0,1 g)	20,642	20	-43%
3.	H03AA01	Levotiroksino natrio druska (DDD 0,15 mg)	16,096	100	-3%
4.	A10BA02	Metforminas (DDD 2 g)	18,030	120	3%
5.	C07AB12	Nebivololis (DDD 5 mg)	39,100	28	17%
6.	C09CA03	Valsartanas (DDD 80 mg)	19,710	28	20%
7.	C09AA05	Ramiprilis (DDD 2,5 mg)	28,272	30	29%
8.	A02BC01	Omeprazolas (DDD 20 mg)	20,447	28	34%
9.	C07AB02	Metoprololis (DDD 0,15 g)	21,108	30	53%
10.	A10BB09	Gliklazidas (DDD 60 mg)	10,596	60	72%
11.	C10AA05	Atorvastatinas (DDD 10 mg)	23,525	30	91%
12.	C09BB04	Perindoprilis+Amlodipinas (DDD 1 tabletė)	13,925	30	128%
13.	C09AA04	Perindoprilis (DDD 4 mg)	29,074	30	63%
14.	C09BA04	Perindoprilis+Indapamidas (DDD 1 tabletė)	23,471	30	135%

Paciento priemokos dydis vaistui priklauso nuo bazinės vaisto kainos, tai kainos dalis, kurią valstybė padengia, o susidariusį skirtumą tarp mažmeninės vaisto kainos ir bazinės apmoka pats pacientas, priklausomai nuo kompensavimo modelio. Kompensavimo dydis Lietuvoje buvo pasirinktas 80%, nes tai dažniausiai taikomas kompensavimo modelis, šiai vaistų grupei, bei Lenkijoje šie vaistai nėra pilnai kompensuojami ir taikomi keli kompensavimo modeliai. Žemiau pateikiama kompensuojamųjų vaistų paciento priemokos dydžio skirtumai tarp Lietuvos ir Lenkijos (žr. 15 lentelę).

15 lentelė. Kompensuojamųjų vaistų, paciento priemokos dydžio skirtumai tarp Lietuvos ir Lenkijos
(sudaryta darbo autoriaus)

Nr.	ATC kodas	Pavadinimas	DDD/1000 Lietuvos gyventojų/per dieną	Kiekis	Paciento priemokos skirtumas tarp LT ir PL
1.	B01AA03	Varfarinas (DDD 7,5 mg)	10,209	100	-122%
2.	M01AB05	Diklofenakas (DDD 0,1 g)	20,642	20	-63%
3.	H03AA01	Levotiroksino natrio druska (DDD 0,15 mg)	16,096	100	-6%
4.	A10BA02	Metforminas (DDD 2 g)	18,030	120	154%
5.	C07AB12	Nebivololis (DDD 5 mg)	39,100	28	12%
6.	C09CA03	Valsartanas (DDD 80 mg)	19,710	28	98%
7.	C09AA05	Ramiprilis (DDD 2,5 mg)	28,272	30	57%
8.	A02BC01	Omeprazolas (DDD 20 mg)	20,447	28	-86%
9.	C07AB02	Metoprololis (DDD 0,15 g)	21,108	30	48%
10.	A10BB09	Gliklazidas (DDD 60 mg)	10,596	60	29%
11.	C10AA05	Atorvastatinas (DDD 10 mg)	23,525	30	244%
12.	C09BB04	Perindoprilis+Amlodipinas (DDD 1 tabletė)	13,925	30	123%
13.	C09AA04	Perindoprilis (DDD 4 mg)	29,074	30	112%
14.	C09BA04	Perindoprilis+Indapamidas (DDD 1 tabletė)	23,471	30	106%

Iš pateiktų duomenų (žr. 15 lentelę), matyti kad pacientų priemokų dydžiai yra skirtingi ir labai nutolę vienas nuo kito. Keturių vaistinių preparatų priemokos pacientams Lietuvoje yra mažesnės ir priklausomai nuo vaisto svyruoja nuo -6% iki -122%. Tačiau didžioji dalis vaistams skirtų priemokų Lietuvoje yra didesnės nei Lenkijoje ir svyruoja nuo 12% iki 244% tam tikriems vaistams. Lietuvos pacientai sumoka daugiau kompensuojamiems vaistams nei lenkai, nes bazinė vaisto kaina yra didesnė, bei taikomas kompensavimo modelis yra efektyvesnis.

Kompensuojamųjų vaistų kainų skirtumus lemia, kad Lenkijoje yra didesnė vaistų įvairovė ir sąlyginai didesnis pasirinkimas, nes visi lyginti vaistai turėjo vienodą sudėtį, bet ne tą patį brendinį vardą. Taigi kompensuojamųjų vaistų kainas gali sumažinti pigesnių vaistų pateikimas į Lietuvos rinką.

Nekompensuojamieji receptiniai vaistai. Remiantis VVKT internetiniame puslapyje pateikiama informaciją apie vaistų suvartojimą ([http://www.vvkt.lt/Vaistų suvartojimo 2016 m. ataskaita](http://www.vvkt.lt/Vaistų_suvartojimo_2016_m_ataskaita)) buvo atrinkti patys populiariausi receptiniai nekompensuojamieji vaistai pagal perkamumą.

Receptinių vaistų kainų palyginimui buvo atrinkta 15 populiariausių receptinių vaistų pagal bendrinį vaisto pavadinimą (žr. 16 lentelę). Šio sąrašo vaistai skirti urogenitalinei/lytinei, raumenų/skeleto, virškinimo trakto, nervų, kvėpavimo, širdies sistemas ligoms gydyti.

Vaistų kainos buvo lygintos su vaistai.lt ir indeks24.pl pateikiamomis oficialiomis vaistų kainomis tose šalyse ir fiksuota galima maksimali vaisto kaina, vaistinėje, neįvertinant esamų akcijų ir nuolaidų. Atrinkti vaistai turėjo tą patį bendrinį vaisto pavadinimą, stiprumą ir pakuotės dydį bei buvo patys pigiausi toje vaistų grupėje pagal vaistai.lt ir indeks24.pl duomenis. Žemiau pateikiama receptinių vaistų kainų palyginimas tarp Lietuvos ir Lenkijos mažmeninėje prekyboje (žr. 16 lentelę).

16 lentelė. Receptinių vaistų kainų palyginimas tarp Lietuvos ir Lenkijos (sudaryta darbo autoriaus)

Eilės Nr.	ATC kodas	Bendrinis vaisto pavadinimas ir veikliosios medžiagos kiekis	Kiekis	Mažmeninė kaina LT (EUR)	Mažmeninė kaina PL (EUR)	Skirtumas %
1	A06AD11	Laktuliozė (DDD 6,7 g)	200 ml	5,24	2,22	136,04%
2	G03AA09	Dezogestrelis+Etinilestradiolis (DDD 0,75 g)	63	13,63	8,47	60,92%
3	G03AA10	Gestodenas+Etinilestradiolis (DDD 0,75 g)	63	16,66	12,88	29,35%
4	G03AA12	Drospirenonas+Etinilestradiolis (DDD 0,75 g)	63	7,45	3,78	97,09%
5	J01CR02	Amoksicilinas ir fermento inhibitorius (DDD 1g/3g)	14	10,95	5,73	91,10%
6	J01FA09	Klaritromicinas (DDD 0,5 g)	14	8,16	5,19	57,23%
7	J05AB01	Acikloviras (DDD 200 mg)	25	12,62	3,25	288,31%
8	M01AC06	Meloksikamas (DDD 15 mg)	20	3,65	2,32	57,33%
9	M01AX17	Nimesulidas (DDD 0,1 g)	30	9,55	4,16	129,57%
10	N05BA12	Alprazolamas (DDD 1 mg)	30	5,99	3,48	72,13%
11	N07CA01	Betahistinas (DDD 24 mg)	60	18,18	6,54	177,98%
12	R05CB06	Ambroksolis (DDD 0,12 g)	100 ml	3,68	1,33	176,69%
13	S01ED01	Timololis (DDD 20mg+5mg/ml)	5 ml	7,61	6,15	23,74%
14	C09AA02	Enalaprilis (DDD 10 mg)	30	2,28	1,45	57,24%
15	A02BC02	Pantoprazolas (DDD 40 mg)	28	5,2	1,43	263,64%

Iš pateiktų duomenų (žr. 16 lentelę), matyti kad visi tyrimui įtraukti vaistai yra pigesni Lenkijoje nei Lietuvoje. Kainų skirtumas skirtingas, priklausomai nuo vaisto rūšies. Didžioji dalis, devyni receptiniai

vaistai Lietuvos vaistinėse palyginus su Lenkijos kainomis, skirtumai svyravo nuo 23,74% iki 97,09%. O šešių receptinių vaistų kainų skirtumai buvo virš 100% ir svyravo nuo 129,57% iki 288,31%.

Mažmeninių receptinių vaistų kainų skirtumus lemia, tai kad Lietuvoje receptiniams nekompensuojamiems vaistams taikomas 21%, o Lenkijoje 8% PVM. Taip pat labai svarbi vaistų įvairovė, nes Lietuvos vaistinių tinkle nebuvo galima įsigyti pigesnių analogų, kokių turi Lenkijos vaistinės. Lietuvoje receptiniams vaistams antkainiai yra reguliuojami didmenininko ir vaistininko, o Lenkijoje – ne, bet tai neužtikrina pacientui galimybės gauti tokios pačios kokybės vaistą už tokią kainą kaip Lenkijoje.

4.2. Lietuvos ir Lenkijos vaistų kainodaros veiksnių analizė ir palyginimas

Lietuvos ir Lenkijos ekonominės padėties palyginimas.

Rinkos dydis Lietuvos ekonomika pagal sukuriama bendrąjį vidaus produktą (toliau – BVP) Europoje užima 29 poziciją ir siekia apie 38,6 mlrd. EUR. Lietuvą palyginus su didžiausia Rytų Europos valstybe Lenkija, kuri Europoje pagal BVP dydį užima 10 vietą, tikrai atrodo labai maža. Žemiau pateikiami pagrindiniai Lietuvos ir Lenkijos rinkos indikatoriai (17 lentelė).

17 lentelė. Pagrindiniai rinkos indikatoriai (sudaryta darbo autoriaus)

Pagrindiniai rinkos indikatoriai	Lietuva	Lenkija
Populiacija	2 814 696	38 563 573
BVP, mlrd. Eur	38,6	424
BVP vienam gyventojui, tūkst. Eur	13,445	11,176
Vidutinis atlyginimas, bruto, Eur	823	963
Minimalus atlyginimas, bruto, Eur	380	473
Išlaidos sveikatos priežiūrai (% BVP)	6,5	6,4
Bendrosios išlaidos vaistams pagal didmenos pardavimus, Eur	565, 6 mln	8,2 mlrd
Bendrosios išlaidos vaistams tenkančios vienam gyventojui pagal didmenos pardavimus, Eur	201	213

Lenkijos rinka yra 14 kartų didesnė nei Lietuvos (žr. 17 lentelę), tai gali būti vienas iš veiksnių galinčius įtakoti vaistų kainų skirtumus. Tačiau paanalizavus detaliau matyti, kad BVP dydis pagal gyventojų kiekį Lietuvoje yra 20% didesnis, nei Lenkijoje (žr. 17 lentelę).

Perkamoji galia. Palyginus kiekvienos šalies perkamąją galią matyti panašumai (žr. 17 lentelę). Lietuvoje vidutinis atlyginimas siekia 823 Eur, o Lenkijoje 17% didesnis ir siekia 963 Eur. Minimalus atlyginimas Lietuvoje siekia 380 Eur, o Lenkijoje 24% didesnis ir siekia 473 Eur. Atlyginimai prieš

mokesčius Lenkijoje yra didesni bei gyventojų skaičius 14 kartų didesnis, todėl ir perkamoji galia didesnė už Lietuvą.

Išlaidos sveikatos priežiūrai. Lietuvos ir Lenkijos išlaidos tenkančios sveikatos priežiūrai, pagal šalies BVP yra panašūs: Lietuvoje 6,5%, o Lenkijoje 6,4% nuo BVP dalies. Palyginus bendrąsias išlaidas vaistams pagal populiacijos dydį, tiek Lenkijoje tiek Lietuvoje buvo panašios: Lietuvoje 201 Eur/gyventojui, o Lenkijoje 213 Eur/gyventojui (6% daugiau).

