



Eesti Rohuteadlane

Nr 6 • 2011

Ajakiri apteekritele aastast 1926

lk	sisukord
2 - 5	Apteegivara kuulub unikaalse pärlina meie kultuuriloosse
6 - 9	“Ravimid poodi” ja apteekide asutamispiirang taas tähelepanu all
10 - 15	Organisatsioonide vastus Konkurentsiameti kirjale
16 - 17	Eesti Farmaatsia Seltsi seisukoht
18 - 24	Eesti Tervishoiusüsteemi rahaline jätkusuutlikkus aasta hiljem
25	EAFSi tunnustuse pälvis Daisy Volmer
26	Euroopa Kohus hindab YA eristaatust Soomes
27	Taani: Drogeriid ründavad apteeke
28 - 29	Noppeid
30 - 31	Miks on aluselisus aktuaalne?
32	Alasti tõde apteekritelt
Esikaanel:	Köömnenaps - Kadaka apteegi firmajook

Toimetuse kolleegium:
Kai Kimmel, Ele Grauberg, Kaidi Sarv (tegevtoimetaja)

Väljaandja:
Eesti Apteekrite Liit, Endla 31 Tallinn, tel 662 0323
info@apteekriteliit.ee www.apteekriteliit.ee

APTEEGIVARA KUULUB UNIKAALSE PÄRLINA MEIE KULTUURILOOSSE

Sakulased, farmatseudiks õppinud Malle ja teenekas Saku õlletehase linnasemeister ning ajalohuviline Hanno Tamm on aastakümnete jooksul päästnud prügimäele minekust paljusid unikaalseid Eestimaa apteekides kasutusel olnud esemeid.

Signe Kalberg

Selleks, et ajakirjanik saaks veidi aimu, millised unikaalsed esemed oleksid võinud praegu vedeleda mõne prügimäe mitme meetri paksuse kihi all, võtab abielupaar kõigepealt ette lahtipakkimise töö. Sest kõik need imelised klaaspudelikesed, karbid, uhmid ja muu kraam, mida nimetatakse apteegivaraks, on kenasti pakitud kastidesse. Ning hoiul Tamme Saku kodus. Muu vanavara on aga talupidaja Hanno Tamme Väike-Maarja külje all asuvas Tisleri talus.

Apteegivara pälviks omaette muuseumi

Tuleb tunnistada, et kõik see keldrist päevavalgele toodud vanavara, mis sajandeid tagasi kunagi teeninud mõnda ettevõtlikku proviisorit, sobib Tamme antiiksesse ja stiilsesse elamisse väga kenasti. Böömi kristallist pudelid, sinisest ja rohelist klaasist anumaid, pisikesed pudelikesed, uhmid – kõik see ja veel palju muudki oleks nagu kogu aeg olnud väikestel laudadel imetlejaid ootamas.

Perenaine Malle Tamm aga kinnitab, et nii see pole, kuna tavaliselt on apteegivara ikka kastides peidus, sest kõige väljapanekuks poleks praegu lihtsalt ruumi ja oma kodust muuseumi ka teha ei saa. Küsimusele, kas oleks siis mõtet asutada apteegimuuseum, et ka teised näeksid ja saaksid aimu siinmail tegutsenud rohpoodidest, vastab pererahvas küll nõusolevalt, kuid esitavad kohe ka vastuargumendid. Muuseum vajaks ruume, asutamiseks ja ülalpidami-



seks palju raha ning ka asjatundlikke inimesi. Hanno Tamm loodab, et ehk nakatub tema kollektsionäärikirega ka mõni lapselaps, kahest tütrest vaevalt vanavara kogujat saab. Kuid juba praegu on mõningad unikaalsed esemed antud hoiule muuseumidesse ja küllap on nii mõnigi neist valmis kogu apteegivara endale võtma.

Enne kui Malle ja Hanno Tamm hakkavad pajatama oma elust ning huvist vanavara vastu, teeb peremees kodus külalisega ringkäigu. Sest üks asi on lihtsalt vaadata vanaaegset pudelit riulil, teine on teada saada ka selle päritolu ja kasutamise lugu.

Põnevaid esemeid Tamme apteegiantiigikogus on palju. Näiteks sinine apteegiklaas, spoonist salvi-

pudel. Hanno avaldab nõksu, mida on kasulik teada – käsitsi puhutud pudeli tunneb alati ära selle põhjaalusest karedusest, mis võib isegi näpu katki lõigata. Mõistagi on tegu siis haruldusega, mida tasub kodus aukohale panna.

Õhukesest spoonist, arvatavalt Nõukogude-aegsed salvi- või varasemast ajast pärit papist pulbrikarpe ei osanud kunagised apteegipidajad küll säilitamisväärses hinnata. Hanno ütles, et uute apteekide valmimisel läks vana sisustus tihti otseteed prügimäele. Ei osanud proviisorid ja omanikud siis hinnata selle vara väärtust, mis pööningul või keldrikorrusel tolmu kogus. Vedas, kui Hannole sellisest vanakraamist teada anti. Paljud huvitavad ja unikaalsed asjad ongi niimoodi saadud.

