

Patsiendi omaosalus soodusravimite ostmisel ja selle vähendamisele suunatud abinõud

Erki Laidmäe¹

Eesti Arst 2013;
92(1):34–38

Saabunud toimetusse:
14.11.2012
Avaldamiseks vastu võetud:
07.12.2012
Avaldatud internetis:
31.01.2013

¹ Eesti Haigekassa

Kirjavahetajaautor:
Erki Laidmäe
erki.laidmae@haigekassa.ee

Võtmesõnad:
omaosalus, soodusravimid,
ravimite väljakirjutamine

Ravimite ostmisega seotud omaosaluse all mõistetakse rahasummat, mille patsient peab temale määratud soodusravimite eest tasuma ise, ehk seda osa ravimi maksumusest, mida ei kata ravikindlustus. Omaosalust rakendatakse patsiendi vastutuse tagamiseks, muu hulgas eesmärgiga vähendada ravikindlustuse ressursikulu olukorras, kus patsient tegelikult ei kasuta temale väljakirjutatud ravimeid. Samas võib liiga suur omaosalus, eriti väiksema sissetulekuga leibkonna liikmete puhul muutuda teguriks, mis pärsib ravisoovitustest kinnipidamist. Viimastel aastatel on omaosalusele retseptiravimite ostmisel viidatud kui murekohale, mille vähendamiseks tuleks aktiivselt tegeleda. Artiklis on antud ülevaade ravimite soetamise liiga suure omaosaluse tekkimise põhjustest ja selle vältimise võimalustest. Samuti on kirjeldatud konkreetseid samme, mida probleemi leevendamiseks on astunud. Omaosaluse määr kasvas pidevalt kuni 2009. aastani, mil see ulatus 8,02 euronit ühe soodusretsepti kohta. 2012. aasta esimese 9 kuu andmete järgi oli soodusretseptiga määratud ravimi puhune omaosalus tiptasemega võrreldes juba 17% soodsam, makstes 6,65 eurot.

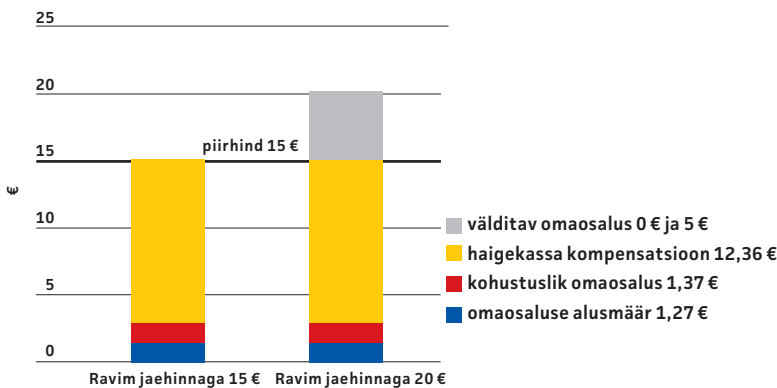
Eestis ambulatoorseks kasutamiseks kehtiva retsepti alusel apteekidest väljastatavate ravimite kompenseerimise süsteemi kohaselt koosneb patsiendi omaosalus soodusravimite ostmisel mitmest erinevast komponendist. Nn vältimatuteks komponentideks on omaosaluse alusmäär iga retsepti kohta (50% soodumääraga retseptidel 3,19 eurot ja kõrgema soodumääraga puhul 1,27 eurot) ning osa ravimi maksumusest tulenevalt erinevatest soodumääradest (juhul kui tegemist ei ole ravimiga, mida haigekassa

hüvitab 100% ulatuses). Neile kahele komponendile lisandub veel omaosaluse välditav komponent, milleks on ravimile kehtestatud piirhinda ületav osa (vt joonis 1).