PVM tarifai. Valstybės taiko skirtingus PVM komercinei veiklai, gamybai, platinimui ar paslaugų tiekimui. Lenkijoje standartinis PVM yra 23%, o Lietuvoje 21%. Šalys vaistams naudoja skirtingų PVM tarifų dydžius vaistams. Lenkija Visiems vaistams taiko 8% lengvatinių mokesčių, o Lietuva 5% lengvatinių mokesčių taiko tik kompensuojamiems vaistams, o kitiems medikamentams standartinį 21% PVM.

Farmacijos įmonės. Lietuva pagrįdė visus vaistus importuoja, nors registruota 21 farmacijos įmonė, tačiau pagrindinės yra šios: Aconitum, Sanitas, Valentis, Sicor Biotech ir kurių pagaminama produkcija patenkina tik 1,59% rinkos (VVKT, 2016). Tačiau Lenkijoje visai kitokia situacija, čia yra registruota apie 224 farmacijos įmonės ir iš jų 142 farmacijos įmonės yra pagrindinės, tokios kaip Polpharma, Roche, Sanofi-aventis, Novartis corp, GSK pharma ir kt. Šios farmacijos įmonės patenkina apie 30-35% rinkos poreikio, o kita dalis vaistų yra importuojami. Kaip matyti, Lenkijos farmacijos rinka turi didesnę derybinę galią su vaistų importuotojais nei Lietuva.

Didmeninė vaistų prekyba. Didmeniniu vaistų platinimu ir distribucija Lietuvoje užsiima 116 įmonių, tačiau pagrindinė rinkos dalis apie 60% tenka trimis pagrindiniams platintojams: UAB „Nemuno vaistinė“, UAB „Euroapothea“ ir UAB „Limedika“. Bei kiti keturi didmenos platintojai, kurie sudaro apie 18% rinkos: UAB „Limedika“ ir „Norfos mažmena“, UAB „Tampro“, UAB „Medikona“, UAB „Armila“. Taigi kitiems vaistų platintojams lieka apie 22% rinkos.

Lenkijoje didmeniniu vaistų platinimu ir distribucija užsiima 541 įmonė. Tačiau pagrindinė rinkos dalis apie 70% priklauso trimis dalyviams: NEUCA GROUP 30%, PGF – HURT ir FARMACOL S.A. po 20%. Tiek Lietuvoje, tiek Lenkijoje yra stiprių didmeninių vaistų platinimo tinklų, kurie pagrįdė sudaro didžiąją dalį rinkos ir labai maža dalis lieka, kitiems platintojams, kurių koncentracija labai didelė (Momot, 2016).

Konkurencija tarp vaistinių. Lietuvoje veikia 1354 vaistinės ir viena vaistinė aptarnauja 2103 gyventojus. Lenkijoje veikia 14780 vaistinių ir viena vaistinė aptarnauja 2567 gyventojus. Tačiau abi šalys išsiskiria vaistinių struktūra t.y., Lietuvoje labiau vyrauja tinklinės vaistinės, kurios sudaro 78% rinkos, o Lenkijoje labiau dominuoja vieno ar mini tinklo vaistinės, kurios užima 62% rinkos.

Lietuvos ir Lenkijos teisinių veiksnių palyginimas.

Lygiagretaus importo teisinis reguliavimas. Lygiagretus vaistų importas yra vienas iš būdų rinkai pateikti pigesnių vaistų. Vaistų lygiagretus importas – tai galimybė iš kitos Europos ekonominės erdvės (toliau – EEE) importuoti vaistus, kurie yra jau registruoti Lietuvos Respublikos vaistų registre (VVKT, 2017). Lygiagretus vaistų importas yra geras tuo, kad nereikia registruoti vaisto, taip sutaupoma pinigų ir jei iš kitos EEE importuotų vaistų kaina rinkoje yra mažesnė, tuo geriau pacientui. Lietuvoje lygiagretus importas atsirado 2007 m., kai buvo patvirtintos lygiagretaus importo taisyklės (LR SAM 2007–03–30 įsk. Nr. V–228). Lygiagrečios prekybos augimą ir plėtimąsi Lietuvoje stabdo ydingas Lietuvos vaistinių valdymo tinklas, kur didmenininkas yra susijęs su mažmeninės vaistinės platinimo tinklu. Jei lygiagretaus importo turėtojas importuoja žymiai pigesnę vaistą nei esantis rinkoje, tokiam tiekėjui nėra galimybės tiekti vaistus vaistinėms, nes didžioji dalis vaistinių priklauso didmenininkams. Todėl tokiems platintojams lieka tik atidaryti savo mažmeninės platinimo tinklus, bet tai riboja pati rinka, nes mažmeninių vaistinių tinklas Lietuvoje labai koncentruotas, todėl nėra vietos naujiems žaidėjams. Kitas variantas platinti vaistus per elektronines vaistines, dalyvauti ligoninių skelbiamuose viešose vaistų pirkimuose arba pateikti registravimui į kompensuojamųjų vaistų registrą. Taigi Lietuvos įstatymai pakankamai yra liberalūs, lygiagrečiam importui ir sukurta teisinė bazė, kuri skatina vaistų lygiagretų importą.

Reikalavimai vaistinių savininkams. Lietuvoje vaistinės savininkui nėra būtina turėti specialųjį išsilavinimą t.y. farmacijos. Manoma, kad vaistų kainas padėtų atpiginti vaistinės nuosavybės reguliavimas t.y. vaistinės savininkas privalo turėti farmacijos išsilavinimą. Toks reikalavimas Lietuvos Respublikos teismo 2002 m. kovo 14 d. buvo panaikintas. Tačiau specialistų nuomone toks reguliavimas nepadėtų mažinti kainas, nes toks įstatymas būtų apeitas, sukuriant „holdingus“ ir kitais įmanomais būdais. Gal didesnė problema yra vaistinių tinklų dydis ir kokie galimi teisiniai būdai gali apriboti jų plėtimąsi. Remiantis auditorių išvadomis, tinklų plėtra buvo vykdoma nepažeidžiant Lietuvos įstatymų. Taigi vadinasi yra tobulintų vietų Lietuvos įstatymuose, dėl tinklų plėtros. Lenkijoje vaistinės savininkui taip pat nėra privalomas specialus išsilavinimas (LR Farmacijos įstatymas, 2006).

Didmenininko platinimo licencijos. Lietuva ir Lenkija yra ES narės, todėl gerosios vaistų platinimo taisyklės ir reikalavimai yra vienodi. Didmeninis vaistinių preparatų platinimas, tai veikla į kurią įeina vaistinių preparatų įsigijimas, laikymas, tiekimas ar eksportas. Didmeninės platinimo įmonės atlieka platinimo veiksmus su vaistinių preparatų gamintojais, importuotojais ar kitais didmeniniais vaistinių preparatų platintojais, turintys teisę parduoti ar išduoti vaistinius preparatus gyventojams ar

pacientams (Lietuvos Respublikos 2006 m. birželio 22 d. ir Lenkijos Respublikos 2001 m. spalio 6 d. farmacijos įstatymas).

Didmeninės platinimo įmonės turi laikytis Gerosios gamybos praktikos (toliau – GGP) reikalavimais, kurie taikomi su farmacija susietoms įmonėms. GGP reikalavimai taikomi: patalpoms, įrengimams, patalpų ir teritorijų priežiūrai, vaistų pirkimui, priėmimui, sandėliavimui, tiekimui, pristatymui, dokumentams ir duomenų bazėms, vidaus auditams bei personalui, kuris turi turėti atitinkamą išsilavinimą ir kvalifikaciją. Vaistų platinimas yra stipriai reguliuojamas vaistų kontrolės tarnybų ir GGP reikalavimais. Tokių tvarkų laikymasis ir atitinkamo personalo išlaikymas reikalauja labai didelių lėšų. Tiek Lietuvos Respublikos, tiek ir Lenkijos Respublikos įstatymai didmeniniu vaistų platinimu užsiimti įmonėms, kurios fiziškai netvarko vaistus (paslaugą galima nuomotis iš įmonės užsiimančia šia veikla ir turinčia visą reikalingą bazę, vykdyti tokiai veiklai).

Lenkijos ir Lietuvos farmacijos įstatymai, didmenininko platinimo licencijai yra liberalūs ir skatina, kad rinkoje būtų, kuo daugiau paslaugų tekėjų, kurie konkuruotų tarpusavyje.

Kompensuojamų vaistų kainų reguliavimas. Lietuvoje kompensuojamųjų vaistų antkainiai tiek didmenininko, tiek farmacininko lygmenyje yra reguliuojami Lietuvos Respublikos įstatymais. Lietuvoje yra naudojami fiksuotos (linijinis) ir regresinių antkainių schemas. Žemiau pateikiami prekybiniai antkainiai kompensuojamiesiems vaistiniams preparatams didžiausiai didmeninei kainai nustatyti (18 lentelė).

18 lentelė. Prekybiniai antkainiai kompensuojamiesiems vaistiniams preparatams didžiausiai didmeninei kainai nustatyti (sudaryta darbo autoriaus)

Eil. Nr.	Vaistinio preparato registruotojo ar lygiagretaus importo leidimo turėtojo arba jų atstovo deklaruota vaistinio preparato kaina ar didmeninio platinimo licencijos turėtojo šio vaistinio preparato įsigijimo kaina, eurai	Didžiausias prekybos antkainis, %	Didžiausias prekybos antkainis, Eur
1.	iki 1,86	14%	-
2.	nuo 1,87 iki 2,89	-	0,26
3.	nuo 2,90 iki 5,63	9%	-
4.	nuo 5,64 iki 7,24		0,51
5.	nuo 7,25 iki 15,51	7%	-
6.	nuo 15,52 iki 19,74	-	1,09
7.	nuo 19,75 iki 263,29	5,5%	
8.	263,30 ir daugiau		14,48

Iš pateiktų duomenų (18 lentelė) matyti, kad galimi maksimalūs didmenininkų prekybiniai antkainiai svyruoja nuo 5,5% iki 14% ir nuo 0,26 Eur iki 14,48 Eur. Žemiau pateikiami prekybiniai antkainiai kompensuojamiesiems vaistiniams preparatams didžiausiai mažmeninei kainai nustatyti (vaistinėje) (19 lentelė).

19 lentelė. Prekybiniai antkainiai kompensuojamiesiems vaistiniams preparatams didžiausiai mažmeninei kainai nustatyti (vaistinėje) (sudaryta darbo autoriaus)

Eil. Nr.	Vaistinio preparato įsigijimo kaina, eurai	Didžiausias prekybos antkainis, %	Didžiausias prekybos antkainis, Eur
1.	iki 2,37	22%	-
2.	nuo 2,38 iki 2,89	-	0,52
3.	nuo 2,90 iki 4,42	18%	-
4.	nuo 4,43 iki 7,24	-	0,80
5.	nuo 7,25 iki 7,90	11%	-
6.	nuo 7,91 iki 21,72	-	0,87
7.	nuo 21,73 iki 144,81	4%	-
8.	144,82 ir daugiau	-	5,79

Iš pateiktų duomenų (19 lentelė) matyti, kad galimi didžiausi farmacininkų antkainiai (vaistinėje), kompensuojamiesiems vaistams svyruoja nuo 4% iki 22% ir nuo 0,52 Eur iki 5,79 Eur.

Lenkijoje kompensuojamųjų vaistų antkainiai tiek didmenininko, tiek farmacininko lygmenyje yra reguliuojami Lenkijos Respublikos įstatymais. Lenkijoje didmenininko antkainis yra fiksuotas ir yra 5%. Lenkijoje yra naudojami regresinė antkainių schema. Žemiau pateikiami prekybiniai antkainiai kompensuojamiesiems vaistiniams preparatams didžiausiai mažmeninei kainai nustatyti (vaistinėje) (20 lentelė).