Harulduseks võib nimetada ka Böömi kristallist seisuanumaid, nikeldatud tablettide kaasaskandmise toose, erineva suurusega vasest ja portselanist uhmeid droogide ja salvide purustamiseks-segamiseks. Riulitel hakkavad silma erineva suuruse ja värvusega äärmiselt dekoratiivsed apteegi seisuanumad. Kui Tammed pidasid Kadaka apteeki, olid erinevat värvi seisuanumad kui killuke apteegiantiiki ka müügisaalis ostjatele vaadata. Soomlased imestanud siis sinist apteegiklaasi nähes, sest nemad tunnevad vaid pruuni ja valget. „Eestis said kokku kaks kultuuri - rootsi ja saksa,” selgitab Hanno Tamm. Tema teab iga eseme kohta pikalt ja põhjalikult seletust anda, mis tõstab asjade väärtust veelgi. Seda enam kui on teada, et Eestis rohkem selliseid esemeid polegi.

Ainsad Eestis – filter ja saladuslik laegas

Üks huvitav ese peitub tumedas väärispuidust laegas ja see kannab omapärast nime - tärklisekapslite valmistamise abinõu, mis on pärit Torma apteegist. Hanno Tamme sõnul uuris sakslane Manfred Wilsch Berliinist selle unikaalse, apteegis kasutusel olnud karbikese päritolu kaane sümbolika järgi. Selgus, et tõenäoliselt on abinõu valmistatud Peterburis. Vapi järgi võib-olla ka Austrias. Milliseid teid pidi see karp Torma apteeki jõudis, pole täpselt teada.

„Kuna aga Eestimaa apteekrid olid 19. sajandil üsna edumeelsed ning ka varanduslikult heas seisus, siis pole ka imestada, et nad katsetasid uusi asju ja võisid endale kulutusi lubada,” selgitab Malle Tamm. Asjatundmatu meelest on karbikese sisu üsna imelik. Abinõu koosneb kaane-ga väärispuust karbist, mille sees on 15 nikeldatud metallosa. Nendest kolm on varustatud vedrusüsteemi ja eboniidist nupuga. Karbi sees on 12 profileeritud messingkoonust. Puitkarp on seest oranži viimistlusega, mis on iseloomulik Peterburi 19. sajandi mööblile. Kaane keskel on pronksist või messingist valmistaja kahe greifiga (linnupeaga lövi) firmamärk, mis sisaldab keisrikrooni ja kahe peaga kotkavapi.



Väike-Maarja muuseumis on näha veel üks haruldus - tõenäoliselt 19. sajandi keskel Saksamaal valmistatud kaevuvee filter, millist teist Eestis rohkem pole leitud. Apteeker Theodor Hoffmannile kuulunud filtri ostis 20-ndatel aastatel Väike-Maarja Ärina küla taluperemees Karl Poom oksjonilt. Hanno Tamm omandas selle omakorda Karl Poomi pärijatelt. Filtri ajaloolise päritolu on määranud ajaloolane Heino Gustavson. Filter koosneb keraamilisest korpusest ja samast materjalist kaanest. Kaanes on kolm auku õhu sissepääsuks. Filtri ümaras korpuses asub diagonaalne laavast (pimsskivist) vahesein. Korpuse alaosas on messingkraan filtreeritud vee väljalaskmiseks. Kaevuveesi valati filtri ülaossa ja see valgus läbi laavast plaadi filtri põhja. Puhastatud filtreeritud vett kasutati ravimite valmistamiseks. Filter ja kaas on kaetud väga huvitava mitmekülgsest helkiva keraamilise glasuuriga. Erinevates valgustes on filtri välimus oluliselt erinev.

Kui kunagi oleks võimalik kõik see apteegivara muuseumiks vormistada, oleks kollektsiooni pärliks kahtlemata ka kenasti restaureeritud Palamuse vana apteegi rohuriul, mis koos keskaegse veefiltreerimisnõuga oli näha Väike-Maarja muuseumis. Esemeid Tamme kogust võib näha isegi Eesti klassikafilmi „Suvi” apteegistseenis.



Lõviosa apteegivarast on pärit erinevatest ja tegevuse lõpetanud Eestimaa apteekidest nagu Karja tänav, endised Palamuse, Aegviidu, Ambla, Paide, Kärü ja Torma apteek. Päästetud esemed loomulikult linna-koju ei mahu. Suur osa neist on talus. Hanno sõnul on tema vanavara kogumise harrastusel üks üsna otsustav soodsalt mõjuv asjaolu – tal on olnud ruumi oma asjade hoidmiseks. Malle ja Hanno on teinud ekspeditsioone suletud apteekidesse, tegelenud esemete kataloogimisega. Malle tunnistab, et talle meeldivad eriti väiksed klaaspudelikesed, kuulub ta süda ikkagi kaunistele nõudele. „Mind on väikesest peale köitnud ja lummanud kaunid nõud. Nii on mul alles isegi need, millest lapsepõlves ise söin,” kinnitab ta.

Hariduselt insener, kutsumuselt ajaloolane

Hanno Tamm (72) on sündinud Tapal. „Ema oli Kehtna kodumajanduskooli lõpetanud kodumajanduse konsulent ja eluaegne kooliõpetaja Tapal. Isa aga kohtusekretär. Mu vanemad olid pärit Väike-Maarja kandi taluperedest,” pajatab Hanno. 1941. aastal, kui punane hävituspataljon Tapa linna südame põletas, hävis ka kogu Tamme pere elamine. Mõlemad kodutalud päästsid pere rasketel sõja-aastatel ja ka Nõukogude aja alguses. Taluelu ja keerulistele sõjajärg-



Sinine klaas Palamuse apteegist



Tabletihoidja



Malle lemmikud on väikesed pudelid

setele sündmustele kaasaelamine kujundas ka Hanno ellusuhtumise. „Ajaloohuvi peab lihtsalt igaühes meis olema. Muidu on võimatu mõista neid keerulisi aegu, mida meie kodumaa on pidanud sajandite jooksul läbi elama,” selgitab ta.

