

Ravimipoliitika alused

Sotsiaalministeerium, 2013

Sisukord

1. Sissejuhatus	3
1.1 Ravimipoliitika eesmärk	3
1.2 Ravimipoliitika dokumendi seos riiklike arengukavade ja teiste <i>Strateegiadokumentidega</i>	3
1.3 Ravimipoliitika dokumendi seos poliitikakujundamise protseduuriga	5
2. Ülevaade olukorrast, probleemkohad, indikaatorid ja tegevused	6
2.1 Ravimite ohutus, tõhusus ja kvaliteet	6
2.2 Ravimite turustamine	8
2.3 Ravimite hinnakujundus ja hüvitamine	14
2.4 Ratsionaalne ravimikasutus	19
3. Ravimipoliitika dokumendi koostamise protsess ja kaasatud osapooled	22

1. Sissejuhatus

1.1 Ravimipoliitika eesmärk

Tervis on üks inimese põhiõigustest. Igaühel on õigus tervise kaitsele vastavalt põhiseaduse §-le 28. Tervis on oluline hüve, sellest sõltub teiste õiguste ja vabaduste kasutamine ning lõppkokkuvõttes inimväärne elu. Ravimipoliitika on osa tervishoiupoliitikast ning see omakorda osa laiemast tervisepoliitikast, mida viiakse ellu rahvastiku tervise parandamise eesmärgil.

Ravimite kättesaadavus puudutab suurt osa ühiskonnast ning tasapisi vananev ühiskond tõstab selle osatähtsust veelgi. Tõhusad, ohutud, kvaliteetsed ja mõistlikult kasutatud ravimid aitavad lihtsalt lahendada paljusid terviseprobleeme, parandades elukvaliteeti, vältides või vähendades töövõimetust, vähendades haigustest tingitud suremust ning säästes haiglaraviga seotud kulutusi. Samas ei ole ravimid mitte alati kättesaadavad – seda kas geograafilistel või rahalistel põhjustel.

Põhiseaduse kommenteeritud väljaanne märgib, et rahvatervise kaitse kohustus nõuab riigilt, et riik tagaks ravimite kättesaadavuse; muuhulgas peavad ravimid olema järjepidevalt kättesaadavad, kindla kvaliteedi ja taskukohase hinnaga. Sellest tulenevalt on ravimipoliitika üldeesmärgiks **ohutute, tõhusate ja kvaliteetsete ravimite kättesaadavuse tagamine** ning alaeesmärgid võib, tulenevalt sektori kitsamatest valdkondadest, esitada järgmiselt:

- **tagada ravimite ohutus, tõhusus ja kvaliteet;**
- **tagada hea ravimivalik;**
- **tagada ravimite piisav rahaline kättesaadavus;**
- **tagada ravimite ratsionaalne kasutamine.**

Käesolevas ravimipoliitika dokumendis on selgitatud antud dokumendi sidusust muude tervisevaldkonna strateegiadokumentidega, kirjeldatud, kuidas ravimisektor täna toimib, milliseid probleemkohti on selles esile tõstetud, milliste indikaatorite abil võib ravimipoliitika eesmärkide täitmist hinnata ning millised on võimalikud tegevused poliitika eesmärkide täitmiseks ja sektori toimimise parandamiseks.

1.2 Ravimipoliitika dokumendi seosed riiklike arengukavade ja teiste strateegiadokumentidega

Käesolev ravimipoliitika dokument on taustamaterjaliks ja sisendiks riikliku arengukava „**Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020**“ ning selle rakendusplaani kaasajastamiseks vastavalt uue teabe laekumisele, uute tegevussuundade kokkuleppimisele ja vastuvõetud otsustele ravimite valdkonnas. Kuna käesolevalt sisaldab nii rahvastiku tervise arengukava kui ka mõned teised strateegiadokumendid juba ravimitega seonduvat, anname järgnevalt nende kohta lühida ülevaate.

Rahvastiku tervise arengukava kohaselt on tervisepoliitika strateegiliseks üldeesmärgiks rahvastiku tervise paranemine - eeldatava eluea ja tervena elatud eluea pikenemine. Strateegilise üldeesmärgi saavutamist toetavad viis seatud alaeesmärki: 1) sotsiaalse

sidususe ja võrdsete võimaluste tagamine tervises; 2) laste ja noorte turvalise arengu tagamine; 3) tervisliku elu-, töö- ja õpikeskkonna tagamine; 4) tervislike eluviiside edendamine; 5) tervishoiusüsteemi arendamine kvaliteetsete tervishoiuteenuste kindlustamiseks kõigile abivajajatele. Nimetatud alaeesmärkide kaupa on esitatud valdkonna kirjeldus, valdkonna peamised probleemid ja seatud prioriteedid, alaeesmärgi saavutamise indikaatorid ning meetmed selle saavutamiseks. Arengukavas esitatud meetmed kajastatakse rakendusplaanis tegevustena, määratletakse tegevuste elluviijad ning planeeritakse tegevusteks ressursid. Arengukavas on fikseeritud ka väärtused, mida võetakse arvesse valdkondade arendamisel, ning need on järgmised: igaühe õigus tervisele ja selle kaitsele, erinevate ühiskonnatasandite ja sektorite ühine vastutus tervise eest, võrdsete võimaluste loomine ja õiglus, sotsiaalne kaasatus, tõenduspõhistest teadmistest lähtumine ning rahvusvaheliste dokumentidega arvestamine.

Rahvastiku tervise arengukava 5. alaeesmärk on seotud tervishoiusüsteemi arenguga. Ravimite osas on valdkonna peamiste probleemidena märgitud patsientide omaosaluse kõrget määra ravimite eest tasumisel, mis ennekõike ohustab krooniliste haigustega madalama sissetulekuga inimesi, ning ravimite ebaühtlast kättesaadavust. Valdkonna prioriteetide seas ravimitega seonduvat siiski mainitud ei ole. Valdkonna alaeesmärgi saavutamine hõlmab muuhulgas järgmist meetet – tagada piisavad ressursid tervishoiusüsteemi toimimiseks, sh motiveeritud ja pädevad töötajad, optimaalne rahastamine ja kaasaegne infrastruktuur ning ohutud, kvaliteetsed ja kättesaadavad ravimid, veretooted ja meditsiiniseadmed. Meetmega seotud täpsemateks tegevusteks on ravimikulutuste hüvitamine ravimite kättesaadavuse tagamiseks, ravimialaste õigusaktide kaasajastamine ja rakendamine ohutute, tõhusate ja kvaliteetsete ravimitega varustatuse tagamiseks ning ravimite ohutuse ja kvaliteedi alase riikliku järelevalve teostamine.

Rahvastiku tervise arengukava järgimise hindamiseks, riiklike meetmete mõju analüüsimiseks ja rahaliste vahendite planeerimiseks järgmise perioodi tarvis on moodustatud arengukava juhtkomitee, kuhu kuuluvad Sotsiaalministeeriumi, Haridus- ja Teadusministeeriumi, Siseministeeriumi, Keskkonnaministeeriumi, Rahandusministeeriumi, Justiitsministeeriumi, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumi, Kultuuriministeeriumi, Põllumajandusministeeriumi, Kaitseministeeriumi, Eesti Haigekassa, Tartu Ülikooli, Eesti Linnade Liidu, Eesti Maaomavalitsuste Liidu, Õiguskantsleri Kantselei ja Peaministri Büroo esindajad.

Ravimite kättesaadavuse tagamise põhimõtteid on kirjeldatud ka järgmistes strategiadokumentides: **riiklik HIVi ja AIDSi strateegia** aastateks 2006–2015, **narkomaania ennetamise riiklik strateegia** aastani 2012 ja **riiklik tuberkuloositõrje strateegia** aastani 2012 (strateegiatega tegevused on alates 2013. aastast integreeritud Rahvastiku tervise arengukava 4. alaeesmärgi alla) ning **Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm**. Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammis aastateks 2011-2015 on välja toodud järgmine ravimisektorit puudutav eesmärk - ravimid on odavamad ja paremini kättesaadavad, ning tegevused eesmärgi täitmiseks: 1) arendada koostööd nii EL kui ka muude riikidega, et tagada suurem ravimite valik Eestis; 2) tugevdada riigi võimet pidada läbirääkimisi ravimite hinna kujundamisel ja järelevalve teostamisel; 3) kaasajastada ravimipoliitika, sh analüüsida kehtivaid piiranguid ravimite kättesaadavuse parandamiseks ja omaosaluse vähendamiseks,

kaaluda apteegibussi teenuse sisseadmist ning seadustada käsimüügi- ja retseptiravimite ostmise võimalus traditsioonilise apteegi osana toimiva e-apteegi kaudu.

Üldapteegi teenust on käsitletud „**Esmatasandi tervishoiu arengukavas aastateks 2009-2015**“. Esmatasandi tervishoid on iga inimese terviseprobleeme lahendav töö-, kooli- ja elukohajärgselt kättesaadav esmavajalike ambulatoorsete teenuste kogum. Üldapteegi teenus kuulub esmatasandi tervishoiu teenuste alla. Olulisemate probleemide kohta on efektiivsuse (ühiskonna ressursside ratsionaalse kasutamise) osas välja toodud, et apteegiteenus ei ole integreeritud tervishoiusüsteemi.

Muud riiklikud arengukavad ja teised strateegiadokumendid ravimitega seonduvat ei hõlma.

1.3 Ravimipoliitika dokumendi seos poliitikakujundamise protseduuriga

Käesolev ravimipoliitika dokument ei ole esimene sellesisuline töö – aastatel 2001-2002 koostati mitmete osapoolte koostöös „**Eesti ravimipoliitika alused aastani 2010**“. Sel ajal ei olnud Eesti liitunud EL-ga, st EL õigusaktid Eestis ei kehtinud; samuti puudusid praeguseks väljakujunenud ravimite hinnastamise ja hüvitamise regulatsioonid. Seega loodi esimene poliitikadokument ajal, mil suur osa tänaseid ravimisektori regulatsioone veel puudus.