OMAOSALUSE MUUTUSED AJALOOS

2010. aastal oli avalike kulutuste osakaal Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) andmetel Eesti tervishoius 78,9% (1). Seega oli omaosalus tervishoius 21,1%, mis oli OECD keskmisest (ca 29%) selgelt väiksem. On näidatud, et Eesti puhul on omaosaluse peamine põhjus ravimitele tehtavad patsiendipoolsed kulutused, millest enamiku moodustavad omakorda retseptiravimitele tehtavad kulutused (2).

Omaosalust ravimite ostmisel on võimalik väljendada suhtarvuna ehk patsiendi tasuta osakaaluna või patsiendi tasuta osakaaluna ravimite ostmisel. Haigekassa andmetel oli 2011. aastal soodusravimite ostmisel patsiendi kanda 34,5% ravimite maksumusest. Ühe retsepti eest ravimeid ostes maksis patsient keskmiselt 6,95 eurot (3). Omaosaluse väljendamisel suhtarvuna tuleb silmas pidada, et selle muutus ei pruugi alati olla samasuunaline



Joonis 1. Näide omaosaluse kujunemisest erineva jaehinnaga ravimite korral, kui retseptile kirjutatud ravimite maksumuse piirhind on 15 eurot (€) ja haigekassa kompensatsioonimäär on 90%.

absoluutväärtuse muutumisega. Näiteks juhul, kui patsiendi makstav osa väheneb vähem kui ravimi jaehind, võib vaatamata omaosaluse absoluutsele vähenemisele suhteline omaosalus kasvada. Samuti on suhtelistele näitajatele raskem hinnanguid anda kui absoluutväärtustele. Selle tõttu tuleks paralleelselt suhtelise omaosalusega alati vaadelda ka absoluutväärtusi, väljendatuna näiteks keskmisena ühe soodusretsepti kohta. Omaosalus ravimite ostmisel kasvas pidevalt kuni aastani 2010 ning näis, et tegemist on paratamatusega, millega tuleks leppida.

SUURE OMAOSALUSE PÕHJUSED

Ravimite kompenseerimise süsteemi on lähiminevikus põhjalikult uurinud erinevad institutsioonid. Alljärgnevalt on toodud lühikokkuvõtted nende uurimuste tulemustest ja järeldustest, mis puudutasid patsientide omaosalust ravimite ostmisel.

Haigekassa analüüs

2009. aastal analüüsis haigekassa ravimi-osakond omaosaluse põhjusi hüpertensiooni näitel. Lisaks välditavale omaosalusele arvestati ka mõju, mis tekiks, kui lisaks patsientide ratsionaalsetele valikutele määraksid ka arstid ravimeid maksimaalse ratsionaalsusega. Teoreetiliselt peeti maksimaalse ratsionaalsuse all silmas olukorda, kus igast hüpertensiooni ravimiklassist määratakse raviks selle klassi hetkel soodsaim toimeaine, nagu on soovitatud ka hüpertensiooni uues ravijuhendis (4). Lihtsustamise huvides ei arvestatud praktikas esineda võivat olukorda, kus patsient ei saa meditsiinilisel põhjusel ravimiklassi soodsaimat toimeainet kasutada. 2009. aastal oli patsientide omaosalus hüpertensiooniravimite ostmisel 42%. Juhul kui ravimikasutus modelleeriti maksimaalselt ratsionaalseks, kujunes patsientide omaosaluseks teoreetiliselt 24%. Patsientide sääst ainuüksi hüpertensiooniravimitel oleks olnud suurusjärgus 7,4 miljonit eurot. Järeldati, et üks meetod, mille abil omaosalust vähendada, peab olema ravimikasutuse ratsionaalsemaks muutmine.