Nõukogude võimu korraldatud sundkollektiviseerimine tõi hävingu Eesti küladesse: talud tühjenesid, töösuhted muutusid, ajalooline talukraam ja töövahendid ei omanud inimeste silmis väärtust ning need hävisid. Hanno püüdis koguda kokku vana talukraami, et midagi jääks järeltulevatele põlvedele. Täna on tema isakodus Tisleri talus Väike-Maarja lähisel rikkalik kogu taluinventarist läbi mitme sajandi. Lisaks isakodust pärit esemetele on seal vanavara, mida Hanno Tamm on kogunud hääbunud ja lagunenu taludest.

Võiks ju arvata, et Hanno näol on tegu ajaloolasega, kuid hariduselt on ta hoopiski insener. Pärast Tapa Gümnaasiumi lõpetamist 1958. aastal ei läinud ta õppima mitte ajalugu, vaid hoopiski Peterburi toiduainete instituuti. „Elasime ju suletud nõukogude ühiskonnas ning Peterburi rikas ajalugu ja kunst tõmbasid mind magnetina. Peterburist käis üle kaks katastroofi – oktoobrirevolutsioon ja II maailmasõja ajal blokaad. Vaatamata sellele oli säilinud linna ajalooline tähtsus. Sain vabariikliku suunamise, viimased kaks aastat õppisin ja lõpetasin aga Kiievis,” meenutab Hanno oma õpinguid. Peterburis õppisid paljud eestlased, kelle jaoks olid Eesti kõrgkoolide uksed vanemate, oma mineviku või muude poliitilisteks keeratud põhjuste tõttu suletud.

Nii sai ühest ajaloo huvilisest Tapa poisist suurlinlane ja kogu oma vaba aja veetis ka kunstimuuseumi õnnistatud Hanno Ermitaazis. „Tunnen muuseumi nagu oma kodu, eriti meeldivad mulle renessansiajastu kunstnike maalid. Lemmik on aga Jordani trepp, mis on Ermitaazi üks õnnestunumaid lahendusi,” kõneleb Hanno.

Malle on aga ikka veel imestunud oma abikaasa suurepärase mälu üle, mis lubab mehel pajatada selliseid lugusid, mille õigsuses võiks küll kahelda, kuid kontrollimisel selgub, et kõik on nii nagu Hanno on rääkinud. Ning neid lugusid, mida Hanno peab ajaloo sündmuste, kunsti, iidsete esemete kohta, oskab vaevata ta isegi kokku arvata.

Kadaka apteek

Apteeker Pariga puutus Hanno kokku oma kodulinnas Tapal. Hiljem elasid Parid Tallinnas, olid Malle naabriteks.

„Paride juures ma Hannoga koh-tusingi, mina olen ju põline tallinlane, elasime Nõmmel. Meie pere on olnud seotud muusikaga, isa oli klarnetist ja ema kirjutas partituurist pillidele noote välja. Seepärast oli meie peres kogu aeg laul ja muusika,” meenutab Malle.

Tema unistuseks oli õppida saksa keelt ja saada õpetajaks. Kuid suhtlemine apteekrite Paride ja Leidekeridega pani ta farmaatsiaõpingute kasuks meelt muutma. Samal aastal kui Hanno lõpetas oma õpingud, sai ka Malle kätte farmatseudi pa-berid ning noored abiellusid 1964. aasta sügisel. Hanno sai tööle Saku Õlletehase linnasetsehhi, Malle aga Karja apteeki. Saku õlletehases töötas Hanno Tamm 27 aastat linnasemeistri ja vaneminsenerina. „Mul oli õnn olla uue linnasetsehhi ehituse juures ning olla selle tsehhi juhataja kümme aastat,” meenutab ta ja lisab, et lin-nase tootmine on üks õlletootmise esimesi etappe.

Malle töötas Karja apteegis 15 aastat ja just sealt on pärit ka esi-mesed prügimäele minekust pääste-tud apteegiesemed. Malle meenutab, et apteegi juhataja oli siis Kiiri Vasar, kes andis loa viia põõningule kuhja-tud vanad asjad minema. Sest kohe-kohe algas apteegis remont ning vana kraam oli vaja prügimäele viia.

Malle on lisaks Karja tänava ap-teegile töötanud ka Rae ja Paekivi apteegis. Malle ja Hanno Tamm hak-kasid 1998. aastal pidama Kadaka apteeki. Apteegist saadud tulu või-maldas ühtlasi restaureerida Väike-Maarja kiriku vitraazakna ja rahasta-da ka kiriku roosakna taastamist.

Igas esemes on peidus unikaalsus

Hanno rõhutab, et ta pole vana-varaga kaupleja, oma asju ta raha tee-nimise eesmärgil müünud pole. Osa oma rikkalikust kogust on Hanno Tamm andnud Väike-Maarja muu-seumile. Hanno Tamme tunnevad Tamsalu ja Väike-Maarja inimesed veel kui Vistla haudade tähistamise eestvedajat, vaskristide haudadele panijat ja selle eest ka riigilt kõrge tunnustuse saanud aktiivset inimest. 1989. aastal lasi Hanno Tamm teha



Kaevuvee filtri kaas



Väljapanek Väike-Maarja muuseumis

Porkuni lahinguväljadele vaskristid, milleks kasutati Saku Õlletehases väljavahetatud vanu virdetorusid. Kahjuks varastati ristid vandaalide poolt. Praegu tuleb leppida mälestuskivide ja puitristidega. Hanno Tamm pälvis vabariigi presidendilt kohaliku elu edendamise eest Valgetähe V klassi ordeni. Ajaloouurijana korraldab ta huvilistele sõjaajaloolisi retki Narva ja Sinimägedesse.

