

Kulutused ravimitele kasvavad hüppeliselt. Kas on rohtu, mis avitab?

Väino Sinisalu – Eesti Arst

Pea kõikides riikides maailmas kasvavad kulutused ravimitele kiiremini, kui suureneb riigi jõukus või kasvavad kulutused haiglaja ambulatoorsele ravile. Selline on olukord ka Eestis. Aastatel 1997–2008 kasvasid kulutused ambulatoorseks raviks välja kirjutatud retseptiravimitele ligi kuus korda, olles 1997. aastal 391 miljonit ja 2008. aastal 2281 miljonit krooni. Kuigi enamik neist ravimitest kuulusid kompenseeritavate ravimite hulka, ulatus patsiendi omaosalus ravimi eest tasumisel 2008. aastal 37%-ni (1997. a 25%). Kui arvestada juurde ka kulutused mittekompenseeritud retseptiravimite ostmisele, katsid 2008. aastal patsiendid ise 43% kõigi ostetud ravimite hinnast.

Arvestades seda, et ravimeid vajavad esmajoones haiged ja vanemad inimesed, kelle sissetulekud on suhteliselt madalamad ühiskonna keskmisest, halvendab omaosaluse pidev kasv ravimite eest tasumisel paratamatult madalama sissetulekuga inimeste võimalusi saada ravi.

Ravimipoliitika on olnud pikkade aastate vältel nii Sotsiaalministeeriumi kui ka haigekassa tähelepanu orbiidis, on rakendatud mitmeid meetmeid selle tõhustamiseks ja ravimikulutuste ohjamiseks. Ka WHO on analüüsinud Eesti ravimipoliitikat ja esitanud omapoolseid ettepanekuid. Siiski pole need meetmed senini olnud piisavalt toimivad.

Sotsiaalministeeriumi ravimiosakonna juhataja Dagmar Rüütel selgitas, et ravimite turuhinnad Eestis on üldiselt Euroopa

keskmised. Ravimikulutuste kasvu põhjuste analüüsimisel tuleb arvestada seda, et kulutuste kasv ravimitele ei tulene sellest, et nende hind pidevalt tõuseb – pigem n-õ vanade, pikemat aega kasutusel olnud ravimite hind langeb –, vaid kulutuste kasvu tingib uute ravimite turuletulek ja kasutuselevõtt. Lisaks vananeb rahvastik ja suureneb ravivajadus nii Eestis kui ka kogu Euroopas ning inimesed tarvitavad järjest enam erinevaid ravimeid.

Ravimi hinna määravad mitmed komponendid:

- **Tootjahind.** Siin püüab riik jõuda tootjaga hinnakokkuleppele, mille alusel saaks tagatud ravimi järjepidev turulolek parima võimaliku hinnaga. Hinnakonkurentsi soodustamiseks kehtestatakse piirhindasid neile ravimitele, kus on sama toimeaine ja manustamisviis ning mida turustavad mitmed tootjad. Pidades ühelt poolt silmas meie ravimituru väikest mahtu ning teiselt poolt uute ravimite suhteliselt hilist turulejõudmist, võib välja tuua teatava reeglipära, et vanemate ravimite hinnad võivad olla kõrgemad kui Euroopas keskmiselt kujunenud, kuid uute ravimite hinnad on odavamate hulgas.
- **Hulgimüüja juurdehindlus.**
- **Jaemüüja juurdehindlus.** Mõlemat püüab riik ohjata, kehtestades juurdehindlusele piirid. Seni on see realiseerunud ministri määrusega, kuid õiguselguse huvides on Riigikogu menetluses seadusemuudatus, millega kehtestatakse juurdehindluse piirmäärad seadusega.

- **Käibemaks.** Eestis on see 9%. See on kõrgem kui paljudes euroliidu maades (Suurbritannias, Rootsis ja Küprosel on retseptiravimite käibemaks 0%; Ungari, Läti ja Leedu langetasid selle 5%-le).