20 lentelė. Prekybiniai antkainiai kompensuojamiesiems vaistiniams preparatams didžiausiai mažmeninei kainai nustatyti (vaistinėje) (sudaryta darbo autoriaus)

Eil. Nr.	Vaistinio preparato įsigijimo kaina, zlotais	Didžiausias prekybos antkainis
1.	Iki 5,00 zł	40%
2.	5,01-10,00 zł	2 zł + 30% × (x-5,00 zł)
3.	10,01-20,00 zł	3,5 zł + 20% × (x-10,00 zł)
4.	20,01-40,00 zł	5,50 zł + 15% × (x-20,00 zł)
5.	40,01-80,00 zł	8,50 zł + 10% × (x-40,00 zł)
6.	80,01-160,00 zł	12,50 zł + 5% × (x-80,00 zł)
7.	160,01-320,00 zł	16,50 zł + 2,5% × (x-160,00 zł)
8.	320,01-640,00 zł	20,50 zł + 2,5 × (x-320,00 zł)
9.	640,01-1280 zł	28,50 zł + 2,5% × (x-640,00 zł)
10.	1280,01 zł iki	44,50 zł + 1,25% × (x-1280,00 zł)

Kur x – didmeninė vaisto kaina, įsivertinus vaisto DDD (nustatyta paros norma) ir pakuotės dydį. 1€=4,23 zł

Iš pateiktų duomenų (20 lentelė) matyti, kad galimi didžiausi farmacininkų antkainiai (vaistinėje), kompensuojamiesiems vaistams svyruoja nuo 1,25% iki 40%, plus fiksuota suma, kuri kinta nuo 2 zł (0,47 Eur) iki 44,50 zł (10,52 Eur).

Dažnai prekybininkai tiek Lietuvoje, tiek Lenkijoje galimo maksimalaus prekybinio antkainio nenaudoja ir realiai jis yra mažesnis.

Nekompensuojamųjų vaistų kainų reguliavimas. Lietuvoje nekompensuojamųjų vaistų antkainiai tiek didmenininko, tiek farmacininko lygmenyje yra reguliuojami Lietuvos Respublikos įstatymais. Lietuvoje yra naudojami fiksuotos (linijinis) ir regresinių antkainių schemos. Žemiau pateikiami prekybiniai antkainiai nekompensuojamiesiems vaistiniams preparatams didžiausiai didmeninei kainai nustatyti (21 lentelė).

21 lentelė. Prekybiniai antkainiai nekompensuojamiesiems vaistiniams preparatams didžiausiai didmeninei kainai nustatyti (sudaryta darbo autoriaus)

Eil. Nr.	Vaistinio preparato registruotojo ar lygiagretaus importo leidimo turėtojo arba jų atstovo deklaruota vaistinio preparato kaina ar didmeninio platinimo licencijos turėtojo šio vaistinio preparato įsigijimo kaina, eurai	Didžiausias prekybos antkainis, %	Didžiausias prekybos antkainis, Eur
1.	iki 1,86	18%	-
2.	nuo 1,87 iki 2,89	16%	-
3.	nuo 2,90 iki 5,63	9%	-
4.	nuo 5,64 iki 7,24	8%	-
5.	nuo 7,25 iki 15,51	7%	-
6.	nuo 15,52 iki 19,74	6%	-
7.	nuo 19,75 iki 263,29	5%	-
8.	263,30 ir daugiau	-	14,48

Iš pateiktų duomenų (21 lentelė) matyti, kad galimi maksimalūs didmenininkų prekybiniai antkainiai svyruoja nuo 5% iki 18% ir iki 14,48 Eur. Žemiau pateikiami prekybiniai antkainiai nekompensuojamiesiems vaistiniams preparatams didžiausiai mažmeninei kainai nustatyti (vaistinėje) (22 lentelė).

22 lentelė. Prekybiniai antkainiai nekompensuojamiesiems vaistiniams preparatams didžiausiai mažmeninei kainai nustatyti (vaistinėje) (sudaryta darbo autoriaus)

Eil. Nr.	Vaistinio preparato įsigijimo kaina, eurai	Didžiausias prekybos antkainis, %	Didžiausias prekybos antkainis, Eur
1.	iki 2,37	30%	-
2.	nuo 2,38 iki 2,89	25%	-

Eil. Nr.	Vaistinio preparato įsigijimo kaina, eurais	Didžiausias prekybos antkainis, %	Didžiausias prekybos antkainis, Eur
3.	nuo 2,90 iki 4,42	23%	-
4.	nuo 4,43 iki 7,24	22%	-
5.	nuo 7,25 iki 7,90	19%	-
6.	nuo 7,91 iki 21,72	17%	-
7.	nuo 21,73 iki 144,81	15%	-
8.	144,82 ir daugiau	-	17,38

Iš pateiktų duomenų (22 lentelė) matyti, kad galimi didžiausi farmacininkų antkainiai (vaistinėje), nekompensuojamiesiems vaistams svyruoja nuo 15% iki 30% ir iki 17,48 Eur, jei preparato įsigijimo kaina yra didesnė, nei 144,82 Eur. Dažnai prekybininkai galimo maksimalaus prekybinio antkainio nenaudoja ir realiai jis yra mažesnis, dėl esamos konkurencijos.

Lenkijoje nekompensuojamiems receptiniams vaistams antkainio reguliavimo nėra, reguliuoja pati rinka. Remiantis Krzysztof et al. (2017) apie Lenkijos farmacijos politika yra pateikta, kad vidutinis nekompensuojamųjų vaistų antkainis yra apie 25%.

Lietuvos ir Lenkijos politinių veiksnių palyginimas.

Generinių vaistų įrašymo į kompensuojamųjų sąrašą politika. Generinių vaistų įtraukimas į kompensuojamųjų vaistų sąrašą padeda užtikrinti tokį efektyvų gydymą, kaip ir vartojant originalius vaistus, tačiau padeda sutaupyti tiek biudžeto, tiek paciento pinigus. Lietuvoje galioja tam tikri teisiniai aktai, kuriais nustatoma gerinių vaistų įtraukimas į kompensuojamųjų vaistų kainyną. Žemiau pateikiama generinių vaistų registravimo tvarka (23 lentelė).

23 lentelė. Generinių vaistų viršutinės ribos nustatymas remiantis originalaus ar pigiausio tos grupės produkto kaina (sudaryta darbo autoriaus)

Pildymo kartas	Deklaruojamas vaistas turi būti pigesnis už toje grupėje esančio vaisto deklaruota kaina
1-ą kartą	≥50%
2-ą ir 3-ą kartą	-15% ir ≤ 95% GESvid
4-ą ir 5-ą kartą	-5% ir ≤ 95% GESvid
6-ą, 7-ą ir 8-ą kartą	-3% ir ≤ 95% GESvid
9-ą ir kitus kartus	≤ 95% GESvid

Lenkijoje taip pat generinių vaistų nustatymo kainos galioja tik įtraukiamiems į kompensuojamųjų vaistų sąrašą. Tačiau Lenkijos taikomas modelis paprastesnis ir atitinka ES vaistų politikos reikalavimus generinių vaistų įtraukimui į kompensuojamųjų vaistų sąrašą. Žemiau pateikiama generinių vaistų registravimo tvarka (24 lentelė).

24 lentelė. Generinių vaistų viršutinės ribos nustatymas remiantis originalaus ar pigiausio tos grupės produkto kaina
(sudaryta darbo autoriaus)

Pildymo kartas	Deklaruojamas vaistas turi būti pigesnis už toje grupėje esančio vaisto deklaruota kaina
1-ą kartą	≥25%
2-ą kartą	≥25%
3-ą ir kitus kartus	Mažesnė kaina, nei prieš tai buvusi

Vaistų kompensavimo politika. Lietuvoje ir Lenkijoje galioja vaistų kompensavimo politika. Kompensuojami yra tie vaistai, kurie yra įrašyti į ligų ir kompensuojamų vaistų joms gydyti sąrašą. Priklausomai nuo ligų ir paciento socialinės padėties Lietuvoje galioja keturi kompensavimo lygiai: 100%, 90%, 80% ir 50%. Kompensuojama yra ne visa vaisto, bet bazinė kaina. Jei yra skirtumas tarp mažmeninės ir bazinės vaisto kainos, pacientas turi primokėti tą skirtumą, nuo nustatytos kompensavimo dalies (100, 90, 80 ar 50 procentų).

Lenkijoje galioja penki kompensavimo lygiai: pilnai kompensuojami, fiksuota priemoka, 50% ir 30% priemoka ir 75+.

- Pilnai kompensuojami, kai kompensuojama vaisto bazinė kaina, jei yra skirtumas tarp mažmeninės ir bazinės kainos, pacientas primoka skirtumą.
- Fiksuota priemoka, pacientai šiai vaistų grupei moką fiksuoto dydžio sumą 3,20 zł (0,76 Eur) + skirtumas tarp mažmeninės ir bazinės kainos.
- 50% ir 30% priemoka, pacientai šiai vaistų grupei moka atitinkamai 50% ar 30% bazinės vaisto kainos + skirtumas tarp mažmeninės ir bazinės kainos.
- 75+, tai pacientų grupė, kurių amžius yra 75 ir daugiau, tam tikri vaistai jiems yra išduodami nemokamai

Kaip matyti vaistų kompensavimo mechanizmas abiejose šalyse yra vienodas, tačiau Lenkija turi 75+ kompensavimo grupę. Tai grupė, kuriai priskiriami labiausiai pažeidžiami garbingo amžiaus žmonių grupė, kuriems tam tikra vaistų grupė yra pilnai kompensuojama valstybės.

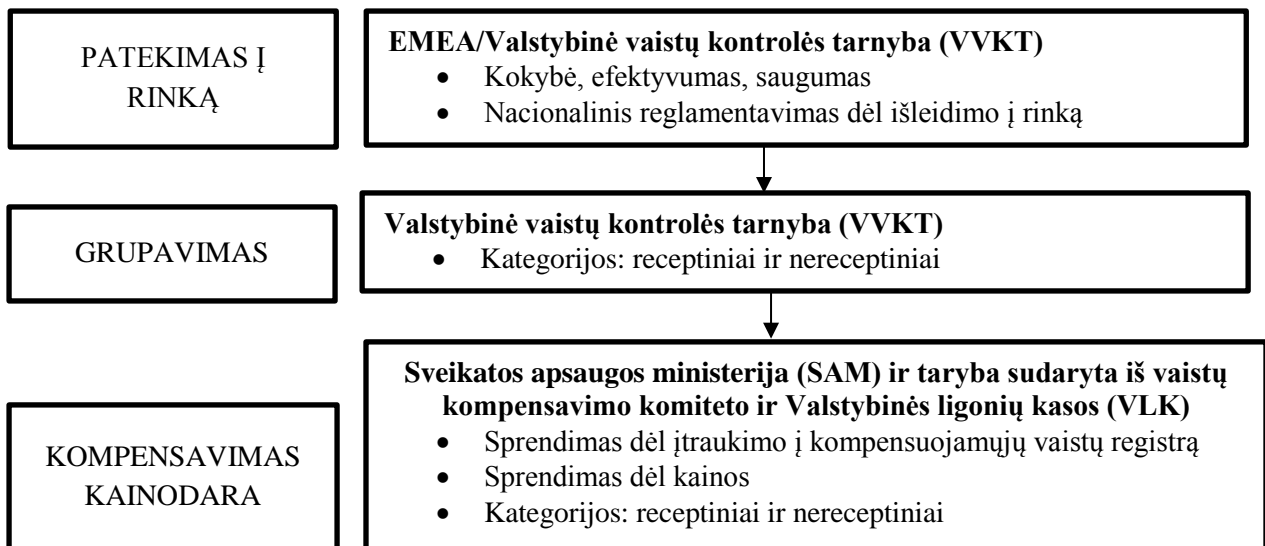
Vaistų registravimo politika/vaistų bazinės kanos nustatymas Valstybės norėdamos nustatyti kompensuojamųjų vaistų bazinę kainą savo šalyje naudoja išorinį kainų referavimą (IKR). Lietuva ir Lenkija naudoja IKR nustatant bazines vaistų kainas. **Lietuvoje** naudojamas IKR metodas yra vienas iš svarbiausių metodų nustatant bazinę kompensuojamo vaisto kainą. Lietuvos valstybės referavimo krepšelį sudaro ES valstybės, kurių BVP tenkantis vienam gyventojui yra panašus. Į referavimo krepšelį patenka 8 valstybės: Bulgarija, Čekija, Estija, Latvija, Lenkija, Rumunija, Slovakija ir Vengrija. Referavimas yra

atliekamas pagal bendrinį vaisto pavadinimą (nepriklausomai nuo gamintojo) ir lyginama deklaruojamų vaistų mažiausias kainų vidurkis (neįskaitant PVM ar kitų taikomų mokesčių).