Vanavara kogujaid on mitmesuguseid. Mõnele on see elatusallikas, teisele lihtsalt hobi või soov omada midagi haruldast, millega külalisi jalust rabada. Hanno sõnul sai tema harrastus alguse oma isakodust Tisleri talust Kaarma tagaküläst. Tuttavaid ja armsakssaanud esemeid ei visanud ta nende tarbimisväärtuse kadudes ära, vaid pani rehe alla ära. Hiljem hakkas ta juba teadlikult ka mujalt huvitavaid või haruldasi asju otsima. Vene ajal maksid need suhteliselt vähe, nende väärtust ei teatud ja tihti paluti kasutu kola lihtsalt jalust minema viia. Paljud asjad ongi kõrvaltvaataja jaoks täiesti tähenduseta, Hanno oskab aga igas asjas näha unikaalsust.



Tohust salvikarp

Harulduste TOP 10 Malle ja Hanno Tamme apteegivara kogus:

- **kaevuveefilter – pärit 19. sajandi keskpaigast
- **tärgliksekapslite valmistamise abinõu - 19. sajandist
- **Böömi kristallist seisuanumad Palamuse apteegist – 20 sajandi algusest
- **sinine apteegiklaas Ambla, Palamuse ja Kärü apteegist.
- **pronksuhmer Paide apteegist – pärit 17. sajandist
- **Saksa apteegiportselan Karja apteegist – 20. sajandi II kümnendist
- **8-kandilise korgiga apteegiklaas Aegviidu apteegist
- **ca 70 cm läbimõõduga uhmer Tapa apteegist
- **17 erineva suurusega portselanist uhmrilt erinevatest ajastustest ja apteekidest
- **apteegiklaas 20. sajandi algusest



"RAVIMID POODI" JA APTEEKIDE ASUTAMISPIIRANG TAAS TÄHELEPANU ALL

Kaidi Sarv

Esimesel novembril sai ravimitootjate liidu korraldatud pressikonverentsil kõlava saatepaugu sellekordne (nii võib ju nimetada juba vähemalt kolmandat korda korduvat samateemalist kampaaniat) ravimite poemüügi legaliseerimise propageerimine.

Pressikonverentsile järgnes varasemast suurem "mäsu", mille raames said taas sõna erinevad huvilised ning ka niisama arvajad.

Teisel novembril kinnitas Kaupmeeste Liit, et on valmis teatud käsimüügiravimite müügi protsessi alustamiseks ja koostööks kõigi osapooltega.

Neljandal novembril ilmus "Äripäeva" number mille kaanelugu "PR lavastus. Äripäev tõmbab käsimüügiravimite teema näitel eesriide suhtekorraldajate nippidelt ja boonustelt" esitas kogu lavastust erinevate osapoolte meediavõitlusena. Sellele järgnevad "Postimees", Tarbi- ja24-portaal, ERR mitme telesaatega, Vikerraadio jt raadiojaamad, "Eesti Päevaleht", "Saarte Hää", "Pärnu Postimees", "Harju Elu", Meditsiiniuudised ja paljud teised.

Erinevalt eelmisest, 2009. aastal toimunud samateemalisest kampaaniast (sest teisiti ei ole võimalik seda nimetada) erineb sellekordne oluliselt võimsama meediakajastuse poolest. Aga erinevalt eelmistest

kampaaniatest oli seekordne meedia tonaalsus pigem apteekreid toetav kui laitev.

Sarnaselt eelmise korraga tõsteti poodide foonil üles ka teine probleem - apteekide asutamispääs. Nende tühistamise eestkõnelejaks oli taas Konkurentsiamet. Võrreldes poodidega pakkus see teema avalikkusele palju vähem huvi.

Selleks, et teemast aimu saada, avaldame siinkohal mõlemad - nii Konkurentsiameti, kui ka organisatsioonide kirja ministrile. Mõlemale lisandub ka Farmaatsia Seltsi seisukoht.

On selge, et teema tõusetub peatselt taas. Selleks tutvugem arvamustega. Vastast tuleb teada ja tunda.



KONKURENTSIAMET
Estonian Competition Authority

Hr Hanno Pevkur
minister
Sotsiaalministeerium
Gonsiori 29
15027 Tallinn

Meie 7.11.2011 nr 5.1-1/11-0389-002

Ärakiri:

Majandus- ja
kommunikatsiooniminister
Riigikogu majanduskomisjon
Õiguskantsler

Ettepanek ravimiseaduse §-s 42¹ ettenähtud üldapteegi tegevusloa väljaandmise ja muutmise piirangute kaotamiseks

Lugupeetud minister

Pöördun Teie poole ettepanekuga alata ravimiseaduse muudatus RavS § 42¹ osas. Samasisulise ettepaneku esitas Konkurentsiamet 14.05.2009 majandus- ja kommunikatsiooniministrile. Teadaolevalt on RavS § 42¹ kehtetuks tunnistamist ette pannud ka Justiitsministeerium, Majandus- ja Kommunikatsiooni-

ministeerium, õiguskantsler Ülikooli Apteegi esindaja ja perearstide esindaja, kuid sellest hoolimata ning ilma et selleks oleks esitatud mingeidki sisulisi põhjendusi, võeti vastav muudatusettepanek 2010. aastal Riigikogu menetluses olnud eelnõust välja.