Maaailma Terviseorganisatsiooni analüüs

2009. aastal avaldasid Eesti ravimisektorit käsitleva ülevaate ka Maaailma Terviseorganisatsiooni (WHO) eksperdid (5). Uurijad tõid välja, et lisaks ravikindlustuse kulude

kasvule ravimite kompenseerimisel on aastatel 1997–2008 pidevalt kasvanud ka patsientide omaosalus, mis on selle ajaga suurenenud 25%-lt 37%-ni. WHO soovitas ravimipoliitika tõhustamiseks rakendada väga erinevaid meetmeid, sh vähendada omaosalust geneeriliste ravimite suurema kasutamise kaudu.

Riigikontroll

2012. aastal avaldas Riigikontroll aruande ravimite hüvitamise korraldusest Eestis (6). Riigikontrolli hinnangul on suure omaosaluse põhjused mitmesugused, alates vähesest konkurentsist ravimiturul kuni retseptide kirjutamise nõuetest mittekinnipidamiseni ja patsientide vähesest teadlikkusest ravimite valdkonnas. Riigikontrolli analüüsis 2011. a I poolaasta 75%, 90% ja 100% soodustusega ravimite retseptide alusel, kui palju on inimesed tasunud välditava omaosaluse eest rohkem, võttes aluseks piirhinnaga ravimid. Selgus, et patsiendid kulutasid liigselt 3,4 miljonit eurot. Aastas kaotavad patsiendid seetõttu, et ostavad piirhinnast kallimaid ravimeid, kokku ligi 7 miljonit eurot. Siia lisanduks potentsiaalne sääst 50% soodustusega ravimitelt, mida riigikontrolli analüüs ei hõlmanud.

OMAOSALUSE OHJAMISEKS RAKENDATUD ABINÕUD

Omaosaluse ohjamiseks ravimite ostmisel on erinevaid meetmeid. Vältimatu omaosaluse vähendamine nõuab ravikindlustuse ressursi, sest ühel või teisel moel (vähendades omaosaluse alusmäära, suurendades soodusmäärasid või täiendavaid ravimihüvitisi) tuleb suurendada ravikindlustusmaksid. Käesolevas ülevaates on keskendutud välditavale omaosalusele, mis kompenseerimissüsteemi muutmist ei nõua, vaid sõltub eelkõige osapoolte teadlikkusest. Omaosaluse välditav osa on minimaalne, kui ravimi soetamisel on täidetud hulk eeldusi:

- retsept on kirjutatud välja toimeaine põhjal;
- maksumuselt piirhinda mitteületavad ravimid on realselt apteekides müügil;
- arst ja apteeker soovivad ning patsient on valmis valima soodsaima ravimi.

Erinevad riigiasutused on alates 2010. aastast rakendanud abinõusid, mis on suunatud kõigi kolme tingimuse paremale realiseerumisele. Neid on alljärgnevalt eraldi vaadatud.

Ravimite väljakirjutamine

Nõue kirjutada retsept välja toimeaine põhjal on kehtinud juba alates 2005. aastast. Vastav sotsiaalministri määrus sätestab, et meditsiinilise põhjenduse olemasolu korral võib retseptile kanda ravimi kaubandusliku nime, märgistades paberretseptil seejuures lahtri „mitte asendada“. Kui paberretsepti puhul tuleb meditsiiniline põhjendus kanda patsiendile tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti ning selgitada seda patsiendile, siis digiretsepti puhul tuleb põhjendus märkida otse retseptile (7).

Aastatel 2006–2009 tegi haigekassa 3 kontrolli, mille eesmärgiks oli teha kindlaks, kui hästi on see nõue praktikas rakendunud. Selgus, et neli aastat pärast nõude kehtimist olid ligi pooled retseptid endiselt pakendipõhised, s.t. retseptile oli toimeaine asemel kantud ravimi kaubanduslik nimi. Lisaks oli vaid 36%-l juhtudest esitatud ravidokumentis kaubanime kasutamise meditsiiniline põhjendus. Segadust tekitas ka olukord, kus retseptile oli küll kantud kaubanimi, kuid jäetud märgistamata lahter „mitte asendada“.