Lenkija IKR metodą taip pat naudoja kompensuojamojo vaisto bazinei kainai nustatyti ir jis yra pagrindinis. Lenkijos referavimo krepšelį sudaro visos ES narys (28) ir 3 kitos (Norvegija, Lichtenšteinas, Šveicarija). Referavimas yra atliekamas pagal bendrinį vaisto pavadinimą (nepriklausomai nuo gamintojo) ir lyginama deklaruojamų vaistų mažiausia kaina (neįskaitant PVM ar kitų taikomų mokesčių), visose šalyse, kuriuose yra įtraukti į referavimo krepšelį.

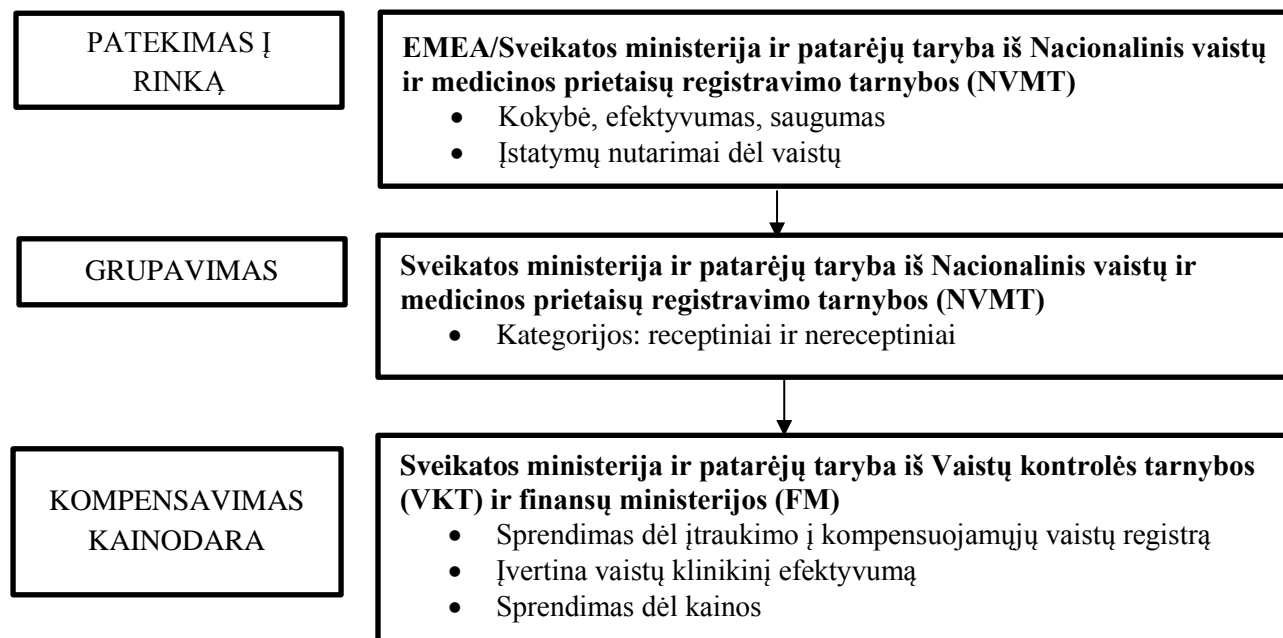
Lietuvos IKR nuo Lenkijos skiriasi tuo, kad Lietuva referuoja tik į 8 ES nares, o Lenkija net į 31 Europos šalis ir lygina esamą mažiausią kainą šalyse, o ne mažiausių kainų vidurkį, kaip Lietuva, kuris nėra toks tikslus.

Vaistų įtraukimas į kompensuojamųjų vaistų sąrašą tvarka/politika. Vaistų įtraukimas į kompensuojamųjų vaistų sąrašą yra priklausomas nuo politinių sprendimų ir tam tikrų atsakingų institucijų, kurios įvertina vaisto efektyvumą ir būtinumą dėl įtraukimo į kompensuojamųjų vaistų sąrašą. Pacientams labai yra aktualu ar jų gydomai ligai naudojamas vaistas yra kompensuojamas, nes tai padeda pacientams sutaupyti išlaidas vaistams. Lietuvoje yra keturios pagrindinės institucijos, kurios sprendžia vaistų kompensavimo būtinumą: Valstybės vaistų kontrolės tarnyba (VVKT), valstybinė ligonių kasa (VLK), Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) ir Europos medicinos agentūra (EMA). Žemiau yra pateikiama schema, kas ir kokį vaidmenį atlieka priiminėjant sprendimus dėl vaistų kompensavimo (10 pav.)



10 pav. Vaistų įtraukimas į kompensuojamųjų vaistų sąrašą Lietuvoje sistema (sudaryta darbo autoriaus)

Lenkijoje taip pat yra keturios pagrindinės institucijos, kurios sprendžia vaistų kompensavimo būtinumą: Sveikatos ministerija (SM), Vaistų kontrolės tarnyba (VKT), Nacionalinis vaistų ir medicinos prietaisų registravimo tarnyba (NVMT) ir Europos medicinos agentūra (EMA). Žemiau yra pateikiama schema, kas ir kokį vaidmenį atlieka priiminėjant sprendimus dėl vaistų kompensavimo (11 pav.)



11 pav. Vaistų įtraukimas į kompensuojamųjų vaistų sąrašą Lenkijoje sistema (sudaryta darbo autoriaus)

Vaistų įtraukimas į kompensuojamųjų sąrašą Lietuvoje ir Lenkijoje yra panašus, tik skiriasi tam tikrų įstaigų pavadinimai ir atsakomybės už registravimo etapus. Visas šis procesas turi ir nustatytą trukmę per kurią turi būti įvertinamas vaisto efektyvumas, saugumas ir poveikis remiantis moksliniais tyrimais. Galutinis sprendimas dėl įtraukimo į kompensuojamųjų sąrašą turi būti priimtas per 150 dienų, Lietuvoje ir per 180 dienų Lenkijoje, nuo paraiškos įregistravimo datos.

Jeigu vaistas yra įtraukiamas į kompensuojamųjų vaistų sąrašą jis įtraukiamas 3 metams Lietuvoje ir 2 metams Lenkijoje. Valstybės taip pat skirtingu dažnumu peržiūri kompensuojamųjų vaistų sąrašą: Lenkija kas 2 mėnesius, o Lietuva tik kartą į metus. Dažna kainų peržiūra ir jų reguliavimas, pagal rinkos pokyčius vienas iš įtakančių veiksnių dėl vaistų kainų skirtumų Lietuvoje ir Lenkijoje.

4.3. Vaistų kainas lemiančių veiksnių tyrimo rezultatų analizė

Respondentų charakteristikos. Apklausta 11 respondentų (78% apklaustųjų), kurie dirbo Sveikatos apsaugos ministerijoje, o kiti 3 (22% apklaustųjų) – farmacijos srityje. Tyrimo dalyvių turima darbo patirtis Sveikatos apsaugos arba farmacijos srityje svyravo nuo 2 iki 32 metų (žiūrėkite 3 priede). Vidurkis – 13 metų.

25 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal jų darbo patirtį, proc. (sudaryta darbo autoriaus)

Respondentų darbo patirtis	Žmonių skaičius	Proc.
Iki 1 metų	0	0
2-5 m.	5	35
6-10 m.	1	7
11-15 m.	2	14
16-20 m.	3	22
21 m. ir daugiau	3	22

Analizuojant turimą respondentų darbo patirtį, jų tarpe daugiausia 2-5 metus (35% apklaustųjų) išdirbusių Sveikatos apsaugos/farmacijos srityje, nėra dirbančių mažiau kaip vienerius metus (žr. 25 lentelę).

Buvo apskaičiuoti vidutiniai balai pagal darbo sritį, kurią atstovauja respondentas bei bendri vidutiniai balai. Vertinant ekonominius veiksnius Sveikatos apsaugos ministerijos atstovai svarbiausius veiksnius išskyrė šiuos: rinkos dydis (4,36), PVM (4,00) ir vaistinių tinklų konkurencija (3,65), o farmacijos srities atstovai – perkamąją galią (4,33), rinkos dydį (3,67) ir vaistinių tinklų konkurenciją (3,67). Lyginant pagal darbo sritį, statistinis reikšmingumas nustatytas, skiriant balus tokiems veiksniams, kaip rinkos dydis ($\chi^2=9,25$, $p=0,01$, $p<0,05$) ir PVM ($\chi^2=8,06$, $p=0,045$, $p<0,05$), tai reiškia, kad skiriami balai labai skyrėsi, aukštesniais balais įvertino Sveikatos apsaugos ministerijos atstovai (žr. 26 lentelę, 3 priedą).

Neskirstant respondentų pagal darbo sritį, tyrimo dalyviai bendrai išskyrė svarbiausius šiuos ekonominius veiksnius: rinkos dydis (4,21), PVM (3,71) ir vaistinių tinklų konkurencija (3,64), perkamąją galią (3,64) (žr. 26 lentelę).

Mažiausiai svarbus ekonominis veiksnys yra vietos gamintojai (2,64) (žr. 26 lentelę).

26 lentelė. Vaistų kainą lemiančių veiksnių įvertinimo vidutiniai balai (sudaryta darbo autoriaus)

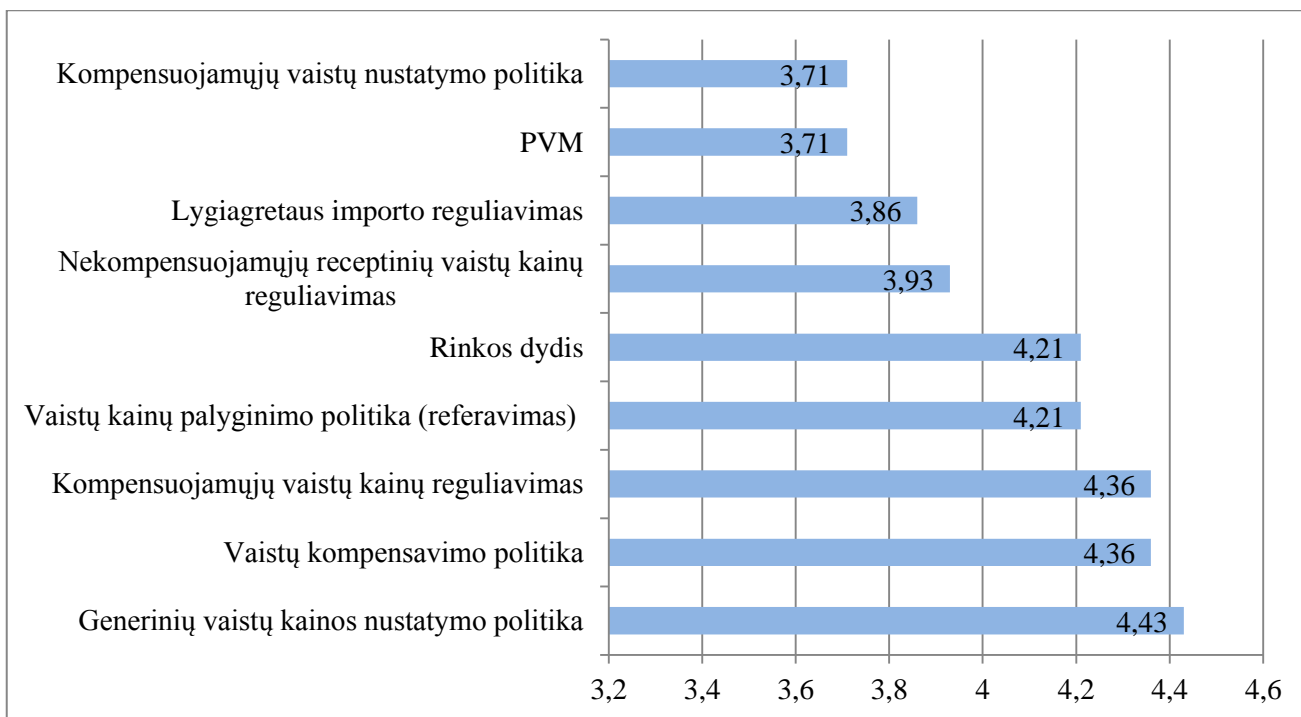
	Veiksny	Sveikatos apsaugos ministerijos atstovų įvertinimas (vidutinis balas)	Farmacijos srities atstovų įvertinimas (vidutinis balas)	Bendras vidutinis balas	χ^{2*}	df^{**}	p^{***}
Ekonominiai veiksniai	Rinkos dydis	4,36	3,67	4,21	9,25	2	0,01
	BVP	3,27	3,33	3,29	2,12	3	0,54
	Vietos gamintojai	2,55	3,00	2,64	4,79	4	0,31
	PVM	4,00	2,67	3,71	8,06	3	0,045
	Didmeninės vaistų prekybos konkurencija	3,55	3,33	3,50	2,62	3	0,46
	Vaistinių tinklų konkurencija	3,64	3,67	3,64	2,97	3	0,40
	Perkamoji galia	3,45	4,33	3,64	4,50	2	0,11
Politiniai veiksniai	Generinių vaistų kainos nustatymo politika	4,27	5,00	4,43	2,86	2	0,24
	Vaistų kompensavimo politika	4,27	4,67	4,36	0,99	2	0,61
	Vaistų kainų palyginimo politika (referavimas)	4,00	5,00	4,21	2,86	3	0,41
	Kompensuojamųjų vaistų nustatymo politika	3,73	3,67	3,71	2,12	4	0,71
Teisiniai veiksniai	Lygiagretaus importo reguliavimas	3,82	4,00	3,86	3,82	3	0,28
	Specialus išsilavinimas (farmacijos) vaistinės savininkams	2,55	1,67	2,36	2,12	4	0,71
	Didmeninis vaistų platinimo licencijavimas	2,91	1,67	2,64	2,97	2	0,23
	Kompensuojamųjų vaistų kainų reguliavimas	4,36	4,33	4,36	2,55	2	0,28
	Nekompensuojamųjų receptinių vaistų kainų reguliavimas	3,91	4,00	3,93	0,64	3	0,89