RavS §-s 42¹ sätestatud regulatsioon (edaspidi: apteekide asutamispääs) pärineb aastast 2005, al-

gatajaks Marika Tuus ja Karel Pürg (eelnõu 567). Algatajad põhjendasid asutamispääsu eesmärki ja vajalikkust järgnevalt: /.../ "Seaduseelnõu eesmärgiks on tagada apteegiteenuse kättesaadavuse ühtlasem jaotumine tervel Eesti territooriumil, et kindlustada isikutele ravimite võrdsem ja parem kättesaadavus. Selle eesmärgi saavutamiseks püütakse vältida apteekide kuhjumist tihedamalt asustatud aladele ja aptee-

giteenuse vähenemist vähemasustatud piirkondades, järgides ühtlasi regionaalpoliitilisi eesmäärke. Seaduseelnõus sätestatud piirangud on vajalikud, et tagada apteegiteenuse ühtlasem jaotumine terves riigis.” Kuidas antud piirang peaks aitama nimetatud eesmärki täita, on jäänud algusest peale selgusetuks. Juba 2005. aastal eelnõu menetluses küsitud Vabariigi Valitsuse arvamuses juhiti tähelepanu väljapakutud piirangu ebaproportsionaalsusele: /.../ “Ravimite kättesaadavuse aspektist patsiendile ei seisne ju eelnõus tõstatatud probleem mitte apteekide arvu rohkuses linnades (mis patsiendi seisukohast on positiivne) vaid nende vähesuses vähemasustatud piirkondades. Eelnõu sisaldab küll tegevuse alustamise piiranguid seal, kus apteegid juba asuvad, kuid ei sisalda mehhanisme, mis parandaks ravimite kättesaadavust vähemasustatud piirkondades. Seega on apteegivõrgu mõju apteegivõrgu ühtlasemale jaotusele raske näha.”

Väärib äramärkimist, et eelnõu algtekst ei näinud ette tegevuslubade jaotamist liisusheitmise teel (nagu see kehtiva seaduse alusel toimib), selle asemel oli volitusnorm ministrile konkursi korraldamise tingimuste ja korra kehtestamiseks. Liisusheitmise süsteem ja sellega kaasnenud asutamisõiguse järelturg, kus näilikult uutele turuletulijatele väljaantud õigused rändavad turuliidrite ja nendega seotud ettevõtjate kätte, kujutab endast praktikas ehedat näidet piirangust, mis töötab vastupidiselt oma seletuskirjas nimetatud eesmärkidele.

Riigikogu kiitis Tuusa ja Pürgi esitatud eelnõu heaks väikeste muudatustega, mis paraku ei anna vastust küsimustele piirangu eesmärgipärasuse ja proportsionaalsuse kohta. Seaduseelnõu ettevalmistavatest materjalidest ei ole võimalik leida mõistlikku põhjendust, mis tingis nimelt sellise apteekide asutamispiirangu regulatsiooni sätestamise seaduses ning mis andis seadusandjale alust arvata, et tegemist oli prima regulatsiooniga võimalikest alternatiividest. Asutamispiirang lülitati varem parlamendi menetluses olnud eelnõusse, mis täpsustab lähteainete regulatsiooni lähtuvalt EL õigusest (eelnõu 383). Samuti jääb selgusetuks, milles seisuneb ühendatud

eelnõude sisuline seos.

Nagu eespool viidatud, oli apteekide asutamispiirangu (ehk nn turuluku) kaotamine parlamendis pävakorral 2010, kuid eelnõu lõppteksti see ei jõudnud (617 SE). Eelnõu algteksti seletuskirjas tõdetakse, et “/.../ kehtestatud piirangud ei ole ennast õigustanud. Ravimiameti statistikast nähtub, et kui 2005 aastal oli maal 162 apteeki, siis 01.01.2009 aasta seisuga oli maale alles jäänud vaid 138 apteeki. Viljandimaal on 17 apteegist alles jäänud 9 ja Võrumaal 12 on alles näinud 7. Samas on linnapteekide arv 318-lt kasvanud 358-le samas ajavahemikus. Tallinna apteekide arv on kasvanud 118-lt 126-le ja Tartus 42-lt 46-le. Samas eelneval perioodil, aastatel 2003.2005 suleti maal kokku 3 apteeki ja avati maal 9 apteeki. Kehtiv piirang fikseerib praeguse olukorra turul ja takistab uute apteekide teket, kes võiks olemasolevate ettevõtetega konkureerida, nt teenuse kvaliteedi või hinna osas. Stenogrammist nähtub, et Riigikogu sotsiaalkomisjon nägi muudatuse eesmärgina vastuolu kõrvaldamist EL siseturu põhimõtetega: “Nagu minister ütles, oli ravimiseaduse muutmise eesmärk kaotada teenuste vaba liikumise piirang, võimaldades ravimite kättesaadavust Eestis Euroopa Liidu retsepti alusel, ning üldapteegi tegevusloa väljaandmise ja muutmise piirangud” (Sotsiaalkomisjoni esindaja sõnavõtt eelnõu esimesel lugemisel).