Viidatud poliitikadokumendis toodi esimest korda välja ravimipoliitika põhieesmärgid: 1) tagada põhiravimite kättesaadavus; 2) tagada ravimite kvaliteet, ohutus ja tõhusus; 3) tagada ravimite mõistlik kasutamine. Põhieesmärkide täitmise meetmetena esitati hulk põhimõtteid, millest juhindudes asuti koostama või täiendama sel ajal kehtinud õigusakte, näiteks:

- apteegis peab olema tagatud kõikide Eestis müügiluba omavate ravimite kättesaadavus ning patsiendi vajadustest lähtuv erialane nõuanne;
- hulgemüügisüsteem peab tagama kõikide Eestis müügiluba omavate ravimite kättesaadavuse apteegile;
- retseptiravimite kättesaadavuse tagamisel kasutatakse hindade piiramist hinnakokkulepete sõlmimise ja piirhindade kehtestamise teel;
- uute ravimite hinna kompenseerimisel peetakse silmas ravimi lisaväärtuse ja lisakulu suhet;
- ravimi tõhususe ja ohutuse alane teave peab põhinema teadusuuringutel; ravimite kvaliteedi, ohutuse ja tõhususe esmane hindamine toimub ravimi müügiloo andmise teel;
- ravimi müügiloo puudumine Eestis ei tohi olla takistuseks selle kasutamisele meditsiinilise vajaduse korral arstliku otsuse alusel; jne.

Tänaseks on ravimisektor küllaltki üksikasjalikult reguleeritud, sh on ravimite kvaliteedi, ohutuse ja efektiivsuse tagamine seotud EL ühtsete õigusaktidega. Sellises väljakujunenud toimivas süsteemis kohandatakse ja kaasajastatakse regulatsioone eelkõige **poliitikakujundamise protseduuri** põhimõtete järgi (Sotsiaalministeeriumis kinnitatud kantseri käskkirjaga). Protss algab probleemi või muudatuse vajaduse kirjeldamisega, seejärel koostatakse loend võimalikest alternatiivsetest lahendusteedest, analüüsitakse koostöös asjakohaste osapooltega detailsemalt alternatiivseid lahendusteid, sh kaasuvaid kulutusi, ning valitakse välja otstarbekaim lahendus. Seejärel koostatakse õigusakti

eelnõu probleemkoha lahendamiseks, kui selleks on vajalik õigusakti muutmine, või/ja tegevuskava toimingute muutmiseks.

Käesolev ravimipoliitika dokument ei asenda poliitikakujundamise protseduuri, aga annab viiteid selle algamiseks ning lihtsustab läbiviimist.

2. Ülevaade olukorrast, probleemkohad, indikaatorid ja tegevused

Ravimisektori võib jagada järgmisteks kitsamateks valdkondadeks, tulenevalt erinevast problemaatikast ja seotud osapooltest:

- ravimite ohutuse, tõhususe ja kvaliteedi tagamine;
- ravimite turustamine;
- ravimite hinnakujundus ja hüvitamine;
- ravimite kasutamine.

Allpool on esitatud ülevaade nimetatud valdkondade tänasest toimimisest ning toodud välja probleemkohad, millele on viimastel aastatel läbiviidud ravimivaldkonda käsitlevates uurimustes tähelepanu juhitud ja millele on osutanud vastavad osapooled ise. Samuti on määratletud indikaatorid poliitika eesmärkide täitmise hindamiseks, indikaatorite baas- ja lähema 3 aasta perspektiivne sihttase ning esitatud valik võimalikest tegevustest (va kehtiva regulatsiooni täitmisega seotud ja järelevalvetegevused) poliitika eesmärkidele vastamiseks ja valdkonna toimimise parendamiseks.

2.1 Ravimite ohutus, tõhusus ja kvaliteet

2.1.1 Ülevaade olukorrast

Ravimite ohutuse, tõhususe ja kvaliteedi tagamine annab ravimitarbijatele kindluse, et ravimid toimivad ettenähtud kasutuselal tõhusalt, need on piisavalt ohutud (saadav tervisekasu kaalub üles võimalikud ohud tervisele) ja kvaliteetsed. Selle tagamiseks võivad ravimeid käidelda ainult vastava tegevusloa saanud ettevõtted (ravimite tootmiseks, hulgimüügiks või apteegiteenuse osutamiseks) ning käitlemise nõudeid ja standardeid kaasajastatakse järjepidevalt. Seega osalevad ravimite ohutuse, tõhususe ja kvaliteedi tagamisel ravimite tootjad, hulgimüüjad ja apteegiteenuse osutajad; vastavaid tegevuslubasid väljastab ning tegevuse nõuetele vastavuse üle valvab järele Raviamet.

Ravimi turuletoomiseks tuleb ravimitootjal või tema esindajal taotleda ravimile müügiluba. Müügiloa taotluse esitamisel võib ravimitootja valida järgmiste menetlusprotseduuride vahel, olenevalt ravimist ja selle turuletoomise kavatsusest: tsentraliseeritud müügiloprotseduur (taotlus esitatakse Euroopa Raviametile, taotluse menetlusaeg on kuni 210 päeva), detsentraliseeritud müügiloprotseduur (taotlus esitatakse kas ühte või mitmesse EL liikmesriiki korraga, taotluse menetlusaeg on kuni 210 päeva) või vastastikuse tunnustamise müügiloprotseduur (taotleja on ravimile ühes EL liikmesriigis müügiloa juba saanud ning taotleb selle tunnustamist Eestis, taotluse menetlusaeg on kuni 90 päeva). Teise müügiloa väljaandmise tähtaeg paralleelimporditava ravimi jaoks on 30 päeva. Müügiloa taotluse protseduuri, va tsentraliseeritud müügiloprotseduuri korral, kaasatakse

siseriiklik nõustav komisjon, mille koosseisu kuuluvad arstiteaduse või farmaatsia erialal akadeemilise kraadiga liikmed.

Müügiloa taotlemisel peab ravimitootja esitama Ravimiametile tõendid, et ravim on kvaliteetne, toimib ja on piisavalt ohutu. Ravimi kvaliteedi hindamise aluseks on selle tootmisprotsessi üksikasjalik kirjeldus, andmed ravimi omaduste kohta ning laboratoorsed analüüsid. Ravimi ohutus peab olema tõestatud loomkatsete ja inimuuringute abil. Ravimi toimivuse üle otsustatakse ravimiga läbiviidud kliiniliste ehk inimuuringute alusel. Müügiloa taotluse hindamise käigus valmistatakse ette ka eestikeelne tervishoiutöötajatele ja apteekritele suunatud ravimi omaduste kokkuvõte, patsientidele suunatud pakendi infoleht ja pakendi märgistuse kavand. Müügiloa taotluse hindamisprotsessi edukal lõppemisel antakse ravimile müügiluba ja ravim kantakse ravimiregistrisse.

Ravimiregistrit peetakse arvestuse pidamiseks Eestis kehtiva müügiloaga ravimite üle ning nendega seotud informatsiooni kättesaadavuse tagamiseks. Ravimiregister sisaldab kõiki Ravimiameti ja Euroopa Komisjoni väljastatud müügiloaga ravimeid, sh veterinaarravimeid, taimseid ravimeid ja homöopaatilisi preparaate. Ravimiregistrist on leitavad ka Ravimiameti poolt heakskiidetud ravimiinfod - ravimi omaduste kokkuvõte ja pakendi infoleht. Ravimiinfo on ajas muutuv (näiteks lisatakse uusi näidustusi, hoiatusi ja kõrvaltoimeid), seega annab ravimiregister ravimi omaduste kohta ajakohase informatsiooni.

Igapäevaselt kasutavad ravimit väga erinevad patsiendid, kelle tundlikkus ravimi suhtes võib olla erinev (eakad, lapsed, rasedad jne), patsientidel võib olla mitmeid haigusi ning nad tarvitavad mitmeid ravimeid või saavad samaaegselt ravimi tarvitamisega muud ravi. See kõik võib mõjutada ravimi toimivust ja ohutust. Seega on ravimi kasutamise ajal oluline koguda süstemaatiliselt andmeid ravimi kõrvaltoimete kohta ja neid hinnata. Andmeid kõrvaltoimete kohta (kõrvaltoimeteatisi) koguvad Ravimiamet ja müügiloa hoidja, kes hindavad regulaarselt üle ravimist saadava kasu-riski suhte ja kaaluvad riski vähendamise võimalusi. Hindamise tulemusena täiendatakse vajadusel ravimiinfot - ravimi omaduste kokkuvõtet ja pakendi infolehte. Kui ravimi kasutamist ei saa enam pidada piisavalt ohutuks, peatatakse või lõpetatakse ravimi müügiluba. Ravimite kõrvaltoimeteatisi edastatakse Ravimitootjate Liidu andmetel Eestis 2...3 korda vähem võrreldes EL liikmesriikide keskmisega – ligikaudu 100 teatist miljoni elaniku kohta aastas.

2.1.2 Probleemkohad

Ravimite ohutuse, tõhususe ja kvaliteedi tagamise aspekte ei ole vaadeldud üheski Eesti ravimisektorit käsitletud uurimuses.

Osapooled on toonud välja järgmist, mis puudutab ravimite ohutust, tõhusust ja kvaliteeti:

- Patsientide teadlikkus ravimitest on madal, sh ei olda teadlikud ravimite oodatavast tõhususest („kodus on kapp ravimeid täis, aga ükski ei paranda tervist“).
- Ravimite ohutust ei jälgita piisavalt, kõrvaltoimetest teatatakse liiga vähe.
- Ravimite koostoimete hindamine ja koostoimetest tulenevate ravivigade vältimine on raskendatud, kuna koostoimete andmebaas ei ole kõigile arstidele ja apteekritele kättesaadav, apteekritel puudub juurdepääs infole kõigi patsiendile väljakirjutatud ja väljastatud ravimite kohta ning teabe vahetamiseks arsti ja apteekri vahel puudub hea töövahend (ühiselt kasutatav infosüsteem).

- Üldine teadlikkus ravimitega seotud keskkonnamõjudest on madal, liiga vähe ravimeid viiakse tagasi apteekidesse nende õigeks hävitamiseks.