Lisaks püüdele reguleerida ravimi hinda, rakendatakse Eestis enamikule retseptiravimitele piirhinda, millega määratakse, millises mahus kompenseerib haigekassa apteegile ravimihinna ning millises mahus tasub selle eest patsient. Haigekassa kompenseerib ravimi kindla protsendiga konkreetsele ravimile kehtestatud hinnakokkuleppe hinna või piirhinna ulatuses. Viimane arvutatakse kahe sama toimeaine ja manustamisviisiga ravimite grupis odavuselt teise ravimi hinna alusel. Sellega hoiab haigekassa kokku omaenda kulusi ravimi kompenseerimiseks, ergutab patsiente odavamaid ravimeid kasutama ning kõrgema hinnaga ravimite tootjaid oma ravimite hindasid langetama. Sama toimeainega piirhinnast kallima ravimi ostmisel peab patsient omast taskust maksma enam kui piirhinnaaluse ravimi puhul.

Haigekassa juhatuse liikme Mari Mathieseni arvates on patsiendi ravimikulutuste ohjamiseks ainus võimalus kasutada enam geneerilisi ravimeid, mis on odavamad, kuid kindlasti mitte vähem toimivad, ja range järelevalve tagab nende kvaliteedi ning ohutuse (1). See on kõigi euroliidu maade ravimipoliitika nurgakivi.

Sotsiaalministri 18.02.2005. a määrus nr 30 „Ravimite väljakirjutamise ja apteekidest väljastamise kord ja tingimused“ on juba aastaid kohustanud arsti retseptile kirjutama üldjuhul ravimi toimeaine ja apteeki informeerima patsienti erineva hinnatase-mega ravimitest. Tegelikuses ei ole määrus toiminud sellisel moel, nagu määrust kehtestades eeldati. Haigekassa ravimiosakonna peaspetsialisti Erki Laidmäe sõnul on nad pisteliselt selle määruse täitmist jälginud ja ilmneb, et umbes pooltel kõigist väljakirjutatud retseptidest on märgitud toimeaine, ülejäänutel ravimi turunimi. Kas turunime kirjutamine retseptile on olnud

õigustatud, ei ole teada. Ka ei ole apteekidel motivatsiooni pakkuda patsiendile odavaimat ravimit, pealegi pole see neile majanduslikult soodne. 2009. aastal kontrolliti olukorda ramipriili ja metformiini näitel ning ilmnes, et isegi kui arst oli kirjutanud retseptile toimeaine, siis 70–80%-l juhtudest väljus patsient apteegist siiski originaalravimiga.

M. Mathiesen lisas, et 1. aprillist jõustus sotsiaalministri määruse muudatus, mille järgi peavad apteekides alati olema odavamad, piirhinnaalused ravimid ja apteeker peab patsiendile pakkuma odavaimat ravimit. Ühtlasi muudeti ravimite väljakirjutamise korda. Määruse muudatusega täpsustati, et arst võib retseptile kirjutada ravimi turunime ainult siis, kui selleks on selge meditsiiniline põhjendus.

Kas see uus regulatsioon toimib või tabab seda 2005. a veebruaris kinnitatud määruse saatus, näitab aeg. Haigekassa juhatuse esimehe Hannes Danilovi sõnul on 2005. a veebruari määruse täitmise kontroll olnud nõrk, selle täitmiseks ei ole motiveeritud arstid ega apteekrid.

Nii Mari Mathieseni kui ka Ravimiameti direktori asetäitja Alar Irsi arvates blokeerib Eesti tõhusamat ravimipoliitikat juurdunud müüt, nagu oleksid geneerilised ravimid halvema toimega, kehvema kvaliteediga ja vähem sobivad kui originaalravimid. Nii soovivad paljud arstid patsiendile eelkõige originaalravimeid, arvates, et need on kõige usaldusväärsemad.

Raske on üheselt seletada, millele müüt toetub, ratsionaalset seletust sellele ei ole. Küll aga on selge, et sama toimeainega geneeriline ravim on haigele oluliselt odavam. Näiteks võiks tuua suure kasutusega vererõhuravimi, AKE inhibiitori ramipriili. Haigekassa statistika andmeil kirjutati 2008. a seda ravimit ligi 6000 inimesele. Saadaval on originaalravim Cardace ja geneeriline ravim Ramipril, mõlemad tabletid 10 mg, 28 tabletti pakendis. Originaalravim oli 17% kallim piirhinnast, geneeriline 10% odavam. Omaosalusena

pidi patsient Cardace ravimikarbi eest maksma 76 krooni. Ramiprili originaal maksis patsiendile 47,90 krooni. Siiski sai 97% patsientidest originaalravimit. Puuduvad täpsed andmed, kui paljudel juhtudel kirjutatakse originaalravimi välja arst ning kui paljudel juhtudel jätsid apteekrid patsiendile geneerilise asenduse pakkumata, kannatas aga kindlasti patsiendi rahakott. Võib-olla kannatas seetõttu ka ravi järjepidevus ning seeläbi ka ravi efektiivsus.