Sarnaselt leidis Konkurentsiamet oma 2009. aastal läbiviidud analüüsis, et RavS-s § 42¹ /.../ ei täida oma funktsiooni. Selleks, et täita vastavate piirangute kehtestamisega silmas püetud eesmäärke, tuleks tarvitusele võtta teistsugused meetmed ning lõpetada seniste mittetoimivate sätete kehtivus. /.../ Konkurentsiamet kahtleb, kas eelnõu seletuskirjas sisalduv mehhanism ka teoreetilisel tasandil tegelikult toimib. Eelnõu seletuskirjas on sisuliselt avaldatud arvamust, et olukorras, kus linnapiirkondades ei ole võimalik administratiivsete piirangute tõttu täiendavaid apteekte avada, otsustavad investorid neid avada maapiirkondades. Tegelikuses lähtuvad investorid siiski konkreetse äriplaani tasuvusest, mitte sellest, kas mõne teise äriplaani teostamine on administratiivselt takistatud. Sellest tulenevalt, et maapiirkondades ei tasu apteegi majandamine ära, siis seal apteeki ka ei avata,

apteekide avamisvõimalused linnapiirkondades ei oma selle otsuse tegemisel tähtsust. Apteekide arvu piiramine linnapiirkondades võib aga viia omakorda paradoksaalsel kombel apteekide arvu ebaoptimaalselt kõrgeks. Suured apteegiketid võivad hoida mõningaid apteekte avatuna mitte seetõttu, et see oleks majanduslikult põhjendatud, vaid hoopis seetõttu, et blokeerida konkurentide tekkimist. /.../ Konkurentsiamet tõi välja, et erinevate Euroopa riikide võrdluses on Eestis küllaltki palju apteekte ühe elaniku kohta /.../. Erinevalt linnadest, kus apteegiturul valitseb pigem ülepakkumine, on maapiirkondades /.../ ajast-aega ravimite kättesaadavus olnud aktuaalseks küsimuseks. Sellele vaatamata, näitab Ravimiameti statistika (vt lisad: Tabel 2), et isegi maapiirkondades on apteekide arv järjepidevalt vähenenud. Sellise tendentsi põhjuseks maapiirkondades ei ole kindlasti mitte ülepakkumine või karm konkurents. Pigem on põhjuseks majanduslikele kaalutlustele tuginev ärihuvi puudumine. Arvestades, et ravimite geograafilise kättesaadavuse probleem kehtib eelkõige maapiirkondades, tuleb järeldada, et RavS § 42¹ ei ole täitnud oma funktsiooni. Vastupidiselt seatud eesmärgile näitab tegelik olukord, et apteegiteenuse geograafiline kättesaadavus on muutunud kehvemaks. /.../

Ravimiameti asjakohastel andmetel (üldapteekide arv 2006-2011) ei ole üldapteekide arvu vähenemine peatunud. “/.../ Üldapteekide arv on alates 2006. aastast järjest vähenenud. Üldapteekidest suleti 2010. aasta jooksul 14 põhiapteeki ja 13 haruapteeki. Samal ajal avati 13 põhiapteeki ja 5 haruapteeki. 2011. aasta jaanuari alguses oli Eestis tegevusluba väljastatud 302 üldapteegile, millel oli 175 haruapteeki. /.../”. Ravimiameti tabelist lk-l 6 selgub, et võrreldes 2009. aastaga on 2011. aasta alguse seisuga Järvamaal 1, Läänemaal 3, Põlvamaal 2, Raplamaal 1, Valgamaal 1, Viljandimaal 1 ja ka Võrumaal 1 üldapteek maal vähem. Kokku vähenes 2009-2011 üldapteekide arv maal 138-lt 128-ni.

RavS § 42¹ mõjude selgitamiseks küsitles konkurentsiamet kahte üldapteeki omavat ettevõtjat kes ravimite jaemüügil ei ole turuliidrid. Kohtumisel turuosalistega selgusid järgmised asjaolud:

- Asutamispiirangu tõttu ei ole

sageli võimalik avada apteeki uutesse kaubanduskeskustesse või kiiresti arenevatesse elumupiirkondadesse (näiteks Laagris), kuna piirkonna apteekide liim on juba täis. Need on aga kohad, kus oleks apteegiteenuse olemasolu vajalik tarbijatele ja kasulik apteegile. Samuti ei saa ka ühe asumi piires kolida, kui keskuse seoses arendusega nihkub. Asukoha muutmine on ravimiseaduse kohaselt lubatav vaid 500 meetri raadiuses varasemast kohast;

- Asutamispiirang tekitab ettevõtjatele põhjendamatu lisakulutusi. Näiteks kui on teada, et kuskile ehitatakse kaubanduskeskus või mõni muu atraktiivne tõmbekeskus, kus hakkab tõenäoliselt käima palju rahvast ning selle koha lähimbruses ei ole veel apteeki, siis see rajatakse sinna juba enne tõmbekeskuse valmimist. Sellisel juhul peab apteek ootama paremat tulevikku, kandes senikaua põhjendamatu kulusid, kuna kliente satub sellesse kohta veel haruharva (Jüri ja Pärnu näited). Ettevõtja kirjeldas olukorda Pärnus, kus asutamispiirang sundis apteeki kolima. Kuna kaubanduskeskus suleti, siis ainus võimalus oma apteek selles linnas säilitada, oli seda 500 meetri kaupa liigutada. Uus sihtkoht asub 1,2 km kaugusel, mis tähendab täiendavalt kahte ajutist peatust (mis tähendab seda, et apteek ehitatakse kogumahu välja ja suletakse kohe pärast avamist);