2.1.3 Indikaatorid

	Baastase	Sihttase (2018)
Ravimite kõrvaltoimeteatiste arv miljoni elaniku kohta Allikas: Ravimiamet	100	200

2.1.4 Tegevused

- Selgitada patsientidele enam ravimite oodatavat ja saavutatud toimet, ravi tulemuslikkuse näitajaid täpsemini jälgida ja patsiendi raviloos (tervise infosüsteemis) fikseerida.
- Suurendada ravimite ohutuse alast tähelepanelikkust, parandada teadlikkust kõrvaltoimetest teatamise võimaluste kohta, muuta teatise edastamine võimalikult lihtsaks ja mugavaks.
- Võtta ravivigade vältimise abivahendina kasutusele ravimite koostoimete andmebaas.
- Luua apteekritele juurdepääs kõigile teatud ajaperioodi jooksul patsiendile väljakirjutatud ja realiseeritud retseptidele.
- Kaaluda patsiendi teatud terviseseisundit ja ravi puudutavate andmete vahendamise võimaldamist apteekri ja arsti vahel.
- Suurendada elanikkonna teadlikkust ravimijäätmete keskkonnaohtlikkuse ja nende kogumisvõimaluste kohta.

2.2 Ravimite turustamine

2.2.1 Ülevaade olukorrast

Ravimite turustamine tähendab ravimite geograafilise kättesaadavuse tagamist elanikkonnale. Ravimite turustamisel osalevad ravimite müügiloa hoidjad, hulgimüüjad ja apteegiteenuse osutajad.

Ravimi turustamiseks Eestis peab ravimil olema Eestis kehtiv müügiluba. Eestis kehtivad vaid müügiload, mille on välja andnud (Eesti) Ravimiamet või Euroopa Komisjon (Euroopa Ravimiamet), st teiste EL liikmesriikide ravimiametite poolt välja antud müügilubasid automaatselt ei tunnustata ja nn kaupade vaba liikumist EL siseselt ravimite osas ei toimu. Ravimeid, mille kohta kehtib Eestis müügiluba, võib ka paralleelimportida (vedada sisse teistest EL liikmesriikidest), ent seda tingimusel, et sissevedaja taotleb ravimi kohta teisese müügiloa ning viib pakendi märgistuse ja infolehe vastavusse väljaantud müügiloa tingimustega.

Ravimeid, mille kohta Eestis kehtiv müügiluba puudub, võib siiski turustada ühekordse sisseveo- ja turustamisloa alusel, millise loa väljaandmise eelduseks Ravimiameti poolt on konkreetse patsiendi või patsientide grupi meditsiiniline vajadus ravimit saada - st olukorda, kus konkreetseid patsiente ei ole võimalik adekvaatselt ravida Eestis müügiluba omavate ravimite valiku abil, sõltumata selliste ravimite hinnast või hüvitamisest patsientidele.

Müügiloa taotlemine ei ole kohustuslik. Samuti ei kohusta saadud müügiluba müügiloa hoidjat ravimit realselt turustama. Seega sõltub müügilubade taotlemine ja ravimite turustamine müügiloa hoidja majanduslikust huvist oma tooteid müüa. Ka ravimite paralleelimportimine ei ole kohustuslik ning sõltub ravimite sissevedajate – hulgimüüjate – motivatsioonist seda teha. 2012. a lõpul kehtis Eestis 5732 ravimpreparaadi müügiluba (neist 1824 tsentraalselt ehk Euroopa Komisjoni poolt antud). Võrdluseks, Lätis kehtis 2012. a lõpul 6366, Slovakkias 6720, Soomes 7409 ja Rootsis 13 530 ravimpreparaadi müügiluba. Euroopa Komisjoni müügiloa taotlemine on kohustuslik juhtudel, kui tegemist on biotehnoloogiliste protsesside (rekombinantse DNA tehnoloogia, kontrollitud geeniekspressiooni, hübriidoomi ja monoklonaalsete antikehade meetodid) abil toodetud ravimite, uude ravimite, loomade kasvu või produktiivsust soodustavate veterinaarravimite, uute toimeainetega olulisemate haigusseisundite (omandatud immuunpuudulikkuse sündroom, pahaloomuline kasvaja, neurodegeneratiivsed haigused, diabeet, autoimmuunhaigused ja muud immuunhäired, viirushaigused) ravimite ning harvaesinevate haiguste raviks kasutatavate ravimitega. Seega võib öelda, et kui Euroopa Komisjoni poolt antud müügilubade arv on kõigis riikides võrdne ja hõlmab valdavalt innovatiivseid ja kõrgtehnoloogilisi ravimeid, siis siseriiklikud müügiloa on peamiselt geneeriliste ravimite pärusmaa.

Kodumaine ravimitööstus on Eestis vähene. Ravimite tootmise tegevusluba oli 31.12.2012. a seisuga 27 ettevõtetel, millest enam kui pooltel piirdub lubatud tegevuste ring vaid mujal toodetud ravimite ümbermargistamise või droogide käitlemisega. Luba reaalseteks tootmistegevusteks on 8 ettevõtetel, sh näiteks Kevelt, Vitale XD, Vipis, Tallinna Farmaatsiatehas. Samas on Eestis esindatud enamus suuremaid ravimeid tootvaid korporatsioone, tuntud nimede all Abbott, AstraZeneca, Bayer, Berlin-Chemie, Boehringer Ingelheim, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Hoffmann-La Roche, Janssen Pharmaceuticals, KRKA, Lundbeck, Mepha Merck, Novartis, Novo Nordisk, Pfizer, Richter Gedeon, Sandoz, Sanofi, Teva jne. Võrreldes mõnede lähiriikidega tegutseb Eestis siiski väiksem arv müügiloa hoidjaid – 2012. a lõpu seisuga turustas oma ravimeid Eestis 525, Lätis 546 ja Rootsis 783 erinevat müügiloa hoidjat.

Realselt turustati 2012. a lõpu seisuga Eestis 2692 ravimpreparaati 5856-st ravimiregistrisse kantud müügiloaga ravimpreparaadist ehk vähem kui pooli ravimitest, mida oleks võinud turustada. 2012. a jooksul esitati Raviametile 5838 taotlust müügiloata ravimpreparaadi sisseveoks, mille alusel veeti sisse 593 erinevat ravimpreparaati. Vaatamata sellele, et Eestis on mitmetest teistest EL liikmesriikidest keskmiselt kõrgemad ravimihinnad (vt järgmine alapeatükk), paralleelimportitakse Eestisse vaid üksikuid ravimeid.

Järjepidevaks, katkestusteta raviks on vajalik ravimite järjepidev turustamine. Kui palju praktikas tarnehäireid esineb, ei ole hästi teada. Teavet koguneb müügiloa hoidjast tingitud tarnehäirete kohta, millest müügiloa hoidjad ise Raviametit teavitavad (sellised teated avaldatakse ka Raviameti veebilehel); samas jõuab Eesti Ravimihulgimüüjate Liidu andmetel vaid 10% tarnehäirete juhtudest teave Raviametini. Tarnehäireks loetakse olukorda, kus ravimi tavapärane varustamisregulaarsus katkeb ja see võib põhjustada ravimi ebapiisavat kättesaadavust lõpptarbijatele. Tarnehäire esinemisel on lubatud rakendada mitmeid erakorralisi meetmeid, sh näiteks ravimi turustamist selle müügiloa tingimustele mittevastavas pakendis. 2012. a jooksul andis Raviamet selleks loa 36 korral.

Ravimid toimetavad tarbijateni Eestis tegevusloa saanud hulgimüüjad ja apteegiteenuse osutajad (üldapteegid, haiglaapteegid). Ravimite müük ravimitootjalt otse apteegiteenuse osutajale ei ole Eestis lubatud, välja arvatud Eestis toodetud ravimite puhul. Muudest riikidest tarnitavate ravimite sissevedu võib üldjuhul toimuda Eestis tegevusloa saanud hulgimüüja poolt, st teiste EL liikmesriikide ravimiametite poolt välja antud vastavaid tegevuslubasid automaatselt ei tunnustata. Hulgimüügi tegevusloaga ettevõtteid oli Eestis 01.01.2012. a seisuga 55. Siiski ei iseloomusta nimetatud üldarv kuigi hästi konkurentsiolukorda hulgimüügiturul, kuna hulgimüügi tegevusload on piiratud vastavalt sellele, milliseks hulgimüügitgevuseks ettevõtte taotluse on esitanud ja millega tegeleb. Eristatavateks tegevusteks on inimestel kasutatavate ravimite hulgimüük, veterinaarravimite hulgimüük, ravimite sissevedu, narkootiliste ainete käitlemine, psühhotroopsete ainete käitlemine, kliinilise uuringu ravimite käitlemine, ravimite hulgimüük ilma ladustamise õigusega. Näiteks suure turuosaga hulgimüüja Apteekide Koostöö Hulgimüügil puudub ravimite ladustamisõigus, hulgimüüja Magnum Logistics OÜ ei tegele ravimite turustamisega, aga osutab teistele hulgimüüjatele ravimite ladustamis- ja transporditeenuseid jne. Õigused kõigiks ravimite hulgimüügiga seotud tegevusteks on 3 ravimite hulgimüügi ettevõtte, mida võib Eesti väiksust arvestades siiski piisavaks lugeda.

2011. a jooksul müüs humaanravimeid asutustele ja ettevõtetele, kes väljastavad ravimeid otse patsientidele, 29 hulgimüügi ettevõtet. Suurema osa turumahust (üle 90%) hõlmasid 7 suurimat: Tamro Eesti OÜ (30,5%), Magnum Medical OÜ (28,5%), Apteekide Koostöö Hulgimüük OÜ (21,6%), Terviseamet (4,1%), Roche Eesti OÜ (3,1%), Chirurgicus AS (2,8%) ning AS Oriola (2,5%). Teiste hulgimüüjate turuosa oli alla 2%. Loetletud suurematest hulgimüüjatest ei loeta Apteekide Koostöö Hulgimüük OÜ-d tiheda koostöö tõttu AS Magnumiga konkureerivaks ettevõtteks Magnum Medical OÜ-ga (turuosa kokku 50,1%). Kolme suurema hulgimüügi ettevõtte turuosa oli 2011. a kokku 80,6%, seega võib öelda, et ravimite hulgimüügiturg on tugevasti kontsentreerunud.

Hulgimüüja on kohustatud tagama püsiva ja piisava ravimite valiku ning kiire kohaletoomise Eesti piires, samuti tagama üldapteegi tegevusloa omajatele, kellel ei ole selle ravimite hulgimüüja või tootja suhtes täitmata kohustusi, võrdsed müügi- ja maksetingimused ning võrdsel asjaoludel võrdsed tarnetingimused. Hulgimüüja, välja arvatud ainult ühe müügiloo hoidja ravimeid turustav hulgimüüja, peab sama toimeaine ja manustamisviisiga ravimite turustamisel tagama eelisjärjekorras nende ravimite hankimise ja pakkumise, mille kohta on ravikindlustuse seaduse alusel sõlmitud hinnakokkulepe ravimi müügiloo hoidja ja sotsiaalministri vahel.