Soodne olukord selles valdkonnas suurema selguse loomiseks saabus koos digiretsepti rakendamisega. Alates 2012. aasta veebruarist ei ole enam tehniliselt võimalik kirjutada ravimile kaubanimi digiretsepti ilma selle asendamist ühemõtteliselt keelamata ning vastavat meditsiinilist põhjendust esitama. Selle tulemusel kasvas toimeainepõhiste retseptide osakaal ligi 70%-ni.

2012. aasta kevadel korraldas Terviseamet kontrolli (6), mille eesmärgiks oli uurida, mis on konkreetsed asendamise keelamise põhjendused pakendipõhisel retseptil. Valimisse võeti hüpertensiooni puhul laialdaselt kasutatavad ravimid, mille toimeaineteks olid metoprolool või enalapriil ühes hüdroklorotiasiidiga ning mille kohta oli retsept välja kirjutatud pakendipõhiselt. Pakendipõhise väljakirjutamise põhjenduseks oli umbes pooltel juhtudel „tarvitab püsivalt“, ülejäänud pooltel juhtudel peaaegu võrdselt „arsti valik/kogemus“ ja „patsiendi eelistus“. Terviseameti hinnangu kohaselt võis põhjendust meditsiiniliseks pidada vaid 2,3%-l juhtudest.

Kuigi toimeainepõhiste retseptide osakaal kasvas 2012. aastal oluliselt, on arenguruumi endiselt piisavalt. Eelkõige

vajaks kokkuleppimist, milliseid põhjendusi võib pidada sisult meditsiiniliseks, ja seejärel tuleks võtta ühtne põhjenduste loend kasutusele kõigis retseptikirjutamise tarkvara lahendustes. Teisalt tuleb luua motivatsioonimehhanisme toimeainepõhiste retseptide osakaalu suurendamiseks tulevikus. Haigekassa ja Eesti Perearstide Selts on kokku leppinud, et perearstide kvaliteedisüsteem sisaldab alates 2013. aastast ühe näitajana hüpertensiooniravimite toimeainepõhiste retseptide osakaalu. Suuremat tähelepanu vajab haigekassa hinnangul ka eriarstide retseptide väljakirjutamine, kuna sageli põhjendavad perearstid pakendipõhist väljakirjutamist sellega, et pikendatakse eriarsti alustatud ravi konkreetse ravimipreparaadiga.

Ravimite ostmine apteegis

Lõpliku ravimivaliku teeb inimene apteegis. Esmalt on siin välditava omaosaluse minimeerimise eelduseks soodsaimate ravimite müügilolek. Kui varem sõltus ravimivalik apteegis täielikult apteegist, siis soodsate ravimite kättesaadavuse parandamiseks on alates 2010. aastast kehtinud ravimi jaemüügil kohustus pakkuda toimeainepõhise retsepti korral patsiendile esmalt sellist preparaati, mille korral on patsiendi omaosalus väikseim (7). Kuivõrd selgus, et selle nõude täitmist võib takistada vastava ravimi puudumine hulgimüügis, siis on analoogne nõue kehtinud 2011. aastast ka hulgimüüjatele (8). Järelevalvet soodsate ravimite kättesaadavuse üle teeb Ravimiamet. 2012. a I poolaastal kontrolliti piirhinnaaluste ravimite kättesaadavust 54 apteegis. Neist 15-s ei olnud üht või mitut vastavat ravimit saadaval (keskmiselt kontrolliti ühes apteegis 16 toimeainet) (9). Samas sõltub ka juhul, kui soodsaim ravim on apteegis saadaval, lõplik ravimivalik suuresti apteekri nõustamise ja soovitusel sisust ja vormist.