* - chi kvadrato kriterijus, df^{**} - laisvės laipsniai, p^{***} - p reikšmė.

Skiriant balus kitiems veiksniams (politiniams, teisiniams), pagal darbo sritį, nebuvo rastas statistiškai patikimas skirtumas ($p > 0,05$), tai reiškia, kad skiriami balai pasiskirstė gana tolygiai tarp Sveikatos apsaugos ministerijos ir farmacijos srities atstovų (žr. 26 lentelę).

Vertinant politinius veiksnius, tiek Sveikatos apsaugos ministerijos, tiek farmacijos srities atstovai, svarbiausius veiksnius išskyrė šiuos: generinių vaistų kainos nustatymo politika; vaistų kompensavimo politika; vaistų kainų palyginimo politika (referavimas). Aukščiausiais balais, t.y. 5 balais, farmacijos srities atstovai įvertino generinių vaistų kainos nustatymo politiką ir vaistų kainų palyginimo politiką (referavimą). Mažiausiai svarbus politinis veiksnys yra kompensuojamųjų vaistų nustatymo politika (3,71).

Vertinant teisinius veiksnius, tiek Sveikatos apsaugos ministerijos, tiek farmacijos srities atstovai, svarbiausius veiksnius išskyrė šiuos: lygiagretaus importo reguliavimą; kompensuojamųjų vaistų kainų reguliavimą ir nekompensuojamųjų receptinių vaistų kainų reguliavimą. Mažiausiai svarbūs teisiniai veiksniai yra specialus išsilavinimas (farmacijos) vaistinės savininkams (2,36) ir didmeninis vaistų platinimo licencijavimas, kurio bendras įvertinimas – 2,64 balai.



12 pav. Svarbiausi veiksniai lemiantys vaistų kainų pokyčius (sudaryta darbo autoriaus)

Siekiant identifikuoti svarbiausius veiksnius lemiančius vaistų kainas, išrinkti daugiausiai balų surinkę veiksniai (žr. 12 pav.). Šių veiksnių esama situacija bei rekomendacijos, siekiant sureguliuoti kainas, pateikiama 27 lentelėje.

27 lentelė. Vaistų kainą lemiančių svarbiausių veiksnių esama situacija ir rekomendacijos (sudaryta darbo autoriaus)

Eil. Nr.	Veiksny	Esama situacija	Rekomendacijos
1.	Generinių vaistų kainos nustatymo politika	Pirmą kartą pildant kompensuojamųjų vaistų sąrašą generiniu vaistu turi būti -50% nuo pigiausio tos grupės vaisto kainos.	<ul style="list-style-type: none"> • Palankesnės sąlygos patekti generiniam vaistui į kompensuojamųjų vaistų sąrašą būtų, jei būtų -30% nuo pigiausio tos grupės vaisto.
2.	Vaistų kompensavimo politika	Lietuvoje veikia keturi kompensavimo modeliai (100%, 90%, 80% ir 50%) nuo bazinės vaisto kainos.	<ul style="list-style-type: none"> • Įtraukti dar vieno kompensavimo būdą, kur pacientas turėtų primokėti fiksuoto dydžio priemoką. • Senjorams tam tikri vaistai būtų kompensuojami pilnai.
3.	Kompensuojamųjų vaistų kainų reguliavimas	Kompensuojamiems vaistams taikomi progresiniai ir fiksuoto dydžio antkainiai priklausomai nuo vaisto kainos (didmenininko ir mažmenininko lygmenyje).	<ul style="list-style-type: none"> • Naudoti vienodo dydžio (fiksuotą) antkainį tiek didmenininko, tiek mažmenininko lygmenyje.
4.	Vaistų kainų palyginimo politika (referavimas)	Referuojamose šalyse lyginamos vaistų kainos pagal mažiausių kainų vidurkį.	<ul style="list-style-type: none"> • Naudoti referuojamose šalyse mažiausios kainos modelį, o ne mažiausių kainų vidurkį.
5.	Rinkos dydis	Maža rinka, turi mažą derybinę galią.	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperuotis su baltijos šalimis perkant vaistus ir taip didinant derybinę galią su gamintojais.
6.	Nekompensuojamųjų receptinių vaistų kainų reguliavimas	Nekompensuojamiems vaistams taikomi progresiniai ir fiksuoto dydžio antkainiai priklausomai nuo vaisto kainos (didmenininko ir mažmenininko lygmenyje).	<ul style="list-style-type: none"> • Naudoti vienodo dydžio (fiksuotą) antkainį didmenininko lygmenyje. • Mažinti galimus maksimalius antkainius mažmenininko lygmenyje.
7.	Lygiagretaus importo reguliavimas	Lygiagretaus importo vaistai užima apie 10% rinkos ir kasmet kinta +/- 4%.	<ul style="list-style-type: none"> • Tobulinti teisinius įstatymus, kad pigesni lygiagretaus importo vaistai būtų įleidžiami į tinklines vaistines.
8.	PVM	Kompensuojamiems taikomas 5%, o nekompensuojamiems 21% PVM tarifai.	<ul style="list-style-type: none"> • Taikyti 5% PVM tarifą visiems vaistams.
9.	Kompensuojamųjų vaistų nustatymo politika	Vaistų įtraukimas į kompensuojamųjų vaistų sąrašą užtrunka iki 150 dienų nuo paraiškos pateikimo iki sprendimo priėmimo. Kompensuojamųjų vaistų sąrašas peržiūrimas ir koreguojamas kartą per metus.	<ul style="list-style-type: none"> • Trumpinti vaisto patekimo į kompensuojamųjų vaistų sąrašą laiką ir efektyvinti visą procesą eiga, kad daugiau vaistų būtų kompensuojami. • Kas ketvirtį peržiūrėti kompensuojamųjų vaistų sąrašą.

Tyrimo dalyvių atrinkti veiksniai, kurie turi didžiausią įtaką vaistų kainai (27 lentelėje) ir esama situacija parodė, kad identifikuoti svarbiausi veiksniai yra taisytini, todėl buvo pateiktos rekomendacijos, kurios pagerintų kokybiškų vaistų prieinamumą už prieinamą kainą.

IŠVADOS

1. Išnagrinėjus Lietuvos vaistų kainų dinamiką bei problemines tyrimo sritis, išsiaiškinta, kad vis didėjančios išlaidos sveikatos priežiūrai yra viena opiausių problemų ne tik Europoje, bet ir Lietuvoje. Vaistai padeda pacientams greičiau pasveikti ar pagerina gyvenimo kokybę, todėl vaistų kainos ir jų didėjimas yra ne tik pacientų galvos skausmas, bet ir valstybės problema. PSDF lėšos skirtos kompensuoti vaistus kasmet didėja, todėl valstybė turi rasti būdų, kaip sumažinti išlaidas generiniams vaistams ir sutaupyti pinigų skirti kitų ligų gydymui ar inovatyviems vaistams. Lietuvos Respublikos institucijos atsakingos už vaistų kainodarą ir politinius sprendimus turi užtikrinti, kad gamintojų deklaruojamos vaistų kainos būtų panašios, kaip ir kaimyninėse šalyse, kad mažmeninė vaistų kaina pacientui nebūtų aukštesnė, nei panašios ekonomikos šalyse.

2. Išnagrinėjus kainodaros ir ją lemiančių veiksnių teorinius sprendimus, padaryta išvada, kad kaina – tai prekės ar paslaugos vertės pinigine išraiška. Kainos nustatymo priemonės ir būdus nagrinėja kainodara, kuri yra skirstoma į fiksuotąją (statinę) bei dinaminę. Dinaminė kainodara yra kaip dinamiškas kainų vartotojams reguliavimas priklausomai nuo vartotojo suvokiamos produkto ar paslaugos vertės. Statinei kainodarai priklausantys kainų nustatymo metodai vadinami statiniais, nes kaina, kurią mokės vartotojas, yra žinoma iš anksto. Palyginus nagrinėtų autorių nurodytus veiksnius, tolesniam tyrimui pasiūlyti šie pagrindiniai vaistų kainą lemiantys veiksniai: teisiniai, politiniai ir ekonominiai veiksniai.

3. Atlikus kompensuojamųjų ir nekompensuojamųjų labiausiai vartojamų vaistų kainų palyginamąją analizę tarp Lietuvos ir Lenkijos, išsiaiškinta, kad didžioji dalis vaistų Lenkijoje yra pigesni. Deklaruojamos kainos skirtumas svyruoja nuo 5% iki 118%, mažmeninės kainos – nuo 3% iki 135%, pacientų priemokos – nuo 12% iki 244%. Nekompensuojamųjų receptinių vaistų kainų skirtumai dar didesni, kurie svyruoja nuo 23,74% iki 288,31%.

4. Palyginus veiksnius lemiančius vaistų kainas Lietuvoje ir Lenkijoje, sužinota, kad pagrindinis veiksnys lemiantis vaistų kainų skirtumus tai – rinkos dydis ir gamintojo deklaruojama mažesnė vaisto kaina. Taip pat vienas iš svarbesnių veiksnių – pigesnių vaistų Lietuvos rinkoje nebuvimas, dėl ydingos vaistinių tinklų valdymo schemos, kur didmenininkas ir mažmenininkas valdo tas pats subjektas.

5. Atlikus ekspertinę apklausą, identifikuoti šie svarbiausi devyni veiksniai lemiantys vaistų kainas: generinių vaistų kainos nustatymo politika; vaistų kompensavimo politika, kompensuojamųjų vaistų kainų reguliavimas; vaistų kainų palyginimo politika (referavimas); rinkos dydis; nekompensuojamųjų receptinių vaistų kainų reguliavimas; lygiagretaus importo reguliavimas; PVM; kompensuojamųjų vaistų nustatymo politika.