Inimestel kasutamiseks mõeldud ravimite käive hulgimüügihindades on Eestis viimase 3 aasta jooksul kasvanud, olles 2010. a 194 miljonit eurot, 2011. a 204 miljonit eurot ja 2012. a 222 miljonit eurot.

Eestis on üldarvuna suhteliselt palju apteekide – keskmiselt 1 üldapteek 2800 elaniku kohta. Vastav EL liikmesriikide näitaja on Eesti Apteekide Ühenduse andmetel 1 apteek 4600 elaniku kohta. 2012. a 1. jaanuari seisuga oli Eestis 498 tegevusloa omavat apteeki; neist üldapteekide 469 (neist 301 põhi- ja 168 haruaapteeki), haiglaapteekide 23 ja veterinaarapteekide 5. Nimetatud apteegi tegutsemiskohtade üldnumber ei anna siiski head informatsiooni konkurentsiolukorra kohta apteegiteenuste turul, kuna ühel ettevõtjal võib olla suvaline arv

apteegi tegutsemiskohti. Ühel põhiapteegil võib olla kuni 3 haruapteeki; põhi- ja haruapteegi erinevused seisnevad pinna-, sisseseade ja apteegi juhataja kohustustega seotud nõuete erinevustes. Uute üldapteekide asutamisele kehtivad nn geograafilised ja demograafilised piirangud – uut tegutsemiskohta ei tohi avada linnas, kus on juba rohkem kui üks apteek 3000 elaniku kohta, maapiirkonnas ei tohi uut tegutsemiskohta avada teisele apteegile lähemal kui 1 km. Ka olemasolevate tegutsemiskohtade ümberasumine on piiratud – apteegi tegutsemiskohta tohib muuta vaid 500 m raadiuses; samas on lubatud korduv ümberasumine.

Linnades tegutses 2012. a 342 üldapteeki, maapiirkondades 127 üldapteeki. Apteegi asutamiskiirangute kehtivuse perioodil 2006.-2012. a on linnaapteekide arv vähenenud 28 võrra (7,4% linnaapteekide arvust) ning maa-apteekide arv 29 võrra (18,6% maa-apteekide arvust); samal ajal elas nii 2006. a kui ka 2012. a linnades sama suur osa elanikkonnast – ligikaudu 65% rahvastikust. Maa-apteekide sulgemise põhjustena on välja toodud apteegi juhataja tegevuse lõpetamist ja muude töötajate puudust, arsti vastuvõtu lõppemist ja arstikeskuse ümberkolimist teise piirkonda, apteegiruumide mittevastavust nõuetele, elanike arvu vähenemist ja infrastruktuuri muutust konkreetsetes piirkonnas (nt postkontori ja toidupoe tegevuse lõpetamist), apteegi pankrotistumist koos haruapteekide tegevuse lõpetamisega. Selget seost piirkonna elanike arvu ja apteegi olemasolu vahel ei ole leitud – näiteks on apteek 19 vallas ja 2 linnas, kus elab alla 1000 elaniku, samas puudub apteek 42 vallas, kus on elanikke enam kui 1000 (nt Keila vald 5319 elanikuga). Linnad ja vallad, kus on apteek olemas, tuleb elanike arvuks ühe apteegi kohta 490 (Kihnu vald)...14 376 (Harku vald).

Vastavalt ravimiseaduse § 42 lõikele 1 ei või sama ettevõtte omada üheaegselt hulгимүүgi ja apteegiteenuse osutamise tegevusloha. Lõike 3 kohaselt ei või hulгимүүgiettevõtte osanikuks, aktsionäriks või liikmeks olla apteegi tegevusloha omaja ega tema tüdarettevõtja. Hulгимүүja ja apteegiteenuse osutaja seotus võib olla läbi erinevate tegevuslohad omajate kuulumise samasse ettevõtete kontserni, läbi samade füüsiliste isikute kuulumise mõlema tegevusloha omaja osanike, aktsionäride või liikmete hulka või läbi hulгимүүgiettevõtte kuulumise apteegi tegevusloha omaja osanike, aktsionäride või liikmete hulka.

Eesti ravimiturg on olulises osas vertikaalselt integreerunud (hulгимүүgi- ja apteegiteenuseid osutavad ettevõtted on omandisuhte kaudu seotud) ning apteegid valdavas osas koondunud ühist kaubamärki kandvatesse kettidesse. Suurematest apteegiketidest on Tamro Eesti OÜ-ga seotud apteegikett Apteek 1 (18% apteekidest on seotud OÜ Koduapteek kaudu, lisaks 17% apteekidest turunduslepingu kaudu) ning Magnum Medical OÜ-ga apteegiketid Apotheka (16% apteekidest on seotud Terve Pere Apteek OÜ kaudu, lisaks 19% apteekidest turunduslepingu kaudu). Südameapteegi kaubamärgi alla on koondunud 12% apteekidest (omanikeks Pharma Group OÜ ja OÜ Patrika), milliste peamiseks varustajaks on Apteekide Koostöö Hulгимүүk OÜ. Lisaks tegutsevad väiksemad apteegiketid - Euroapteek (8% apteekidest), keda peamiselt varustab hulгимүүja OÜ Baltfarma, ning YA Ülikooli Apteek (2% apteekidest), keda peamiselt varustab hulгимүүja OÜ Medapta. Vaid ligikaudu 8% apteekidest ei ole seotud ühegi apteegiketiga.

Apteegiteenuse osutaja on kohustatud tagama piisava ravimite valiku apteegis ning müügiloo või turustamisloa alusel Eestis turustatava ravimi kättesaadavuse patsiendile

mõistliku aja jooksul, võtma ettevõtte töömahtu ja -aega arvestades tööle piisaval arvul nõutava kvalifikatsiooniga töötajaid, tagama hinnakokkuleppega ravimite eelisjärjekorras hankimise ning pakkuma patsiendile ravimit, mille puhul on tema omaosalus tasumisel vähim (kui ravimi väljakirjutamisel on kasutatud ravimi toimeaine nimetust). Samuti on võimalik tellida ravimeid interneti teel - üldapteegid võivad pakkuda ravimite kaugmüügi teenust koos ravimite tellijani toimetamisega. Erinevate apteekreid koondavate ühenduste ja Raviameti koostöös on valminud apteegiteenuse osutamise kvaliteedijuhis, mis koondab erinevatest õigusaktidest tulenevad nõuded apteegiteenuse osutamisele ning kirjeldab teenuse osutamise hea tava põhimõtteid.

2.2.2 Probleemkohad

Mitmete probleemide seoses ravimite turustamisega on tähelepanu juhtinud Riigikontroll. Esmalt asjaolule, et ravimite valik Eestis on väike ja ravimitootjad ei soovi oma ravimeid Eestis turustada. Seetõttu on Riigikontroll soovitanud luua tingimused, et ravimeid soovitaks enam turule tuua, näidata aktiivselt ravimitootjatele, et riik on neist huvitatud. Riigikontroll leidis ka, et ravimite müügilubade taotlusi menetletakse ettenähtust pikemat aega ning tegi ettepaneku kiirendada riiklike müügilubade menetlemist. Samuti on soovitatud elavdada konkurentsi ravimite hulgemüügi- ja apteegiteenuse turul, kaotades apteegi asutamispääsude ja keelates hulgemüügiga tegeleva ettevõtte ka kaudselt apteeki omada.

Seoses apteegi asutamispääsude põhiseaduspärasuse vaidlusega on Riigikogu sotsiaalkomisjon koostanud raporti kvaliteetse ja jätkusuutliku apteegiteenuse kättesaadavuse tagamisest, milles esitatakse ka ettepanekud kehtivate apteegipiirangute muutmiseks (loobuda liisuheitmisest ja asuda uue apteegi avamise taotlusi vajaduspõhiselt hindama), hõreasustusega piirkondade apteekide otsetoetuste kaalumiseks, apteegiruumide eraldamiseks perearstikeskuste juures ja lähtetoetuste pakkumiseks proviisoritele maa-piirkonda tööle asumisel.

Elanikkonna rahulolu-uuringu põhjal on 16% küsitletutest kogunud probleeme retseptiravimi ostmisel (ravim puudus apteegis, soodsaim ravim puudus apteegis või seda ei pakutud, apteeker ei selgitanud ravimi õiget kasutamist, apteekril ei olnud suhtlemiseks aega).

Osapooled on lisaks välja toonud järgmist, mis puudutab ravimite turustamist:

- Müügiiluga ravimite valik ja oma ravimeid Eestis turustavate müügiiluhoidjate arv on väiksem kui teistes sarnastes EL liikmesriikides Lätis, Leedus, Slovakkias.
- Ravimite tarnehäired jäävad suures osas teadmata, tarnehäiretest teavitamise kohta ei viida läbi regulaarset kontrolli.
- Müügiiluta ravimite kättesaadavus on raske ja ebakindel, hulgemüüjatel puudub selliste ravimitega varustamise kohustus.
- Üldapteegi tegevusloa väljaandmise ja muutmise piirangud takistavad uute konkurentsiolukorda parandavate ettevõtete sisenemist turule ja apteegiteenuse osutajate ümberasumist vajadusel.
- Apteegivõrk ei järgi tervishoiuteenuse osutajate võrgustikku, mis on eelkõige oluline maapiirkondades.
- Apteegiteenuse arendamine on raskendatud - ravimite ekstemporaalse valmistamise teenustasu on liigselt piiratud ja puudub võimalus selliste ravimite kandmiseks soodusravimite loetellu; ambulatoorselt kasutatavate ravimite osas ei saa pakkuda individuaalset jaendamisteenust.

- Määrusekohane allahindlus ravimite jaemüügil arstidele ning ravi- ja hoolekandeesutustele tuleks kaotada, kuna kohustuslik müügisoodustuse tegemine ühtedele ettevõtjatele teiste ettevõtjate poolt ei ole põhjendatud.
- Proviisorite ja farmatseutide koolitustellimuse vajadust ei analüüsita.
- Apteekreid ei ole seadusandluses nimetatud tervishoiutöötajatena.
- Käsimüügiravimite kättesaadavuse parandamiseks tuleks lubada nende turustamist ka väljaspool apteegivõrku.