Tõhusalt toimiva ravimipoliitika osa on ravimite kompenseerimise süsteem – soodusravimid. Tegutseb vastav soodusravimite komisjon, kus on haigekassa, ministertei, raviameti, meedikute ja patsientide esindajad. Komisjon on nõuandev organ, lõpliku otsuse ravimi kandmiseks soodusravimite nimekirja teeb sotsiaalminister. Sageli on komisjon raskete valikute ees, sest lisaks professionaalsetele argumentidele tuleb arvestada ka ravikindlustuse rahalisi võimalusi (2). WHO ekspertide hinnangul tuleks suurendada komisjoni tegevuse läbi- ja paistvust. M. Mathiesen peab oluliseks periooditi korrastada ja üle vaadata soodusravimite nimekirja, kindlasti ei ole osa ravimite nimekirja jätmise enam vajalik, samas on vajalik lisada uusi.

Nüüdisajal on ravimid kallid, kuid kindlasti efektiivsemad kui veel mõne aastakümne eest. Seda olulisem on neid kasutada ratsionaalselt, seega ka kulutõhusalt. Oluliselt vajavad täiendamist arstide teadmised farmakoterapiast. Erki Laidmäe tõi näiteks juhtumi 2009. aastast, kui perearst pöördus haigekassasse murega, et tema patsient ei jõua väljakirjutatud ravimeid osta. Haigele olid kirjutatud järgmised ravimid: Nexium (esomeprasool) 50% soodusmääraga, Atacand (kandesartaan) 50% soodusmääraga, Norvasc (amlodipiin) 75% soodusmääraga. Kõik kokku nõudis patsiendi taskust 582 krooni ühes kuus. Alternaa-

tiivne samasuunalise toimega ravimite valik, millesse oleks kuulunud geneeriline omeprasool 50% soodustusega, losartaan 75% soodustusega ning geneeriline amlodipiin 75% soodustusega oleks patsiendi taskust nõudnud vaid 161 krooni kuus.

Firmade ravimiesitlejad teevad tänuväärset tööd ravimite tutvustamisel. Siiski ei tohiks arstide teadmised ravimitest piirduda vaid sellest infoallikast saaduga. Siin on lai tööpõld erialaseltsidel ja arstiteaduskonnal.

Farmakoterapia täiendusõpe ja ka põhiõpe arstiteaduskonnas vajaksid oluliselt parandamist, arvab A. Irs. Vaieldamatult on selge, et haigete ambulatoorne ravi hoiab ära haiguse retsidiive, ägenemisi ja tüsistusi, väheneb tunduvalt kulukama statsionaarse ravi vajadus. Seega, investeerides ravimitesse ambulatoorses ravis, hoiame kokku hulga ravikindlustusraha, mida saab palju otstarbekamalt kasutada kui haiguste tüsistuste ja ägenemiste raviks. Ravimeid välja kirjutades peaks arst mõtlema ka sellele, kas haige majanduslikud võimalused lubavad tal tema ettekirjutusi täita, ja soovitava võimalikult odavaid võimalusi. Ei ole õige arvata, et ravimi hind pole meditsiiniliselt oluline parameeter – see muutub oluliseks kohe, kui patsient ei suuda ravimit osta ja tema meditsiiniline seisund halveneb. Ainuõige ja võimalik on arsti ja apteekri koostöö: arst teab, millist toimeainet ja millises annuses haige vajab; apteeker teeb selgeks, milline seda toimeainet sisaldav ravim on patsiendile majanduslikult soodsaim.

eestiarst@eestiarst.ee

KIRJANDUS

1. Irs A. Ravimite kasutusele lubamine Eestis ja Euroopa Liidus. Eesti Arst 2009;88(10):697–701.
2. Meresmaa K. Kuidas hinnata uusi ravimeid? Haigekassa vaatenurk. Eesti Arst 2009;88(10):702–4.