LITERATŪRA

1. Apie receptinius ir nereceptinius vaistus. *Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba*. [žiūrėta 2017-11-10]. Prieiga per internetą <http://www.vvkt.lt/lit/Apie-receptinius-ir-nereceptinius-vaistus/1912>.
2. Bagdonienė, L. ir Hopenienė, R. (2009). *Paslaugų marketingas ir vadyba: vadovėlis*. Kaunas: Technologija.
3. Bakanauskas, A. ir Liesionis, V. (2002). Kaštų – vertės kainos nustatymo modelis Žaliojo marketingo komplekse. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai, 1*, 21–32.
4. Bank Polski. Monitoring Branżowy. (2017). [žiūrėta 2017-11-10]. Prieiga per http://www.pkobp.pl/media_files/5d332472-c476-4e7b-bd76-aea8a04ca2f6.pdf.
5. Bartkienė, A. (1993). *Rinkos kainų politika ir kainodara*. Vilnius: Valstybinis leidybos centras.
6. Besanko, D., Dranove, D., Schaefer, S. (2012). *Economics of Strategy, 6th Edition*. Wiley Global Education.
7. Bichler, M., Kalagnanam, J., Katircioglu, K., King, A. J., Lawrence, R. D., Lee, H. S., Lin, G. Y. & Lu, Y. (2002). Applications of flexible pricing in business-to-business electronic commerce. *IBM Systems Journal 2*.
8. Bitran, G. R. ir Gilbert, S. M. (1996). Managing hotel reservations with uncertain arrivals. *Operations Research 44 (1)*, 35-49. [žiūrėta 2017-11-11]. Prieiga per internetą file:///C:/Users/Hp/Downloads/Bitran_Hotel_Reservation.pdf.
9. Braithwait, S., Hansen, D., O'Sheasy, M. (2007). Retail electricity pricing and rate design in evolving markets. *Edison Electric Institute*. [žiūrėta 2017-11-11]. Prieiga per internetą http://eei.org/issuesandpolicy/stateregulation/Documents/Retail_Electricity_Pricing.pdf.
10. Bobinaitė, V. ir Motiejūnienė, R. (2009). Elektros energijos kainos vartotojui nustatymo metodai konkurencinėse rinkose. *Ekonomika ir vadyba, 2009: 14*, 685-691.
11. Boguslauskas, V. ir Jurkšienė, A. (2000). *Lanksčioji kainodara: monografija*. Kaunas: Technologija.
12. Borg, J. J., Tomasi, P., P., L., Aislaitner, G., Pirozynski, M., Leufkens, H.; Melchiorri, D. (2014). Generic Drug Facts, Center for Drug Evaluation and Research. *Scientia pharmaceutica, U.S. Food and Drug Administration, 82(4)*, 847-56.
13. Campbell, M. C. (1999). Why did you do that? The important role of inferred motive in perceptions of price fairness. *Journal of Product & Brand Management, 8 (2)*, 145–152.

14. Cannon, F. W. (1992). Performance Management: A New Perspective. *Executive Development*, 5 (4). <https://doi.org/10.1108/09533239210018491>.
15. Costa-Font, J., McGuire, A., Varol, N. (2014). Price regulation and relative delays in generic drug adoption. *Journal of Health Economics*, 38, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.04.004>.
16. Czarnocki, J. (2017). *Podsumowanie rynku OTC: Nasz klient – apteka czy farmaceuta?* [žiūrėta 2017-11-11]. Prieiga per <http://konferencja-ims.pl/media/Podsumowanie%20ryнку%20OTC%20-%20nasz%20klient%20-%20apteka%20czy%20farmaceuta.pdf>.
17. Davidson, A. ir Simonetto, M. (2005). Pricing strategy and execution: an overlooked way to increase revenues and profits. *Strategy & Leadership*, 33(6), 25–33.
18. Deksnytė, I. (2012). *Dinaminė kainodara: teorinis aspektas*. [žiūrėta 2017-11-12]. Prieiga per internetą https://www.researchgate.net/profile/Indre_Deksnyte/publication/266145419_Dynamic_pricing_the_theoretical_aspects/links/542835260cf26120b7b56554/Dynamic-pricing-the-theoretical-aspects.pdf.
19. De Toni ir Mazzon J. A, (2013b). Teste de um Modelo Teórico Sobre o Valor Percebido do Preço de um Produto RAUSP. *Revista de Administração da USP*, 49, 549-565.
20. Dutta, S., Zbaracki, M., Bergen, M. (2001). Pricing Process as a Capability: A Case Study. *Marketing Science Institute Working Paper*, 1, 61–66.
21. Elmaghraby, W. ir Keskinocak, P. (2003). Dynamic pricing: Research overview, current practices and future directions. *Management Science*, 49(10).
22. Europos farmacijos teisyno (politikos) poveikio vaistų prieinamumui Lietuvos gyventojams vertinimas. *Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba*. [žiūrėta 2017-11-14]. Prieiga per internetą <http://www.vvkt.lt/index.php?2610826357>.
23. Fact Sheet: New Drug Development Process. *California Biomedical Research Association*. [žiūrėta 2017-11-11]. Prieiga per internetą <http://ca-biomed.org/pdf/media-kit/fact-sheets/CBRADrugDevelop.pdf>.
24. Ferrandiz, J. M., Sussex, J., Towse, A. (2012). The R&D cost of a new medicine. *Office of Health Economics*. [žiūrėta 2017-11-06]. Prieiga per internetą <file:///C:/Users/Hp/Downloads/380%20-%20R&D%20Cost%20NME%20Mestre-Ferrandiz%202012.pdf>.
25. Foxall, G. R. (1973). The Logic of price Decision- Making. *Management Decision*, 18(5), 235–245.
26. Health spending. *OECD Data*. [žiūrėta 2017-11-18]. Prieiga per <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator->.

27. *How to increase patient access to generics medicines in European health systems.* (2009). European Generics Association.
28. Humair, S. (2001). *Yield Management for Telecommunication Networks: Defining a New Landscape*, PhD thesis. *Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA.* [žiūrėta 2017-11-12]. Prieiga per internetą <https://pdfs.semanticscholar.org/c0f1/16e8a53e40b22c4c7359fd38b90834f2ddb3.pdf>.
29. Indounas, K. ir Avlonitis G. J. (2011). New industrial service pricing strategies and their antecedents: Empirical evidence from two industrial sectors. *Journal of Business and Industrial Marketing*, 24, 86-97.
30. Kaiser, U., Mendez, S. J., Rønne, T., Hannes, U. (2014). Regulation of pharmaceutical prices: Evidence from a reference price reform in Denmark. *Journal of Health Economics*, 36, 174-187, doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.04.003.
31. Kanavos, P., Vondros, S., Irwin, R., Nicod, E., Casson, M. (2011). Farmacijos produktų kainų ir galimybių jų įsigyti skirtumai Europos Sąjungoje. Medicinos technologijų tyrimų grupė. [žiūrėta 2017-11-14]. Prieiga per internetą [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2011/451481/IPOL-ENVI_ET\(2011\)451481_LT.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2011/451481/IPOL-ENVI_ET(2011)451481_LT.pdf).
32. Kauffman, R. J. ir Wang, B. (2001). New buyers arrival under dynamic pricing market microstructure: The case of group buying discounts on the internet in Proceedings of the 34th. Hawaii International Conf. *Journal of Management Information Systems*, 18(2), 157-188.
33. Klemperer, P. (2004). *Auctions: Theory and Practice*. Princeton University Press.
34. Kotler, P., Keller, K. L. (2007). *Marketingo valdymo pagrindai*. Klaipėda: Logitema.
35. Kutut, V. (2006). *Techninis normavimas ir kainodara*. Vilnius: Technika.
36. Kuvykaitė, R. (2001). *Gaminio marketingas: vadovėlis*. Kaunas: Technologija.
37. *Lenkija*. [žiūrėta 2017-11-02]. Prieiga per internetą <https://lt.wikipedia.org/wiki/Lenkija>.
38. Leopold, C., Mantel-Teeuwisse, A. K., Vogler, S., de Joncheere, K., Laing, R. O., Leufkens, H. G.M. (2013). Is Europe still heading to a common price level for on-patent medicines? An exploratory study among 15 Western European countries. *Health Policy*, 112, 209-216, doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.08.012.
39. Leopold, C., Vogler, S., Mantel-Teeuwisse A.K., de Joncheere K, Leufkens H.G., Laing R. (2012). Differences in external price referencing in Europe: a descriptive overview. *Health Policy*, 104(1), 50-60, doi: 10.1016/j.healthpol.2011.09.008.

40. Lietuvos Respublikos Seimas. (2006). *Lietuvos Respublikos Farmacijos įstatymas*. (2006 m. birželio 22 d. Nr. X-709). [žiūrėta 2017-11-25]. Prieiga per internetą <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.280067>.

41. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. *Kompensuojamųjų vaistų kainynas nuo spalio 1 d.* [žiūrėta 2017-11-10]. Prieiga per <http://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/farmacine-ir-kita-su-tuosusijusi-veikla/vaistu-ir-medicinos-pagalbos-priemoniu-kompensavimas/kompensuojamuju-vaistiniu-preparatu-kainynas>.

42. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2002). *Dėl Ligų ir kompensuojamųjų vaistinių preparatų joms gydyti, Kompensuojamųjų vaistinių preparatų ir Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių įrašymo į sąrašus ir jų keitimo tvarkos aprašo patvirtinimo*. (2002 m. balandžio 5 d. Nr. 159). [žiūrėta 2017-11-11]. Prieiga per <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.E83CFAB10E7B>.

43. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2010). *Dėl Kompensuojamųjų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kainų nustatymo ir taikymo tvarkos aprašo patvirtinimo* (2010 m. balandžio 6 d. Nr. V-267). [žiūrėta 2017-11-11]. Prieiga per <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.56AF7AD66A5B>.

44. Lietuvos Respublikos vyriausybė. (2005). *Dėl Ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos aprašo patvirtinimo*. (2005 m. rugsėjo 13 d. Nr. 994). [žiūrėta 2017-11-11]. Prieiga per <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.97B53A1253C4/xuViAYrSHK>.

45. Lichtenberg, F. R., Tatar, M., Çalıřkan, Z. (2014). The effect of pharmaceutical innovation on longevity, hospitalization and medical expenditure in Turkey, 1999–2010. *Health Policy*, 117(3), September 2014, 361-373, doi: 10.1016/j.healthpol.2014.06.002.

46. Lygiagretus importas. (2017). *Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba*. [žiūrėta 2017-11-12]. Prieiga per internetą <http://www.vvkt.lt/Lygiagretus-importas>.

47. Lista leków refundowanych – obwieszczenia Ministra Zdrowia. (2017).[žiūrėta 2017-11-10]. Prieiga per <http://www.mz.gov.pl/leki/refundacja/lista-lekow-refundowanych-obwieszczenia-ministra-zdrowia/>.

48. Lista wszystkich hurtowni. [žiūrėta 2017-11-11]. Prieiga per http://rhf.rejstrymedyczne.csioz.gov.pl/_layouts/15/rhf/glowna.aspx?rodzaj=1%3B3&status=2%3B3&frame=frameHurtownia#.