2.2.3 Indikaatorid

	Baastase	Sihttase (2018)
Siseriikliku müügiloaga ravimite arv Allikas: Ravimiamet	3908	Suureneb iga aastaga
Turustatud ravimite osakaal müügiloaga ravimitest Allikas: Ravimiamet	47%	>60%
Müügiloa hoidjate arv Allikas: Ravimiamet	525	Ei vähene
Tähtaegselt menetletud müügiloa taotluste osakaal Allikas: Ravimiamet	85%	100%
Rahulolu apteegiteenuse kättesaadavusega Allikas: Sotsiaalministeerium	85%	>90%
Rahulolu apteegiteenusega Allikas: Sotsiaalministeerium	84%	>90%

2.2.4 Tegevused

- Analüüsida turule sisenemise tõkendeid ja turustamist demotiveerivaid tegureid müügiloa hoidjate jaoks, kaotada siseriiklikud täiendavad tõkendid.
- Koostada inglisekeelne infomaterjal ravimite Eestis turuletoomise ja soodustamise kohta.
- Edendada Eesti kaasamist detsentraliseeritud müügiloaprotseduuri, mitmekeelsete pakendite turuletoomist, kiirendatud vastastikuse tunnustamise müügiloaprotseduuri läbiviimist (*zero-day MRP*).
- Suurendada müügiloataotluste menetlemise võimekust.
- Tõhustada tarnehäiretest teavitamist ja nende lahendamist.
- Lihtsustada müügiloata ravimite kasutustaotluse esitamist ja sissevedu, laiendada selliste ravimite sisseveoõigust tervishoiuteenuse osutamiseks.
- Kaardistada piirkonnad, kus apteegiteenuse osutaja paiknemine on eelkõige oluline, lähtudes tervishoiuteenuse osutajate paiknemisest ja sotsiaalse infrastruktuuri planeeringutest, kaaluda toetusi apteekritele sellistes piirkondades tööleasumise motiveerimiseks.
- Analüüsida proviisorite ja farmatseutide koolitustellimuse vajadust.
- Viia apteegi asutamispiirangud vajaduspõhise hindamise alusele.

- Toetada apteegiteenuse kvaliteedi edendamist, laiendada apteegiteenuse osutamise võimalusi patsientidele individuaalselt sobivaima teenuse pakkumiseks.

2.3 Ravimite hinnakujundus ja hüvitamine

2.3.1 Ülevaade olukorrast

Ravimihindade reguleerimine ja ravimite hüvitamine patsientidele on vajalik ravimite rahalise kättesaadavuse tagamiseks. Ravimi hind kujuneb järgmiselt: müügiloa hoidja poolt kehtestatud hind (hulgiostuhind) + hulgimüüja juurdehindlus + jaemüüja juurdehindlus + käibemaks. Ravimite kättesaadavuse tagamiseks rakendatakse hinda mõjutavaid meetmeid kõigil tasanditel:

- hinnakokkulepete sõlmimine müügiloa hoidjatega ja piirhindade kehtestamine;
- hulgimüügi juurdehindluse piirmäär – meede reguleerib juurdehindlust (hinnalisandit) hulgimüügi tasandil,
- jaemüügi juurdehindluse piirmäär – meede reguleerib juurdehindlust (hinnalisandit) jaemüügi ehk apteegi tasandil;
- ravimite käibemaks on 9%, so madalam tavapärasest kaupade ja teenuste 20%-st käibemaksust.

Seega reguleeritakse Eestis, sarnaselt teiste EL liikmesriikidega, ravimite hinda kõigil tasanditel, mis mõjutavad ravimite lõpphinna kujunemist.

Kui müügiloa hoidjatele suunatud hinnareguleerimise meetmeid rakendatakse ainult Eesti Haigekassa ravimite (soodusravimite) loetellu kantud ravimite osas, siis hulgi- ja jaemüügi juurdehindlused ning käibemaks on piiratud kõigi ravimite osas. Hulgi- ja jaemüügi juurdehindluste mudel on regressiivset tüüpi, st mida kõrgem on ravimi sisseostuostuhind rahas, seda väiksem on maksimaalne lubatud juurdehindlusmäär (%). Vaatamata regressiivsele juurdehindlusmudelile on teenitav tulu juurdehindlustelt siiski progressiivne – mida kõrgem on ravimi sisseostuostuhind, seda suurem on ka juurdehindlustulu rahas (maksimaalselt 6,4 eurot ühe müüdü pakendi kohta). Ravimiseaduse § 15 lõikes 3 on sätestatud, et kaalutud keskmine juurdehindlus peab ravimite hulgimüügil jääma vahemikku 7–10% ning jaemüügil 21–25%, siiski ei ole juba alates nimetatud sätte jõustumisest 2005. a ei hulgimüügi- ega jaemüügisektor ravimite müügil toodud vahemikku jäämist saavutanud. Samal ajal on kritiseeritud „kaalutud keskmise“ juurdehindluse arvutamise meetodikat ja eesmärki - kaalutud keskmine juurdehindlus omab küll seost käideldud ravimite hinnaga, aga mitte käitlemisest saadava tuluga; nii hulgi- kui ka jaemüügi keskmist juurdehindlust tuleb kalkuleerida hulgimüügi sisseostuandmete alusel, samas ei ole defineeritud, mida tuleb sisseostuhinna all käsitleda ja ükski asutus ei tee järelevalvet selliste andmete õigsuse üle; kaalutud keskmist juurdehindlust mõjutavad mh müüjate omavaheline ravimimüük, ravimite väljavedu ja tootjate poolt tehtavad siseriiklikud allahindlused, mis toimuvad pärast ravimite hulgimüügi sisseostuhindade deklareerimist.

Ravimeid hüvitatakse Eesti Haigekassa eelarve kaudu või riigieelarvest. Apteegist müüdavate ravimite (ambulatorsete ravimite) hüvitamiseks Eesti Haigekassa poolt peab ravim olema kantud soodusravimite loetellu. Valdav osa ravimikasutusest taandubki soodusravimitele: 2012. a apteekidest müüdü ravimitest olid ligikaudu 80% retseptiravimid ning 93% retseptiravimitest soodusravimid. Haiglas kasutatavaid ravimeid hüvitab Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu raames. Riiklike tervishoiuprogrammide teenindamiseks ja

tervishoiuteenuse osutajate varustamiseks teatud elupäästvate ravimitega soetatakse ravimeid ka riigieelarvelistest vahenditest, korraldades selleks riigihankeid ja hallates spetsiaalset ravimite jaotusvõrku (vaktsiinid, immuunglobuliinid, antitoksiinid, antidoodid, tuberkuloosivastased ravimid, antiretroviirusravimid, opioidsõltuvuse raviks vajalikud ravimid). Eraldi hüvitamismehhanism on ette nähtud viljatusravimitele.

Soodusravimite loetellu võib ravimeid kanda 50%, 75% või 100% soodusmääraga, sõltuvalt ravimi kasutusvaldkonnast ja hinnatasemest. Kui 50% soodusmäär ei pruugi olla konkreetse näidustuse ja kitsamate väljakirjutamise tingimustega seotud, siis kõrgema soodusmäär rakendamiseks peab ravimi väljakirjutamine vastama konkreetsele diagnoosile ja sageli veel enam täpsustatud haigusseisundile jms kriteeriumidele. Lisaks kehtivad nõ sotsiaalsed lisasoodustused – 100% soodusmäär rakendub kõigile soodusravimite loetellu kantud ravimitele, mis kirjutatakse välja alla 4-aastastele lastele, ning 90% soodusmäär rakendub 75% soodusmäär asemel juhul, kui patsient on 4- kuni 16-aastane laps, töövõimetus- või vanaduspensionär või vähemasti 63-aastane isik. Iga ravimi hüvitamisel Eesti Haigekassa poolt arvestatakse maha omaosaluse alusmäär ehk retseptitasu, mis on 1,27 eurot 100% või 75% soodusmääraga retsepti korral ning 3,19 eurot 50% soodusmääraga retsepti korral. Seega hüvitab Eesti Haigekassa soodusravimite loetellu kantud ravimite hinnast osa, mis jääb omaosaluse alusmäär ja ravimi piirhinna või hinnakokkuleppehinna vahele, ravimile kehtestatud soodusmäär ulatuses (50%, 75%, 90% või 100%).

Täiendavalt on patsiendil võimalik taotleda Eesti Haigekassalt täiendavat ravimihüvitist, kui ta on ostnud soodusravimite loetellu kantud ravimeid vahemikus 384 kuni 1300 euro eest aasta kohta. Täiendava ravimihüvitise suurus on 50% 384 eurot ületavast osast, kui isik on kulutanud 384-640 eurot ja lisaks veel 75% 640 eurot ületavast osast, kui isiku kulutused on küündinud vahemikku 640-1300 eurot. Täiendava ravimihüvitise arvutamisel ei võeta arvesse haigekassa poolt juba tasutud summasid, omaosaluse alusmäär ja ravimi piirhinda või hinnakokkuleppe hinda ületavaid summasid. Taotlusepõhine on ka lisasoodustus soodusravimite loetellu kantud kunstliku viljastamise protseduuri raames kasutatavate ravimite osas – kuni 613,12 eurot ühe protseduuri kohta, mis hüvitatakse protseduuri läbinud naistele tagantjärele riigieelarvelistest vahenditest Eesti Haigekassa kaudu.

Müügiloata ravimite ning soodusravimite loetellu kantud ravimite (lisa-) soodustuse saamiseks mõjuval põhjusel tuleb patsiendil esitada taotlus Eesti Haigekassale ravimi individuaalseks ehk isikupõhiseks hüvitamiseks. Taotlusele tuleb lisada raviarsti kirjalik põhjendus.