- Asutamispiirang avaldab praktikas kahjulikku mõju mitte üksnes konkurentidele, vaid ka ravimite kättesaadavusele. Näiteks uusarenduspiirkond Keila linnas, kuhu apteegi asutamine on välistatud, kuna selle läheduses hoiab konkurent vähekäidavad kohas lahti vana apteeki;

- Asutamispiirang nullib väiksemates kohtades konkurentsi ära ja toimib tegelikult ainuõigusena (Jüri Ameerika küla näide);

- Vabanenud apteegikohtadele uue omaniku leidmine toimub liisuheitmise teel Ravimiametis. Võidu võimaluste suurendamiseks on apteegituruliidriga seotud jurist asutanud 100 usaldusühingut nimedega Starting 1-Starting 100.

- Liisuheitmisel osalejatest suur osa on variisikud, aga ka lihtsalt õnneotsijad, kes ei ole tegelikult valmis apteeki asutama. Kui keegi võidab asutamise õiguse, siis on tal võimalus see edasi müüa (näiteks on pakutud hinnaks miljon krooni). Kui õiguse saajal on ka tegelikult asutamise soov, võib apteek siiski jääda tegemata, kuna antud piirkonnas ei pruugi leiduda sobivat kohta (vastuvõetava rendihin-

naga pinda käidavas kohas vms);

- Ettevõtja kinnitusele on ta viimasel kahel aastal avanud 6 uut apteeki, neist ühe puhul võideti liisuheitmine ning viiel korral osteti litsents teiselt ettevõtjalt;

- Apteekide asutamispiirang ei kaitse ka pisikesi pereapteeke ketistumise vastu, kuna tegelikkuses ostetakse need lihtsalt üles.

Ravimiamet on osundanud sellele, et piirangu rakendajana on ta sundseisus – arvestades kohtupraktikat (Riigikohtu halduskolleegiumi 16.04.2007 otsus Nurme Apteegi asjas) puudub Ravimiametil kaalutusõigus otsustamiseks RavS §-st 42¹ lg 1 sätestatud asjaolude olemasolul piirangu kohaldamise või mittekohtaldamise üle. Ravimiamet on ka selgitanud, et RavS § 42¹ lg 4 alusel on kohaliku omavalitsuse taotlusel asutamispiirangust erandite tegemine võimalik üksnes viidatud sättes toodud kolmel juhul (rahvastiku ümberpaiknemine kindlas piirkonnas, apteegiteenuse halb kvaliteet kindlas piirkonnas või apteegi puudumine kindlas piirkonnas). Ravimiameti selgituse järgi peab omavalitsusüksuse põhjendatud seisukohast selguma, mis ajendil ja asjaoludel on kohalik omavalitsusüksus seisukohal, et üldapteegi või selle struktuuriüksuse avamine esitatud piirkonnas on põhjendatud ja vajalik. Ravimiamet ei ole omavalitsusüksuse taotlusega seotud, vaid üksnes käivitab RavS §-s 42¹ lg-tes 5-7 sätestatud menetluse. Pärast teabe avalikustamist Ravimiameti kodulehel saavad isikud, kes soovivad osutada apteegiteenust, esitada asutamisõiguse saamiseks taotluse. /.../ Kui nõuetekohaseid taotlusi laekub rohkem kui üks, siis heidetakse liisku nende esitajate vahel. Liisuheitmise tulemused tehakse Ravimiameti veebilehel teatavaks kolme ööpäeva jooksul. Üldapteegi või selle struktuuriüksuse avamise õiguse saanud isik esitab nõuetekohase taotluse üldapteegi tegevusloa saamiseks hiljemalt 180 päeva jooksul pärast liisuheitmise tulemuse teatavaks tegemist. /.../.

Eeltoodust ilmneb, et lisaks eesmärgipärasuse põhimõttele on RavS § 42¹ imselges vastuolus minimaalse regulatsiooni põhimõttega, seades ettevõtluse teele liigseid bürokraatlikke takistusi (red tape). Piirangu kehtestamisele ei ole eelnenud mõjude

analüüsi, mis näitaks, et piirangu väidetavaid eesmärke ei oleks võimalik saavutada konkurentsi sellisel viisil piiramata. Tegelikult ei ole isegi teada, et keegi oleks enne apteekide asutamispiirangu kehtestamist uurinud, et taolise piiranguga in kuskil soovitud tulemusi saavutatud (ehk siis välditud maapiirkonnas apteekide sulgemist ja rahvatervist edendatud) või et eelnõu algtekstile lisatud seletuskirjas nimetatud eesmärke oleks isegi teoreetiliselt võimalik selliste vahenditega saavutada. See näitab, et asutamispiirangu mõjusid ei olnud enne kehtestamist analüüsitud, aga ühtlasi tekitab ka kahtluse, kui ehtsad või otsitud seletuskirjas märgitud eesmärgid üldse on. Sest kui asutamispiirangu tegelik eesmärk ei olnud legitiimne, siis ei saanud seda arusaadavalt ka seaduseelnõu seletuskirja panna. **Piirangu tegeliku mõju järgi otsustades teenib see turul kanda kinnitanud suurte jaekettide huve, kes saavad loasüsteemi kasutades ära hoida konkurentide tulekut oma apteekide kõrvale.**