Patsientide teadlikkus

Kuivõrd lõplik ravimivalik on toimeainepõhise retsepti korral patsiendi teha, on oluline ka patsientide piisav teadlikkus ravimitest. Omaosaluse vähendamise kontekstis on eelkõige oluline ravimikasutajate teadlikkus soodsamatest ravimitest ning asjaolust, et haigusseisundit mõjutab toimeaine, mitte ravimi kaubanduslik nimetus. Kuivõrd kõik apteekides

Tabel 1. Mõningate sageli kasutatavate ravimite maksumused ning patsientide omaosaluse suurused, kui ravimeid kirjutatakse välja vanadus- või töövõimetuspensionärile (soodusmäär 90%, ühele retseptile kirjutatakse kaheks kuuks vajalik ravimi kogus) portaali <http://www.ravimiinfo.ee> andmetel septembris 2012. Hinnad on esitatud eurodes (€)

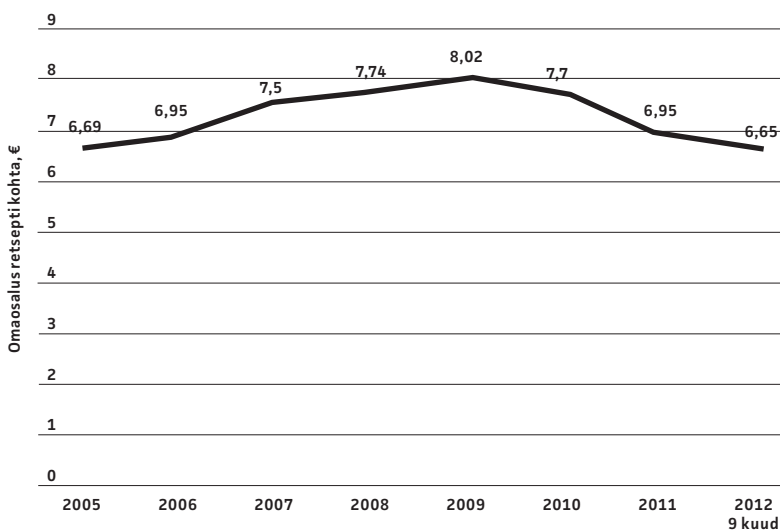
Toimeaine ja annus	Odavaima alternatiivi hind apteegis eurodes (info ravimipakendi kohta)	Patsiendi omaosalus 90% soodustuse korral retsepti kohta, eurodes	Kalleima alternatiivi hind apteegis eurodes (info ravimipakendi kohta)	Patsiendi omaosalus 90% soodustuse korral retsepti kohta, eurodes	Odavaima ja kalleima ravimi omaosaluse erinevus, %
Alendroonhape, 70 mg	13,42 (70 mg, 4 tk)	3,83	25,12 (70 mg, 4 tk)	24,27	631
Amlodipiin, 10 mg	3,61 (10 mg, 30 tk)	1,88	15,04 (10 mg, 30 tk)	24,74	1316
Atorvastatiin, 20 mg	5,40 (20 mg, 30 tk)	2,22	17,91 (20 mg, 30 tk)	27,24	1227
Enalapriil, 20 mg	2,93 (20 mg, 28 tk)	1,73	4,84 (20 mg, 30 tk)	5,42	313
Klopidogreel, 75 mg	8,27 (75 mg, 28 tk)	2,8	11,85 (75 mg, 28 tk)	9,72	347
Metoprolool, 50 mg	2,35 (50 mg, 30 tk)	1,61	6,34 (50 mg, 30 tk)	9,41	584
Omeprasool, 20 mg	4,21 (20 mg, 28 tk)	1,99	6,08 (20 mg, 28 tk)	4,23	213
Ramipriil, 10 mg	7,18 (10 mg, 30 tk)	2,58	10,53 (10 mg, 28 tk)	8,09	314
Rosuvastatiin, 20 mg	9,50 (20 mg, 30 tk)	3,04	39,94 (20 mg, 28 tk)	59,85	1969

müüdavad ravimid peavad vastama samadele kvaliteedinõuetele, ei ole põhjust ega tõendus põhjust kinnitust, et sama toimeainet samas ravimivormis sisaldavad ravimid erineksid oma toimelt või ohutuselt. Ometi on märkimisväärne hulk patsiente, kes eelistavad oma ravi jätkamist harjumuspärase kaubamärgiga ravimiga, ehkki omaosalus võib niisugustel juhtudel erineda suurel määral (vt tabel 1).