Ravimi soodusravimite loetellu kandmise protsess on lühidalt järgmine: müügiloa hoidja esitab vastava taotluse Sotsiaalministeeriumile ning Sotsiaalministeeriumis vaadatakse taotlus läbi, küsides ka Ravimiameti, Eesti Haigekassa, vastava arstide erialaseltsi ja ravimikomisjoni arvamust. Ravimikomisjon kujutab endast erinevate osapoolte arutelu ravimi soodustamise üle otsustamisel oluliste asjaolude kaalumiseks. Komisjoni koosseisu kuulub kaheksa liiget - Ravimiameti, Eesti Haigekassa, Sotsiaalministeeriumi, Tartu Ülikooli, Eesti Perearstide Seltsi, Eesti Arstide Liidu, Eesti Puuetega Inimeste Koja ja Eesti Patsientide Nõukoja esindajad. Soodustuse taotluse lahendab sotsiaalminister käskkirjaga. Taotluse lahendamisel lähtutakse järgmistest kriteeriumidest: vajadus uue ravimi järele ja alternatiivsete raviviiside olemasolu, ravimi võrdlev efektiivsus ja ohutus, ravimi kulutõhusus

ning taotluse positiivseks lahendamiseks vajaliku ressursi olemasolu. Uute ravimite korral on maksimaalseks lubatud menetlustähtajaks 180 päeva, geneeriliste ravimite korral 90 päeva. Koos ravimi soodusravimite loetellu kandmisega sõlmib Sotsiaalministeerium hinnakokkuleppe müügiloa hoidjaga, milles sätestatakse hind, järjepideva turustamise kohustus, leppe kehtivusaeg, leppe pikendamise ja muutmise põhimõtted ning mistahes muud tingimused ja kohustused, mis on vajalikud ravikindlustusraha efektiivse ja otstarbeka kasutamise tagamiseks. Hinnakokkuleppe sõlmimisel lähtutakse teistes EL liikmesriikides kehtivatest hindadest ning enamasti on leppe sõlmimise ajal fikseeritav hind EL odavaimate seas. Hinnakokkuleppe kehtivusaeg on reeglina üks aasta; kummagi poole vastuväidete puudumisel pikeneb lepe automaatselt aasta võrra (võides selliselt pikeneda lõputult). Erinevalt hinnakokkuleppe sõlmimise situatsioonist leppe muutmiseks konkreetsed alused puuduvad ning sageli pikenevad automaatselt ka sellised hinnakokkulepped, milles fikseeritud hinnatase on EL liikmesriikide võrdluses kujunenud juba üheks kõrgemast.

Piirhindade kehtestamine on levinud meede ravimihindade langetamiseks ning kasutusel peaaegu kõigis EL liikmesriikides. Piirhindade arvutamisel grupeeritakse esmalt kõik sama toimeaine ja manustamisviisiga ravimid ning sõlmitakse kahe odavama ravimi müügiloa hoidjaga hinnakokkulepe. Lähtudes odavuselt teise pakendi hinnakokkuleppehinnast arvutatakse piirhinnad grupi kõigi ravimipakendite kohta. Nii soodusravimite loetelu kui ka ravimite piirhinnad kehtestab sotsiaalminister määrusega, mida uuendatakse regulaarselt kord kvartalis. Sotsiaalministeerium analüüsib regulaarselt muutusi soodusravimite hindades ning analüüsi tulemused on näidanud, et soodusravimite hinnad langevad aasta-aastalt kokkuvõttes 1-3% võrra, 2010. ja 2011. a võrdluses isegi enam kui 12%. Samal ajal on käsimüügiravimite valimi hinnad järjepidevalt tõusnud, sõltuvalt aastast 1,45-11%.

Vastavalt ravikindlustuse seadusele ei tohi ravimite hüvitamisele aastas kuluda Eesti Haigekassal rohkem kui 20% tervishoiuteenuste kuludest samal aastal. Soodusravimite hüvitamise maht on küll järjepidevalt suurenenud (viimase 3 aasta lõikes - 2010. a 90,7 miljonit eurot, 2011. a 91,5 miljonit eurot ja 2012. a 99 miljonit eurot), siiski ei ole see seni ühelgi aastal nimetatud 20% piiri ületanud, jäädes 2011. ja 2012. a 17,5% piirile.

Patsiendi omaosalus soodusravimite ostmisel oli 2012. a 33%, mis ületab märkimisväärselt EL keskmist – 18,9% (2008. a). Patsiendi omaosaluse määra leidmise meetodika ei ole ühtlustatud, st ei ole teada, milliste andmete kogumisel nimetatud näitaja erinevates liikmesriikides leitakse ja millised summad rahas omaosaluse protsentide taga peituvad; siiski on tõenäoline, et Eesti patsiendid maksavad oma ravimite eest ka rahas rohkem kui teiste liikmesriikide patsiendid. Ühe retsepti väljaostmiseks (ühele retseptile kirjutatakse 2...3-kuuliseks raviks vajalik ravimikogus) kulutasid patsiendid 2012. a keskmiselt 6,6 eurot. Riigikontrolli uurimuse järgi jääb kuuendik väljakirjutatud ravimitest välja ostmata, mis viitab muuhulgas rahaliste raskuste esinemisele. Selget seost sissetuleku suuruse ja ravimite väljaostmismäära vahel ei ole siiski tõendatud. Elanikkonna rahulolu uuringu andmetel jäeti väljakirjutatud ravim ostmata ka juhtudel, kus patsient pidas ravimit mittevajalikuks või temale sobimatuks, või lihtsalt unustas selle.

Uute originaalravimite kättesaadavuse kiirust on võrrelnud EFPIA (*European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations*) 16 EL liikmesriigi võrdluses, millest nähtub, et Eestis kulub uute originaalravimite soodustuse saamiseks kõige enam aega – vahemikus

2007-2009 Euroopa Komisjoni müügiloa saanud uuest originaalravimitest oli seisuga 31.03.2010 soodusravimite loetellu kantud vaid 12%. Ka selle analüüsi metoodika kohta puuduvad täpsemad andmed, st ei ole teada, kas võrreldud riikides esitati ühepalju taotlusi uute ravimite soodustamise kohta ja kas taotlused esitati üheaegselt, kas soodustamise otsuse tulemus on võrreldud riikides ühesugune (Eestis jõustub soodustuse otsus vahetult pärast otsuse tegemist ning ravim muutub määratletud tingimustel kõigile patsientidele solidaarselt hüvitatavaks) jne. On tõenäoline, et esmalt pöörduvad müügiloa hoidjad soodustuse taotlusega riikidesse, kus soodusravimite loetellu kandmise otsus tehakse viivitusega, meetmed hinna reguleerimiseks on leebed ning potentsiaalne müügimaht suur. Uute originaalravimite soodustamise küsimuses on oluline ka uurida, milline on nende lisaväärtus olemasolevate ravimitega võrreldes. Möödunud aastakümnetel on olnud trendiks, et ravimitootjad eelistavad innovaatiliste ravimite asemel välja töötada nn *me-too* ravimeid ehk olemasolevate ravimitega väga sarnaseid uusi ravimeid, mille lisaväärtus patsientidele on väike, kuid mis tagavad tootjatele kindlama müügiedu. Näiteks USA toidu- ja raviamet väljastas aastatel 1998-2003 müügiloa 487 uuele ravimile, millest üksnes 14% oli terapeutilise lisaväärtusega.

2.3.2 Probleemkohad

Ravimite hinnakujunduse ja hüvitamise valdkond on alati olnud erinevate auditeerijate ja hindajate meelisteema. Riigikontroll leidis, et ravimite hinnad Eestis on kõrgemad kui teistes sarnase arengutasemega EL liikmesriikides ning patsientide omaosalus ravimite ostmisel kõrgem kui EL-s keskmiselt. Samuti on välja toodud, et uute (patendikaitsega) ravimite soodustamise taotluste läbivaatamise aeg ületab mitmekordselt selleks ettenähtud aega ning et olukorra parandamiseks võiks edaspidi ebakorrektselt või puudulikult esitatud taotlused tagasi lükata, kehtestada täpsed tingimused, mis juhul teeb ravimikomisjon taotluse kohta negatiivse või tingimustega positiivse otsuse, ning luua ka alternatiivsed võimalused ravimi soodusnimekirja jõudmiseks, sh tutvustada ühe võimalusena müügiloa hoidjatele kulude jagamist, mispuhul kannab esialgu ravimi kulud müügiloa hoidja ning ravikindlustuse rahast kaetakse vaid nende patsientide kulud, keda see ravi ka aitab. Lisaks on Riigikontroll välja toonud, et esineb juhte, kus piirhinna piiresse jäävaid ravimeid ei ole apteekides saada ning et piirhinnast kallimate ravimite ostmisega kaotasid patsiendid 2011. a kokku ligikaudu 7 miljonit eurot.

Poliitikauuringute keskus Praxis on tähelepanu juhtinud, et ravimite hüvitamisotsuste kaasamisprotsess annab eelise põhjalikult ettevalmistatud arvamuse avaldajatele ning et ravimite soodusravimite loetellu ja tervishoiuteenuste loetellu lisamise protsessid toimuvad täielikult eraldiseisvalt, ehkki on olemuselt sarnased.

Osapooled on lisaks välja toonud järgmised probleemkohad:

- Krooniliste haigustega patsientidele tuleks parandada ka muude toodete kui ravimite kättesaadavust, mida neil on tarvis haiguse ravimiseks – näiteks kreeme psoriaasi ja ihtüoosi korral.
- Ravimite hüvitamise üle otsustamine peaks toimuma ühetaoliselt – ka tervishoiuteenuste raames kasutatavate ravimite puhul tuleks küsida ravimikomisjoni arvamust, rahastamisotsused lahti seletada ja rakendada samasid mehhanisme mis soodusravimite korral, sh hinnakokkulepete sõlmimist ravimitootjatega.
- Harvikravimite kättesaadavust tuleks parandada, luues paindliku ja vähese halduskoormusega menetluse selliste ravimite hüvitamistaotluste läbivaatamiseks *patient*

by patient põhimõttel arstliku konsiiliumi otsuse alusel; võiks luua ka eraldiseisva haruldaste haiguste fondi ravikindlustuse eelarve raames.