49. Luby, F., Simon, H., Bilstein, F.F. (2008). *Manage for Profit, Not for Market Share: A Guide to Greater Profits in Highly Contested Markets*. *Harvard Business Publishing*, 27.
50. Matthew, H. (2013). The Cost of Creating a New Drug Now \$5 Billion, Pushing Big Pharma to Change. *Forbes.com*, 11. [žiūrėta 2017-11-12]. Prieiga per internetą <http://www.forbes.com/sites/matthewherper/2013/08/11/how-the-staggering-cost-of-inventing-new-drugs-is-shaping-the-future-of-medicine/>.
51. Matczak M., Kaczyński T., Kumala K., Zakrzewski, D., Palinka Sp. k. (2016). Distribution and marketing of drugs in Poland: overview. [žiūrėta 2017-11-22]. Prieiga per internetą [https://uk.practicallaw.thomsonreuters.com/1-618-5577?transitionType=Default&contextData=\(sc.Default\)&firstPage=true&bhcp=1](https://uk.practicallaw.thomsonreuters.com/1-618-5577?transitionType=Default&contextData=(sc.Default)&firstPage=true&bhcp=1)).
52. Miečinskienė, A. (2009). *Kainodara*. VGTU leidykla, Technika.
53. Milgrom, P. (2004). *Putting Auction Theory to Work*. Cambridge University Press.
54. Momot, R. (2016). *Rynek dystrybucji farmaceutycznej w Polsce*. [žiūrėta 2017-11-26]. Prieiga per internetą [Rynek-Dystrybucji-Farmaceutycznej-2016%20\(2\).pdf](#).
55. Morden, A.R. (1991). *Elements of marketing*. London: Guernsey press Co. Ltd.
56. Od czego zależy cena leku refundowanego. [žiūrėta 2017-11-11]. Prieiga per <http://www.mz.gov.pl/leki/refundacja/poziomy-odplatnosci/>.
57. Panteli, D., Arickx, F., Cleemput, I., Dedet, G., Eckhardt, H., Fogarty, E., ... Busse, R. (2016). Pharmaceutical regulation in 15 European countries: review. *Health Systems in Transition*, 18 (5). 1-118. [žiūrėta 2017-12-04]. Prieiga per internetą http://eprints.lse.ac.uk/68290/7/Wouters_Pharmaceutical_regulation.pdf.
58. Pharmaceutical drug. [žiūrėta 2017-11-02]. Prieiga per internetą https://en.wikipedia.org/wiki/Pharmaceutical_drug#cite_note-1.
59. Pharmaceutical Sector Inquiry Final Report. (2009). DG Competition. *Europe EU*. [žiūrėta 2017-11-12]. Prieiga per internetą http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff_working_paper_part1.pdf.
60. Pharmazoom. [žiūrėta 2017-10-12]. Prieiga per internetą <http://www.pharmazoom.lt/>.
61. PhRMA, 2013 Profile. (2013). [žiūrėta 2017-11-02]. Prieiga per internetą <http://phrma-docs.phrma.org/sites/default/files/pdf/PhRMA%20Profile%202013.pdf>.
62. Pranulis, V., Pajuodis, A., Urbonavičius, S., Virvilaitė, R. (2012). *Marketingas: vadovėlis*. Vilnius: Garnelis.

63. Polish Healthcare Industry Report. (2016). [žiūrėta 2017-11-10]. Prieiga per <https://blackpartners.pl/wp-content/uploads/2016/08/Rynek-medyczny-raport-Blackpartners.pdf>.
64. Rastenis, J. (2009). *Kainodara*. Kaunas: Technologija.
65. Rejestr wytwórców i importerów produktów leczniczych. [žiūrėta 2017-11-11]. Prieiga per <http://rejestr.gif.jskinternet.pl/libs/raportA.php>.
66. Rejestr wytwórców, importerów i dystrybutorów substancji czynnych. [žiūrėta 2017-11-11]. Prieiga per <http://rejestr.gif.jskinternet.pl/libs/raportB.php>.
67. Rowley, J. (1997). Principles of price and pricing policy for information market place. *Library Review*, 46(3), 179–189.
68. Ruskin-Brown, I. (2009). *Praktinė kainodara – geresniam rezultatui*. Vilnius: Verslo žinios.
69. Savage, P. ir Mahmoud, S. (2015). Development and economic trends in cancer therapeutic drugs: a 5-year update 2010–2014. *British Journal of Cancer*, 112, 1037–1041, doi:10.1038/bjc.2015.56.
70. Schwind, M. (2007). Dynamic Pricing and Automated Resource Allocation for Complex Information Services. *Johann Wolfgang Goethe Universität, Frankfurt, Germany. Springer, 1*.
71. Simoens, S. ir De Coster, S. (2006). Sustaining Generic Medicines Markets in Europe. Katholieke Universiteit Leuven, Research Centre for Pharmaceutical Care and Pharmaco-economics, Belgium. [žiūrėta 2017-11-22]. Prieiga per internetą <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.584.2538&rep=rep1&type=pdf>.
72. *Statistika*. [žiūrėta 2017-12-12]. Prieiga per internetą <http://www.vvkt.lt/Statistika>.
73. *Switzerland Pharmacies*. [žiūrėta 2017-12-12]. Prieiga per internetą <http://www.europeanpharmacistsforum.com/switzerland>.
74. Sūdžius, V. (2001). Produkto konkurencingumo vertinimo ir stiprinimo aspektai. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, 19, 137–149.
75. Sūdžius, V. (2011). *Finansinių priemonių ir paslaugų rinkodara: principai ir praktika: vadovėlis*. Vilniaus Gedimino technikos universitetas. Vilnius: Technika, 2011.
76. Šeinauskienė, B., Alijošienė, S. (2011). *Pricing: pateikčių rinkinys: metodinė priemonė*. Kauno technologijos universitetas. Ekonomikos ir vadybos fakultetas. Kaunas: Renesa.
77. Towse A., Pistollato, M., Ferrandiz, J. M., Khan, Z., Kaura S., Garrison, L. (2015). European Union Pharmaceutical Markets: A Case for Differential Pricing? *International Journal of the Economics of Business*, 22(2), doi.org/10.1080/13571516.2015.1045747.

78. Triki, Ch. Ir Violi, A. (2007). Dynamic pricing of electricity in retail markets. *A Quarterly Journal of Operations Research*.

79. Uspaskich, V., Navickas, V., Snieška, V. (2012). Prekybos tinklo strategijos ir jų įgyvendinimo praktikoje metodai. 2012. *Tiltai, priedas, 10*. Transformacijos Rytų ir centrinėje Europoje. [žiūrėta 2017-12-12]. Prieiga per internetą <http://etalpykla.lituanistikadb.lt/fedora/get/LT-LDB-0001:J.04~2002~1367186255128/DS.002.0.01.ARTIC>.

80. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. (2011). [žiūrėta 2017-11-11]. Prieiga per <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20111220696/T/D20110696L.pdf>.

81. Varian, H. R. ir MacKie-Mason, J. (1994). Generalized Vickrey Auctions, Technical report. *University of Michigan, Ann Arbor, MI*.

82. Vogler, S., Zimmermann, N., Habl, C., Piessnegger, J., Bucsics, A. (2012). Discounts and rebates granted to public payers for medicines in European countries. *South Med Rev. 5(1)*, 38–46. [žiūrėta 2017-12-12]. Prieiga per internetą <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3471187/>.

83. Vogler, S., Lepuschütz, L., Schneider, P., Stühlinger, V. (2015). Study on enhanced cross-country coordination in the area of pharmaceutical product pricing Final Report. [žiūrėta 2017-11-02]. Prieiga per internetą https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/pharmaproductpricing_fre_en.pdf.

84. What's the difference between brand-name and generic prescription drugs?.(2017). *Scientific American*.

85. Winegarden, W. (2015). The Pharmaceutical Pricing Process Over Time: Balancing the Competing Needs of Rewarding Innovation and Promoting Competition. *American Journal of Medical Research 2(2)*, 59–79.

86. Weinberg, C.B., McDougall, G.H.G. (1991). *Canadian marketing: cases and exercises*. Toronto: McGraw-Hill Ryerson Ltd.

87. WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies. (2015). [žiūrėta 2017-12-11]. Prieiga per internetą <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21016en/s21016en.pdf>.

88. Worsam, M., Wright, D.B. (1995). *Marketing in management*. London: Pitman Publishing.

89. Wouters, O. J., Kanavos, P. G. (2017). A comparison of generic drug prices in seven European countries: a methodological analysis. *BMC Health Serv Res., 17*, 242. doi:10.1186/s12913-017-2184-5.

90. Vaistų suvartojimo 2016 m. ataskaita. *Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba*. [žiūrėta 2017-11-12]. Prieiga per internetą <http://www.vvkt.lt/>.
91. Zaprutko, T., Kopciuch, D., Kus, K., Merks, P., Nowicka, M., Augustyniak, I., Nowakowska, E. (2017). Affordability of medicines in the European Union. *PLoS One*, 12(2). doi:10.1371/journal.pone.0172753.
92. Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 2017-08-28. (2017). [žiūrėta 2017-11-10]. Prieiga per <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2017/08/zalacznik-do-obwieszczenia-1.pdf>.
93. 2016 m. PSDF biudžeto išlaidų ir pacientų priemokų kompensuojamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms analizė. *Valstybinė ligonių kasa*. [žiūrėta 2017-11-22]. Prieiga per <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/kompensuojamieji-vaistai/Statistika>.

PRIEDAI

1 PRIEDAS

22 LABIAUSIAI VARTOJAMI KOMPENSUOJAMIEJI VAISTAI PAGAL VAISTO BENDRINĮ
PAVADINIMĄ

Nr.	ATC kodas	Pavadinimas	DDD/1000 kietųjų grytųjų per dieną	Kielis	Deliaruota laisa, EUR	Mažesnis laisa, EUR	PVM	Bazinė laisa, EUR	Priemola 100%, EUR	Priemola 90%, EUR	Priemola 80%, EUR	Priemola 50%, EUR	Deliaruota: laisos skirtumas tarp LT ir PL	Mažesnis: laisos skirtumas tarp LT ir PL	Paciento priemola: skirtumas tarp LT ir PL	Deliaruota laisa, EUR2	Didesnis laisa, EUR	Mažesnis laisa, EUR3	Bazinė laisa, EUR4	Priemolos dydis	Paciento priemola, EUR
1	C07AB12	Nebivololis (DDD 5 mg)	39,1	28	2,27	3,2	5%	2,36	0,84	1,08	1,31	2,02	15%	17%	12%	2,02	2,12	2,74	2,32	Fiksuota	1,17
2	C09AA04	Perindoprilis (DDD 4 mg)	29,074	30	3,05	4,12	5%	1,72	2,4	2,57	2,74	3,26	118%	63%	112%	1,4	1,48	1,87	1,33		1,29
3	C09AA05	Ramiprilis (DDD 2,5 mg)	28,272	30	1,15	1,68	5%	0,61	1,07	1,13	1,19	1,38	32%	29%	57%	0,87	0,91	1,3	1,3		0,76
4	C10AA05	Atorvastatinas (DDD 10 mg)	23,925	30	1,4	2,04	5%	0,87	1,17	1,26	1,34	1,61	92%	91%	244%	0,73	0,76	1,07	0,97	30%	0,39
5	C09BA04	Perindoprilis+Indapamidas (DDD 1 tablete)	23,471	30	5,61	7,26	5%	2,59	4,67	4,93	5,19	5,97	118%	135%	106%	2,57	2,7	3,09	1,33	Fiksuota	2,52
6	C07AB02	Metoprololis (DDD 0,15 g)	21,108	30	2,22	3,15	5%	1,8	1,53	1,53	1,71	2,25	47%	53%	48%	1,51	1,58	2,06	1,66	Fiksuota	1,13
7	M01AB05	Diklofenakas (DDD 0,1 g)	20,642	20	0,92	1,34	5%	0,94	0,4	0,49	0,59	0,87	-52%	-43%	-63%	1,21	1,27	1,92	1,92	50%	0,96
8	A02BC01	Omeprazolas (DDD 20 mg)	20,447	28	1,92	2,79	5%	2,79	0	0,28	0,56	1,4	34%	34%	-86%	1,43	1,5	2,08	1,93	50%	1,04
9	C09CA03	Valsartanas (DDD 80 mg)	19,71	28	2,28	3,21	5%	2,04	1,17	1,37	1,58	2,19	30%	20%	99%	1,73	1,84	2,67	2,67	30%	0,8
10	C02AC05	Molsocidinas (DDD 0,5 mg)	18,824	30	4	5,4	5%	3,25	2,15	2,48	2,8	3,78									
11	N05BA06	Lorazepamas (DDD 2,5 mg)	18,687	30	1,85	2,7	5%	1,89	0,81	1	1,19	1,76		-121%							
12	A10BA02	Metforminas (DDD 2 g)	18,03	120	5,5	7,13	5%	4,13	3	3,41	3,83	5,07	5%	3%	154%	3,23	3,5	6,92	6,92	Fiksuota	1,51
13	C01EB15	Trimetazidas (DDD 40 mg)	16,381	60	4,52	6,01	5%	3,97	2,04	2,44	2,83	4,03		40%							
14	H03AA01	Levotiroksino natrio druska (DDD 0,15 mg)	16,098	100	2,49	3,43	5%	2,3	1,13	1,36	1,59	2,28	-2%	-3%	-6%	2,54	2,67	3,54	3,53	Fiksuota	1,69
15	M01AE01	Ibuprofenas (DDD 1,2 g)	14,252	30	1,38	2,02	5%	1,22	0,8	0,92	1,04	1,41		-37%							
16	C09BB04	Perindoprilis+Amlodipinas (DDD 1 tablete)	13,925	30	4,97	6,53	5%	1,75	4,78	4,96	5,13	5,66	110%	128%	123%	2,36	2,48	2,87	1,33	Fiksuota	2,3
17	C09CA13	Levazodipinas (DDD 10 mg)	13,924	28	1,73	2,53	5%	1,77	0,76	0,94	1,11	1,65		-3%							
18	C09AA15	Zofenoprilis (DDD 30 mg)	10,938	28	3,61	4,88	5%	4,88	0	0,49	0,98	2,44		-2%							
19	C09AA01	Kaptoprilis (DDD 50 mg)	10,879	20	1,25	1,83	5%	1,48	0,55	0,5	0,65	1,09		17%							
20	A02BA02	Ramolisinas (DDD 0,5 g)	10,875	30	3,07	4,15	5%	2,51	1,84	2,07	2,3	3		-37%							
21	A10BB09	Gliklazidas (DDD 60 mg)	10,596	60	5,5	7,13	5%	4,16	2,97	3,39	3,8	5,05	61%	72%	29%	3,41	3,58	4,14	1,95	Fiksuota	2,93
22	C03CA04	Torzemidas (DDD 15 mg)	10,544	30	7	8,75	5%	6,42	2,33	2,97	3,61	5,54		101%							
23	B01AA03	Varfarinas (DDD 7,5 mg)	10,209	100	3,4	4,59	5%	3,2	1,39	1,71	2,03	2,99	-62%	-46%	-122%	3,52	3,79	6,72	3,89	Fiksuota	4,51