2011. aastal korraldatud uuringus „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile“ (10) küsiti 1510 patsiendilt, kas nad on saanud viimasel korral apteegist retseptiravimit ostes valida soodsaima hinnaga ravimi. Neist patsientidest, kes eelneva 12 kuu jooksul olid retseptiravimeid ostnud, vastas 41% jaatavalt. 16% vastas, et nad ei soovinud soodsaimat valida. 21% vastas, et ei ole saanud soodsaimat valida, ning 19% vastas, et ei osanud seda võimalust küsida. Seega on olemas märkimisväärne hulk patsiente, kes oma soodsaima ravimi valimise õigust ei saa realiseerida. Selle üheks põhjuseks näib olevat ka vähene teadlikkus võimalusest küsida soodsaimat ravimit. Sellest tulenevalt on haigekassa eestvedamisel alates 2010. aastast tegeletud aktiivselt ka patsientide teadlikkuse parandamisega.

RAKENDATUD ABINÕUDE TULEMUSLIKKUS

Eesmärgiga vähendada patsientide omaosalust soodusravimite ostmisel on aastatel 2010–2012 rakendatud erinevaid regulatsioone ja tehtud aktiivset teavitustööd. Omaosaluse määr kasvas pidevalt kuni 2009. aastani, mil see ulatus 8,02 euroni ühe soodusretsepti kohta. 2012. aasta 9 kuu andmetel oli soodusretsepti tipptasemega võrreldes



Joonis 2. Eesti patsientide omaosalus ravimite ostmisel soodusretsepti kohta eurodes (€) ja selle muutus aastatel 2005–2012.

¹ Estonian Health Insurance Fund, Tallinn, Estonia

Correspondence to:
Erki Laidmäe
erki.laidmae@haigekassa.ee

Keywords:
out-of-pocket payments,
cost-sharing, reimbursed
medicines, prescribing
medicines

juba 17% soodsam (vt joonis 2). Suhtarvuna väljendades oli patsientide omaosalus 2012. aasta 9 kuu arvestuses 33,5%.

Arvestades, et aasta jooksul kompenseerib haigekassa umbes 7 miljoni soodusretseptiga ravimite soetamise ja omaosalus retsepti kohta on tiptasemega võrreldes vähenenud 1,37 euro võrra, siis on patsientide võimaliku säästu suurus praegu ligi 9,59 miljonit eurot aastas.

Haigekassa retseptiravimite andmebaasist on leitav ka ravimi maksumuse see osa, mis ületab piirhinda ja mille patsient tasub täies ulatuses. 2012. aasta septembris oli see ligikaudu 749 000 eurot, mis annab aastases arvestuses kokku ligi 9 miljonit eurot (erinevalt Riigikontrolli hinnangust on siin arvestatud ka 50%-lise soodumääraga ravimeid). Seejuures on tegemist välditava omaosalusega.

KOKKUVÕTE

Eestis kehtiv ravimite väljakirjutamise ja kompenseerimise kord kaitseb kehtestatud piirhindade ja hinnakokkulepete tõttu ravikindlustust hästi ülemääraste ja tarbetute lisakulude eest.

Igas etapis alates ravimi määramisest arsti poolt kuni patsiendipoolse otsuse ja ostuni apteegis on tegureid, mis mõjutavad patsientide välditava omaosaluse suurust. Juhul kui kõikides etappides ei järgita ravimite ratsionaalse kasutamise põhimõtteid, on tulemuseks patsiendi kasvav omaosalus. Liiga suur omaosalus võib hakata teatud juhtudel takistama farmakoteraapia tulemuslikkust.