- Seaduses fikseeritud ravimite ja tervishoiuteenuste suhtarv (20%) tuleks ümber vaadata.
- Teise müügiloaga ravimeid turustatakse liiga vähe, tuleks luua sihtasutus, mis tegeleks teiste müügilubade ja paralleelimpordi korraldamisega.
- Soodusravimite väljakirjutamise erialaga seotud piirangud tuleks kaotada ja perearsti pädevusvaldkonda mittekuuluvad (ohtlikud) ravimid eristada üldisest soodusnimekirjast.
- Anda ravimite väljakirjutamisõigus teatud juhtudel ka õdedele ning laiendada eriarsti väljakirjutamise õigust ka arst-residentidele.
- Digiretsepti väljakirjutamist tuleks täiendada sellise e-lahendusega, mis pakub väljakirjutamiseks automaatselt soodsaimat ravimpreparaati.
- Protsentuaalne jaemüügi juurdehindlus tuleks asendada fikseeritud retseptitöötuse ja nõustamistasu summaga.
- Ravimite juurdehindluste regulatsioon on ebaselge ja ravimite sisseostuhinnad, millest lähtuvalt juurdehindlusi rakendatakse, on defineerimata.

2.3.3 Indikaatorid

	Baastase	Sihttase (2018)
Tähtaegselt menetletud soodustuse taotluste osakaal Allikas: Sotsiaalministeerium	60%	100%
Patsiendi omaosalus soodusravimite ostmisel Allikas: Eesti Haigekassa	33%	<30%
Hinnakokkuleppega ravimite osakaal apteekidest väljastatud soodusravimitest Allikas: Eesti Haigekassa	54%	>80%

2.3.4 Tegevused

- Lähtuda ravimite hüvitamisel mitte kõrgematest hindadest kui teistes sarnase arengutasemega EL liikmesriikides.
- Tõhustada ravimite paralleelimportimist.
- Suurendada soodusravimite loetelu taotluste menetlemise ja hinnakokkulepe haldamise võimekust, kiirendada ravimite turustajate teavitamist uute piirhinnaga hõlmatud ravimite hinnakokkulepete kohta.
- Luua täiendav taotluse esitamise/menetlemise võimalus (läbirääkimistega, *risk-sharing* tüüpi hinnakokkuleppe sõlmimisega).
- Laiendada individuaalse ravimisoodustuse võimalust teatud müügiloaga orbravimitele.
- Muuta täiendava ravimihüvitise tingimusi, seades patsiendi ravimikulule maksimaalmäära, millest alates hüvitab Eesti Haigekassa patsiendile ravimikulutused 100%-liselt.
- Kaaluda hinnakokkuleppega ravimite müügil omaosaluse alusmäära ehk retseptitasu kaotamist (1,27 või 3,19 eurot retsepti kohta).

- Kaaluda soodusmäärade tõstmist, sh näiteks tõsta vanusepiiri 100% soodusmäär rakendamiseks.
- Vähendada arsti erialaga seotud piiranguid soodusravimite väljakirjutamisel.
- Parandada teabe kättesaadavust patsientidele vähima omaosalusega ravimi leidmiseks.
- Jätkata avalikkusele suunatud teavituskampaaniatega, julgustamaks soodsaima sobiva ravimi ostmist.
- Kaaluda tervishoiuteenuse osutajatele ja apteegiteenuse osutajatele suunatud motivatsioonimeetmete rakendamist (tagasiside andmine väljakirjutatud ja väljastatud ravimite patsiendi omaosaluse kohta võrdluses erialakaaslaste või teiste teenuseosutajatega, tulemuslepete sõlmimine patsiendile ja haigekassale soodsamate ravimite väljakirjutamiseks ja väljastamiseks).
- Kaaluda ravimite hinnalisandite vähendamist – ravimite käibemaksumäär (võrdluseks, tervishoiuteenuse käibemaks on 0%), ravimite juurdehindlused.

2.4 Ratsionaalne ravimikasutus

2.4.1 Ülevaade olukorrast

Ratsionaalne ravimikasutus tähendab ravimite võimalikult tõhusat, ohutut ja majanduslikult põhjendatud kasutust.

Kas ravim on kättesaadav retsepti alusel või ilma retseptita (käsimüügiravimina), määratakse ravimile müügiloo andmise käigus. Ravim klassifitseeritakse retseptiravimiks reeglina järgmistel juhtudel: kui ravimi kasutamisel ilma arsti järelevalveta võib ilmned otsene või kaudne oht kasutaja tervisele, kui ravim on sageli ja laialdaselt kasutatud ebaotstarbekalt või on selline kasutamine tõenäoline, kui ravim sisaldab ainet, mille toime või kõrvaltoime nõuab lisauuringute tegemist, või kui ravim on mõeldud parenteraalseks manustamiseks.

Ravimite väljakirjutamine on osa tervishoiuteenuse osutamisest, mis järgneb asjakohaste diagnostiliste uuringute läbiviimisele, diagnoosi täpsustamisele ja otstarbekaima ravitaktika valimisele. Tervishoiuteenuste osutamise ja ravikvaliteedi üle valvab järele Terviseamet. Ravimeid võivad Eestis välja kirjutada kõik arstid ning osaliselt - oma tegevusvaldkonna piires - ka ämmaemandad. Soodustusega võivad ravimeid välja kirjutada tegevuslooga perearstid, eriarstid ja hambaarstid ning tervishoiuteenuse osutaja juures töötavad arstid (va kiirabi osutamisel) ja hambaarstid. Nagu ka patsientide ravi ja jälgimine on jaotatud perearsti- ja eriarstiabi tasanditele (perearst suunab üldjuhul patsiendi eriarsti juurde siis, kui tegemist on harvaesineva haiguse või raske, komplitseeritud juhuga), võib ka ravimite soodusmäär (50% või kõrgem soodusmäär) sõltuda sellest, millise eriala arst ravimit välja kirjutab. Sagedamini esinevate haiguste raviks mõeldud ravimitel reeglina väljakirjutaja erialaga seotud väljakirjutamise tingimusi kehtestatud ei ole.

Ravimid tuleb välja kirjutada toimeaine põhiselt, mis suurendab tõenäosust, et sobiv ravim on apteegis olemas ning apteeker saab pakkuda soodsaimat ravimit sobivate hulga. Toimeaine põhisest väljakirjutamisest tuleb loobuda juhul, kui patsiendil esineb meditsiiniline põhjus konkreetse nimetusega ravimi määramiseks. Konkreetse nimetusega ravimi väljakirjutamisel tuleb selle meditsiiniline põhjus ka retseptile kirjutada ja patsiendile selgitada. Toimeainepõhiste retseptide osakaal oli Riigikontrolli aruande kohaselt 68%.

Põhjendused, mida arstid esitasid vastates küsimusele, miks nende patsiendid ostavad piirhinnast kallimaid ravimeid, olid järgmised: originaalravimid on paremad; ravi jätkati ravimiga, mida varem oli juba kasutatud; ravi jätkati ravimiga, mille eriarst oli varem välja kirjutanud; geneeriline ravim teadaolevalt puudus või oli neid vähe; ravimi väljakirjutamine sõltus sellest, mida apteegis pakuti.

Ühele retseptile võib välja kirjutada ainult ühe ravimi ning üldjuhul võib korraka välja kirjutada kuni kolmeks kuuks vajamineva ravimikoguse. Retsept tuleb välja kirjutada digitaalsel kujul (digiretsept), va juhul, kui see on objektiivsel põhjusel takistatud. 2012 a. lõpu seisuga kirjutati juba enam kui 90% retseptidest välja digitaalsel kujul. Retseptide digitaalseks väljakirjutamiseks ja töötlemiseks, samuti ravimite soodustamise võimaldamiseks on asutatud retseptikeskus. Retseptikeskuse toimimise eesmärkideks on tagada retseptiravimeid kasutavate isikute tervise kaitse, järelevalve ravimite väljastamise õigsuse ja põhjendatuse üle ning luua riigile võimalused ravimistatistika tegemiseks. Retseptikeskuse töötlejaks on Eesti Haigekassa.

Tervishoiuvaldkonnaga seotud andmete töötlemiseks - teenuse osutamise lepingute sõlmimiseks ja täitmiseks, tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendi õiguste tagamiseks ning rahva tervise kaitseks, sh tervislikku seisundit kajastavate registrite pidamiseks ja tervishoiu juhtimiseks - on loodud tervise infosüsteem. Tervise infosüsteemi edastatakse loetletud andmed osutatud tervishoiuteenuste kohta ning teenuse osutamise dokumenteerimisel on kohustuslik kasutada tervise infosüsteemi standardeid. Tervise infosüsteemi töötlejaks on Eesti E-tervise Sihtasutus.

Viimase aastakümne jooksul on arstide erialaühenduste poolt koostöös Eesti Haigekassaga või iseseisvalt koostatud ja kaasajastatud hulgaliselt erinevate haiguste ravijuhendeid. Ravijuhendite koostamis- ja uuendamisprotsessi on viimastel aastatel muudetud - loodud erinevad töörühmad, kogu tööd juhib ja ravijuhendite heakskiiduga tegeleb vastav nõukoda. Nõukoda on asutatud Eesti Haigekassa poolt tegutsema ühena selle nõuandva õigusega komisjonidest. Ravijuhendite nõukoja tööd juhib Tartu Ülikool, nõukoja tööd rahastab Eesti Haigekassa. Kinnitatud ravijuhendid avaldatakse veebilehel www.ravijuhend.ee. Ravijuhendite järgimise kohta siiski süstemaatiliselt andmeid ei koguta.

Tartu Ülikooli juures arendatakse Eesti tervisetehnoloogiate hindamise pädevuskeskust, kus analüüsitakse tervisetehnoloogiate kulutõhusust ning nõustatakse riigiasutusi selliste tehnoloogiate rahastamisotsuste langetamisel. Kinnitatud raportid avaldatakse veebilehel Eestis <http://rahvatervis.ut.ee/tth>.

Tervisevaldkonna töötajate piisavuse tagamiseks ja pädevuse edendamiseks loodi 2008. a Sotsiaalministeeriumi juurde tervisevaldkonna koolituskomisjon. Komisjoni eesmärgiks on tervisevaldkonna töötajate põhi-, taseme- ja täiendõppe koolitusvajaduse hindamine ja koolituse prioriteetide määramine. Komisjoni poolt põhjendatud soovivad koolitusmahud esitatakse Haridus- ja Teadusministeeriumile ning koolidele. Koolituskomisjoni liikmeteks on TÜ arstiteaduskonna, Sotsiaalministeeriumi, Haridus- ja Teadusministeeriumi, Terviseameti, Tervise Arengu Instituudi, tervishoiu kõrgkoolide, Eesti Õdede Liidu, Eesti Apteekrite Liidu, Eesti Hambaarstide Liidu, Eesti Ämmaemandate Ühingu, eesti Arstide Liidu ja Eesti Haiglate Liidu esindajad.