Gerbiamas Respondente,

Kauno technologijos universiteto studentas Tadas Žimkus atlieka tyrimą tema „**Vaistų kainas lemiančių veiksnių Lietuvoje vertinimas**“. Jūsų atsakymai padės išsiaiškinti svarbiausius veiksnius, lemiančius vaistų kainas Lietuvoje. Anketa anoniminė, domina tik apibendrinti rezultatai.

Anketą pildyti visai nesunku: reikia kryželiu (☒) pažymėti tinkamo Jums atsakymo variantą. Maloniai prašytume užpildytą anketą atsiųsti el. paštu: tadas.zimkus@ktu.edu. Iš anksto dėkoju už skirtą laiką.

BENDRA INFORMACIJA APIE EKSPERTĄ:

Jūs atstovaujate:

1. Sveikatos apsaugą
2. Farmacijos sektorių
3. Kita _____

Jūsų patirtis gilinantis / dirbant sveikatos apsaugos / farmacijos srityje _____ metai.

Įvertinkite veiksnius pagal svarbumą (1 - neturi įtakos, 2 - mažai įtakojantis, 3 - nei įtakoja/nei neįtakoja, 4 - svarbus, 5 - labai svarbus).

Ekonominiai veiksniai	1	2	3	4	5
Rinkos dydis					
BVP					
Vietos gamintojai					
PVM					
Didmeninės vaistų prekybos konkurencija					
Vaistinių tinklų konkurencija					
Perkamoji galia					
Kita (įrašykite)					
Politiniai veiksniai					
Generinių vaistų kainos nustatymo politika					
Vaistų kompensavimo politika					
Vaistų kainų palyginimo politika (referavimas)					
Kompensuojamųjų vaistų nustatymo politika					
Kita (įrašykite)					
Teisiniai veiksniai					
Lygiagretaus importo reguliavimas					
Specialus išsilavinimas (farmacijos) vaistinės savininkams					
Didmeninis vaistų platinimo licencijavimas					
Kompensuojamųjų vaistų kainų reguliavimas					
Nekompensuojamųjų receptinių vaistų kainų reguliavimas					
Kita (įrašykite)					

Dėkojame už pagalbą, atliekant tyrimą!

SKAIČIAVIMŲ SU SPSS 22-ĄJA VERSIJA REZULTATAI

Patirtis * Sveikatos_apsauga_Farmacija Crosstabulation

		Sveikatos_apsauga_Farmacija		Total
		1,00	2,00	
Patirtis	2,00	3	0	3
	4,00	1	0	1
	5,00	1	0	1
	9,00	1	0	1
	11,00	1	0	1
	13,00	1	0	1
	16,00	1	0	1
	20,00	1	1	2
	22,00	0	1	1
	24,00	0	1	1
	32,00	1	0	1
	Total		11	3

Descriptive Statistics

	N	Minimum Statistic	Maximum Statistic	Mean		Std. Deviation Statistic
				Statistic	Std. Error	
Specialus_vaistines_savininko_issilavinimas	14	1,00	5,00	2,3571	,34141	1,27745
Vietos_gamintojai	14	1,00	5,00	2,6429	,35714	1,33631
Didmeninis_vaistu_platinimo_licencijavimas	14	1,00	4,00	2,6429	,30755	1,15073
BVP	14	2,00	5,00	3,2857	,24424	,91387
Vaistu_prekybos_konkurencija	14	2,00	5,00	3,5000	,31009	1,16024
Vaistiniu_tinklu_konkurencija	14	2,00	5,00	3,6429	,24823	,92878
Perkamoji_galia	14	2,00	5,00	3,6429	,24823	,92878
PVM	14	2,00	5,00	3,7143	,22060	,82542
Kompensuojamuju_vaistu_politika	14	,00	5,00	3,7143	,41176	1,54066
Lygiagretaus_importo_reguliavimas	14	2,00	5,00	3,8571	,23103	,86444
Nekompensuojamuju_vaistu_kainu_reguliavimas	14	2,00	5,00	3,9286	,24505	,91687
Rinkos_dydis	14	3,00	5,00	4,2143	,18689	,69929
Vaistu_kainu_palyginimo_politika	14	2,00	5,00	4,2143	,28087	1,05090
Vaistu_kompensavimo_politika	14	3,00	5,00	4,3571	,16926	,63332
Kompensuojamuju_vaistu_kainu_reguliavimas	14	3,00	5,00	4,3571	,19910	,74495
Generiniu_vaistu_politika	14	3,00	5,00	4,4286	,20203	,75593
Valid N (listwise)	14					

Group Statistics

	Sveikatos_ap sauga_Farma cija	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Rinkos_dydis	1,00	11	4,3636	,50452	,15212
	2,00	3	3,6667	1,15470	,66667
BVP	1,00	11	3,2727	1,00905	,30424
	2,00	3	3,3333	,57735	,33333
Vietos_gamintojai	1,00	11	2,5455	1,43970	,43408
	2,00	3	3,0000	1,00000	,57735
PVM	1,00	11	4,0000	,63246	,19069
	2,00	3	2,6667	,57735	,33333
Vaistu_prekybos_konkurencija	1,00	11	3,5455	1,12815	,34015
	2,00	3	3,3333	1,52753	,88192
Vaistiniu_tinklu_konkurencija	1,00	11	3,6364	,80904	,24393
	2,00	3	3,6667	1,52753	,88192
Perkamoji_galia	1,00	11	3,4545	,93420	,28167
	2,00	3	4,3333	,57735	,33333
Generiniu_vaistu_politika	1,00	11	4,2727	,78625	,23706
	2,00	3	5,0000	,00000	,00000
Vaistu_kompensavimo_politika	1,00	11	4,2727	,64667	,19498
	2,00	3	4,6667	,57735	,33333
Vaistu_kainu_palyginimo_politika	1,00	11	4,0000	1,09545	,33029
	2,00	3	5,0000	,00000	,00000
Kompensuojamuju_vaistu_politika	1,00	11	3,7273	1,61808	,48787
	2,00	3	3,6667	1,52753	,88192
Lygiagretaus_importo_reguliavimas	1,00	11	3,8182	,98165	,29598
	2,00	3	4,0000	,00000	,00000
Specialus_vaistines_savininko_issilavinimas	1,00	11	2,5455	1,29334	,38996
	2,00	3	1,6667	1,15470	,66667
Didmeninis_vaistu_platinimo_licencijavimas	1,00	11	2,9091	1,04447	,31492
	2,00	3	1,6667	1,15470	,66667
Kompensuojamuju_vaistu_kainu_reguliavimas	1,00	11	4,3636	,67420	,20328
	2,00	3	4,3333	1,15470	,66667
Nekompensuojamujuu_vaistu_kainu_reguliavimas	1,00	11	3,9091	,94388	,28459
	2,00	3	4,0000	1,00000	,57735

Chi kvadrato (χ^2) apskaičiavimas su SPSS 22-ąja versija

Chi-Square Tests Rinkos dydis

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,248 ^a	2	,010
Likelihood Ratio	9,544	2	,008
Linear-by-Linear Association	2,342	1	,126
N of Valid Cases	14		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

Chi-Square Tests BVP

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,121 ^a	3	,548
Likelihood Ratio	2,814	3	,421
Linear-by-Linear Association	,010	1	,919
N of Valid Cases	14		

a. 8 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

Chi-Square Tests Vietos gamintojai

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,794 ^a	4	,309
Likelihood Ratio	5,046	4	,283
Linear-by-Linear Association	,273	1	,602
N of Valid Cases	14		

a. 10 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

Chi-Square Tests PVM

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,061 ^a	3	,045
Likelihood Ratio	9,003	3	,029
Linear-by-Linear Association	6,151	1	,013
N of Valid Cases	14		

a. 7 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

Chi-Square Tests Vaistų prekybos konkurencija

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,616 ^a	3	,455
Likelihood Ratio	3,458	3	,326
Linear-by-Linear Association	,079	1	,779
N of Valid Cases	14		

a. 8 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

Chi-Square Tests Vaistinių tinklų konkurencija

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,970 ^a	3	,396
Likelihood Ratio	3,261	3	,353
Linear-by-Linear Association	,003	1	,960
N of Valid Cases	14		

a. 7 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

Chi-Square Tests Perkamoji galia

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,497 ^a	2	,106
Likelihood Ratio	4,540	2	,103
Linear-by-Linear Association	2,110	1	,146
N of Valid Cases	14		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

Chi-Square Tests Generinių vaistų politika

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,864 ^a	2	,239
Likelihood Ratio	3,963	2	,138
Linear-by-Linear Association	2,182	1	,140
N of Valid Cases	14		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

Chi-Square Tests Vaistų kompensavimo politika

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	,990 ^a	2	,610
Likelihood Ratio	1,168	2	,558
Linear-by-Linear Association	,912	1	,340
N of Valid Cases	14		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

Chi-Square Tests Vaistų kainų palyginimo politika

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,864 ^a	3	,413
Likelihood Ratio	3,963	3	,265
Linear-by-Linear Association	2,134	1	,144
N of Valid Cases	14		

a. 7 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

Chi-Square Tests Kompensuojamųjų vaistų politika

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,121 ^a	4	,713
Likelihood Ratio	2,550	4	,636
Linear-by-Linear Association	,004	1	,952
N of Valid Cases	14		

a. 10 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

Chi-Square Tests Lygiagretaus importo reguliavimas

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,818 ^a	3	,282
Likelihood Ratio	4,988	3	,173
Linear-by-Linear Association	,104	1	,747
N of Valid Cases	14		

a. 7 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

Chi-Square Tests Specialus vaistinės savininko išsilavinimas

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,121 ^a	4	,713
Likelihood Ratio	2,814	4	,589
Linear-by-Linear Association	1,115	1	,291
N of Valid Cases	14		

a. 10 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

Chi-Square Tests Didmeninis vaistų platinimo licencijavimas

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,970 ^a	2	,227
Likelihood Ratio	3,261	2	,196
Linear-by-Linear Association	2,748	1	,097
N of Valid Cases	14		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,64.

Chi-Square Tests Kompensuojamųjų vaistų kainų reguliavimas

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,545 ^a	2	,280
Likelihood Ratio	3,400	2	,183
Linear-by-Linear Association	,004	1	,950
N of Valid Cases	14		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

Chi-Square Tests Nekompensuojamųjų vaistų kainų reguliavimas

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	,636 ^a	3	,888
Likelihood Ratio	,824	3	,844
Linear-by-Linear Association	,023	1	,879
N of Valid Cases	14		

a. 8 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.