Viimastel aastatel on ravimite soetamise protsessi eri etappide suhtes rakendatud meetmeid, mille tulemusel on suudetud patsientide omaosaluse kasv peatada ning viidud see langusteele. Võrreldes 2009. aasta tiptasemega on omaosalus kahanenud 17% ehk 8,02 eurolt 6,65 euroni 2012. aasta esimese 9 kuu jooksul. Samal ajal on välditav omaosalus 2012. aastal endiselt suurusjärgus umbes 9 miljonit eurot. Selle vähendamiseks saab arst takistavate meditsiiniliste asjaolude puudumise korral ravimi välja kirjutada toimeaine põhjal, ning kui vaja, julgustada ka patsienti apteegist soodsaimat ravimit valima.

AUTORITE VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Artikli autor kinnitab, et tal puudub huvide konflikt seoses artikliga.

SUMMARY

Reimbursed prescription medicines: patient cost-sharing and efforts to reduce it

Erki Laidmäe¹

Mandatory health insurance covers part of the cost of reimbursed prescription medicines in Estonia. Patients also participate in cost sharing. Part of cost sharing can be called unavoidable as it includes two components: the so called prescription fee and mandatory co-payment. The remaining part of cost sharing can be fully avoided as it consists of the cost of medicines which exceeds the reference price. Some studies have shown that patients' cost-sharing is relatively high in Estonia. Several regulatory measures directed to wholesalers, retailers and prescribers have been introduced in recent years. Also, the Estonian Health Insurance Fund has run extensive public information campaigns directed to patients aiming to promote generic medicines and to aid better informed choice in pharmacy while buying prescription medicines. In combination, these measures have been productive as patients' co-payment decreased 17.3% in 2012 (€6.65 per prescription) in comparison to €8.02 per prescription in 2009.

KIRJANDUS/REFERENCES

- Public expenditure on health. Health: Key Tables from OECD 2012;3.doi: 10.1787/hlthxp-pub-table-2012-1-en.
- Vörk A, Saluse J, Habicht J. Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia 2000–2007. Health Financing Technical Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009.
- Majandusaasta aruanne 2011. Tallinn: Eesti Haigekassa; 2012; http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/EHK_Aastaruanne2011_EST_.pdf.
- Täiskasvanute kõrgvererõhktove käsitlus esmatasandil. Tallinn: Eesti Haigekassa; 2012.
- Kanavos P, Vandroos S, Habicht J, de Joncheere K. Review of the Estonian Pharmaceutical Sector: Towards the Development of a National Medicines Policy. WHO 2009; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/96448/E93049.pdf.
- Ravimite hüvitamise korraldus. Tallinn: Riigikontroll; 2012; <http://www.riigikontroll.ee/DesktopModules/DigiDetail/FileDownloader.aspx?AuditId=2259&FileId=12002>.
- Sotsiaalministri määrus nr 30 „Ravimite väljakirjutamise ja apteekidest väljastamise tingimused ja kord ning retsepti vorm” (18.02.2005), RTL 2005, 23, 315. Viimati muudetud 03.05.2012. <https://www.riigiteataja.ee/akt/103052012008?leiaKehtiv>.
- Sotsiaalministri määrus nr 27 „Ravimite hulgimüügi tingimused ja kord” (17.02.2005), RTL 2005, 22, 308. Viimati muudetud 26.07.2011. <https://www.riigiteataja.ee/akt/950449?leiaKehtiv>.
- Ravimiameti järelevalvetegevused 2012. I poolaastal. <http://www.sam.ee/ravimiameti-j%C3%A4relevalvetegevused-2011-aastal>.
- Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile. Tallinn: Saar Poll OU; 2011. http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Elanike_hinnangud_tervisele_arstiabile_2011_ARUANNE.pdf.