Ravimite ratsionaalse kasutamise toetamiseks on Eesti Haigekassa korduvalt korraldanud üldsusele suunatud kampaaniaid, õhutades ravimivalikul eelistama soodsaimat sobivat ravimit.

2.4.2 Probleemkohad

Ravimite ratsionaalse kasutamise osas on Riigikontroll näinud järgmisi probleeme: ravimeid kirjutatakse põhjendamatult suurel osal mitte toimeaine põhiselt, vaid konkreetse nimetusega ning arstid ei järgi kohustust piirata asendamise keeld vaid juhtudega, kui selleks esineb meditsiiniline põhjus. Ettepanekutena soovitas Riigikontroll tõhustada järelevalvetegevusi ning korraldada arstidele koolitusi.

Elanikkonna rahulolu-uuringu läbiviimisel nimetas 13% küsitletutest probleeme seoses ravimite väljakirjutamisega (arst ei küsi, kas ravimi väljaostmine on patsiendile rahaliselt jõukohane, arst ei informeereri, millised ravimid raviks sobivad, miks väljakirjutatud ravim on kõige enam sobiv ja kas väljakirjutatud ravimi asendamine mõne teise ravimiga on lubatud, arst ei selgita, milliseid kõrvaltoimeid võib ravim põhjustada).

Osapooled on lisaks märkinud järgmisi probleeme ravimite ratsionaalse kasutuse osas:

- Ravimikasutust ei analüüsita regulaarselt; ka ravimite soodustamise otsuste järel ei analüüsita nende mõju ja vastavust otsuse eeldustele.
- Ravi tulemuslikkuse näitajaid ei koguta süstemaatiliselt, andmete/tagasiside kättesaadavus tervise infosüsteemist ei ole piisav ning Eesti Haigekassal puudub ravi kvaliteedi hindamiseks juurdepääs tervise infosüsteemile.
- Perearstidele (personaalselt) ja eriarstidele (kollektiivselt) tuleks kehtestada indikatiivne eelarve soodusravimite väljakirjutamiseks, mille ületamist tuleks selgitada ning mille säästu oleks võimalik realiseerida teenuseosutaja tegevuskulude suurendamiseks.
- Patsientideni jõudev ravimiinfo ei ole tasakaalustatud, ravimireklaami aruanded peaksid olema enam avalikustatud (millised arstid, apteekrid, asutused ja organisatsioonid toetusi saavad).
- Puudub apteekrite täiendkoolitamise kohustus.
- Puudub hea töövahend teabe vahendamiseks apteekri ja arsti vahel, mis on vajalik patsiendi ravi õnnestumiseks, sh näiteks apteegis osutatud lisateenustest saadud terviseteave.
- Apteekril puudub juurdepääs mitmetele vajalikele patsiendi raviga seotud andmetele nagu diagnoos (digiretsepti puhul) ja varasemalt väljaostetud retseptid ning apteekri tegevus on liialt piiratud, sh puudub õigus muuta koostöös väljakirjutajaga annust ja kustutada mittevajalikuks osutunud või dubleerivad retseptid.

2.4.3 Indikaatorid

	Baastase	Sihttase (2018)
Toimeainepõhiste retseptide osakaal Allikas: Eesti Haigekassa	68%	>80%
Ravimite väljaostmise määr Allikas: Eesti Haigekassa	81%	>85%
	87%	>90%

Rahulolu ravimite väljakirjutamisega Allikas: Sotsiaalministeerium		
---	--	--

2.4.4 Tegevused

- Analüüsida olemasolevate infosüsteemide arenguvajadusi, toetamaks senisest enam ravimite ratsionaalset kasutamist. Sealhulgas näiteks preparaadipõhise retsepti väljakirjutamisel konkreetse valiku esitamine toimeainepõhisest retseptist loobumist selgitavatest meditsiinilistest põhjustest, järelevalvemooduli arendamine.
- Laiendada apteekrite õigust retseptiandmete muutmiseks, kaaluda patsiendi teatud tervises seisundit ja ravi puudutavate andmete vahendamise võimaldamist apteekri ja arsti vahel.
- Jätkata ja laiendada tervishoiuteenuse osutajatele suunatud motivatsioonimeetmete rakendamist (tagasiside andmine väljakirjutatud retseptide ja nende väljaostmise kohta võrdluses erialakaaslaste või teiste teenuseosutajatega).
- Suurendada arstide ja apteekrite baasõppes ratsionaalse farmakoteraapia osa, koordineerida erialatöötajate süstemaatilist täiendkoolitamist sellealaste teadmiste edendamiseks.
- Kaaluda ravimireklaami aruannete detailsemat avalikustamist.

3. Ravimipoliitika dokumendi koostamise protsess ja osalejad

Ravimipoliitika dokumendi koostamisele eelnevalt viidi läbi mitmed Eesti ravimisektori uurimused nn sõltumatu hindaja poolt: WHO poolt 2009. a (Review of the Estonian Pharmaceutical Sector: Towards the Development of a National Medicines Policy), OECD poolt 2011. a (Economic Surveys: Estonia 2011) ning Riigikontrolli poolt 2012. a (Ravimite hüvitamise korraldus: kas riigi tegevus ravimite kättesaadavuse ja optimaalse kasutuse tagamisel on olnud tulemuslik). 2010. a konsulteeris Sotsiaalministeerium Terviseameti, Raviameti ja Eesti Haigekassa esindajatega, kogudes ettepanekuid ravimipoliitika dokumendi koostamise tegevuskava ja hõlmataivate teemade ringi kohta. 2012. a lepiti kokku WHO ekspertide osalemine ravimipoliitika dokumendi koostamise protsessis.

2013. a koostas Sotsiaalministeerium ravimipoliitika dokumendi kavandi, mis edastati ravimisektori osapooltele ja WHO ekspertidele palvega ettepanekute ja kommentaaride saatmiseks kavandi täiendamiseks, muutmiseks jms. Laekunud tagasiside arutati kõigi osapooltega eraldi üle. Esimene arutelu kõigi osapoolte osalusel viidi läbi septembris ning teine arutelu novembris 2013. a. Sotsiaalministeerium säilitab koos ravimipoliitika dokumendiga ka kõiki osapoolte poolt laekunud kirjalikke ettepanekuid ja kommentaare ning arutelude protokolle.

Dokument esitatakse Rahvastiku tervise arengukava juhtkomiteele arutamiseks ning arengukava ja rakendusplaani täiendamiseks valitud indikaatorite ja meetmete-tegevustega (poliitika eesmärkide täitmiseks, probleemkohtade leevendamiseks). Dokumenti kaasajastatakse kord aastas, arutades osapooltega üle toimunud muutused ning kohandades või täiendades dokumenti vajadusel.

Dokumendi koostamises ja seotud aruteludes osalesid:

Hanne Bak Pedersen, Panos Kanavos, Marge Reinap WHO

Kristin Raudsepp, Katrin Kiisk, Alar Irs, Ly Rootslane, Margit Plakso	Ravimiamet
Erki Laidmäe	Haigekassa
Maris Kado, Juhan Põldroos	Konkurentsiamet
Mario Sõrm	Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium
Merle Männik, Elo Piksarv	Rahandusministeerium
Marju Past	Eesti Puuetega Inimeste Koda
Kristiina Sepp, Tanel Terase, Hannes Haamer, Kadri Tammepuu	Eesti Apteekide Ühendus
Jana Laasalu, Tiina Kadak, Kristjan Vilosius	Eesti Ravimihulgimüüjate Liit
Kai Kimmel, Ülle Rebane, Helve Monvelt	Eesti Apteekrite Liit
Natalia Jefimova	Eesti Arstide Liit
Riho Tapfer, Piret Sell, Kuuno Vaher, Kadri Mägi, Roland Lepik	Eesti Ravimitootjate Liit
Pille Ilves, Kirsti Vihermäe, Iivi Kallaste	Eesti Patsientide Esindusühing
Raul-Allan Kiivet	Tartu Ülikool
Dagmar Rüütel, Kristiina Hunt, Helen Berk, Katrin Pudersell	Sotsiaalministeerium

Materjalid:

- Eesti ravimipoliitika alused aastani 2010 (2002)
- Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 (2012 täiendustega)
- Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009-2015 (Sotsiaalministeerium, 2009)
- Ravimite hüvitamise korraldus (Riigikontroll, 2012)
- Uute ravimite soodusnimekirja lisamise protsess ravimi- ja tervishoiupoliitika kontekstis (Praxis, 2012)
- Kvaliteetse ja jätkusuutliku apteegiteenuse kättesaadavuse tagamisest lähtuvalt Õiguskantsleri ettepanekust nr 20 üldapteegi tegevusloa väljaandmise ja muutmise piirangu kohta (Riigikogu XII sotsiaalkomisjon, 2013)
- Kohalike omavalitsuste poolt maa-apteegi teenuse kättesaadavuse toetamine (Konsultatsiooni- ja koolituskeskus Geomedia, 2013)
- Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile (Sotsiaalministeerium, 2012)
- Ravimite kaalutud keskmise juurdehindluse analüüs (Sotsiaalministeerium, 2012)
- Soodusravimite hinnamuutuste analüüs (Sotsiaalministeerium, 2012)
- Ravimitootjate Liidu seisukohad riigi ravimipoliitika kujundamisel (Ravimitootjate Liit, 2011)
- Review of the Estonian Pharmaceutical Sector: Towards the Development of a National Medicines Policy (WHO, 2009)
- Position Paper and Recommendations of Project Group on facilitating supply in small markets (WG within the platform on Access to Medicines in Europe, 2012)
- Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee of the Regions: Safe, Innovative and Accessible Medicines - a Renewed Vision for the Pharmaceutical Sector (Commission of the European Communities, 2008)
- OECD Economic Surveys: Estonia 2011 (OECD, 2011)
- Draft Chapter for priorities publication on pharmaceutical policies (OECD, 2010: *draft chapter 6 for the Health System Priorities when Money is Tight*)
- Achieving Better Value for Money in Health Care (OECD, 2009)
- Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market (OECD, 2008)
- Rational Use of Medicines in Europe (ÖBIG, 2010)
- Medicines Policy 2020 (Ministry of Social Affairs and health, Finland, 2011)
- National Medicines Policy (Australian Government, Department of health and aging, 2000)