RavS § 42¹ alusel ei rakendu tegelikkuses ka kontrollitud konkurentsi mudel (kontrollitud konkurentsi võiks tagada näiteks süsteem, mis seoks tõmbekeskustes asutatavate kasumlike apteekide tegevusloa kohustusega asutada või hoida käigus apteeki maapiirkonnas, kus see majanduslikult ära ei tasu). Asutamispiirang ei seo asutamise õigust kohustusega. Tegelikult ei pea liisuheitmise võitja isegi apteeki asutama, vaid võib saanud õiguse lihtsalt maha müüa. Apteekide asutamispiirangul on hoopis konkurentsi takistavad ja moonutavad mõjud, mida ei saa pidada legitiimseks. Praktikas on kinnitust leidnud kahtlused seoses asutamispiirangu mittetoimimise ja sobimatusega taotletud eesmärkide saavutamiseks, mis on kõnealust piirangut saanud algusest peale. Need küsimused on tõstatatud nii 2005. aastal Vabariigi Valitsuse arvamuses kui 2009. aastal Konkurentsiameti ettepanekus, samuti 2010. aastal, kui asutamispiirangu kaotamist sätestav eelnu oli Riigikogu menetluses. Ometi on piirang käesoleva ajani seaduses, koos sellega turuosalistele ja kaudselt ka tarbijatele kaasnevate negatiivsete tagajärgedega.

Ravimiameti praktikas on piirangu põhjendamisel tuginetud muu hulgas Riigikohtu halduskolleegiumi 16.04.2007 otsusele Nurme apteegi asjas. Punktis 15 märkis kohus muuhulgas järgmist:

15. Seetõttu leiab Riigikohtu halduskolleegium, et RavS § 42¹ lg 1 reguleerib apteegipidaja ettevõtlusvabaduse kasutamist ka sellel teel, et aitab vältida ülemäärast konkurentsi apteekide turul, kus konkurentsis püsimise eesmärgil kasutaks apteegid vahendeid, mis võiksid seada ohtu adekvaatse tervisekaitse. Siinkohal viitab Riigikohtu halduskolleegium oma varasemale praktikale, kus kolleegium on 17. aprillil 2002. a otsuses asjas nr 3-3-1-19-02 leidnud, et Ühistranspordiseaduse vaidlusaluse sätte eesmärgiks võib olla ka vedaja huvide kaitse, kui see aitab kaasa veoteenuste osutamise stabiilsusele, ohutusele ja reisijate sõidumugavuste loomisele. Veoteenuste osutamise stabiilsust või ohutust häiriks näiteks see, kui sama väljumisaja tõttu ei jätku enam reisijaid mõlemale sõidukile ja seetõttu muutuks vedu majanduslikult mittetasuvaks või kui tuleks vähendada kulutusi ohutusele. Ka kulutused reisijate sõidumugavustele võivad väheneda, kui ülemäärane konkurents või vedaja põhjendamatu ebakindlus veoteenuste turul seda tingivad.

Konkurentsiamet on veendunud, et eeltoodud asjaolude valguses, ja eriti arvestades piirangu tegelikke mõjusid, ei sobi Riigikohtu halduskolleegiumi nimetatud argumentid RavS § 42¹ õigustamiseks. Konkurentsiamet on ka avalikult kritiseerinud viidatud argumentatsiooni Riigikohtu halduskolleegiumi 17.04.2002 otsuses, mis õigustas sarnast konkurentsipiirangut seoses olemasoleva bussiliinivedude korraldusega. **Riik peaks olema ettevaatlik taolise argumendi nagu "ülemäärane konkurents" kasutamisel ettevõtlusvabaduse piiramiseks, kuna see võib väga kergesti muutada tööriistaks turu monopoliseerimist taotlevate ettevõtjate käes.**

Konkurentsiamet juhib käesoleva korduvalt tähelepanu asjaolule, et RavS §-s 42¹ ettenähtud asutamispiirang kahjustab konkurentsi, olles samas mitte-eesmärgipärane ja proportsionaalne ning tuleb seega kaotada. Lähtuvalt oma pädevusest ei saa Konkurentsiamet vastata am-

mendavalt küsimusele, milline peaks olema sobivaim alternatiivne lahendus. Riigikogu kantselei õigus- ja analüüsiosakond on 2010. aastal teinud ülevaate apteegi tegevuslubade väljaandmisest ja maa-apteekide säilitamisest Euroopa riikides. Muu hulgas näitab see võimalusi, kuidas saavutada kehtiva asutamispiirangu väidetavaid eesmärke teiste vahenditega (sh maa-apteekide toetamine, ravimite väljastamise õiguse andmine arstidele, ravimiautomaadid, mobiil-apteek). Konkurentsisametile teadaolevalt on Sotsiaalministeeriumi ja Ravimiameti koostöös ettevalmistamisel ravimiseaduse parandused, mis võiks tõepoolest leevendada ravimite kättesaadavuse probleemi maapiirkondades, kus apteegi asutamine ei osutu majanduslikult tasuvaks (RavS § 42¹ ei ole seda taganud ega saagi kuidagi tagada). Vähemasustatud piirkondades ravimite kättesaadavuse parandamiseks sobivad lahendused saavad olla näiteks maa-apteekide subsideerimine ja e-apteek, kuid miks mitte ka teatud tingimustel perearstidele ravimimüügi õiguse andmine. Apteekide asutamispiirangu kaotamine ei too isenesest kaasa apteekide asutamist väheasustatud piirkondades, küll aga elavdab see apteekide konkurentsi üldiselt. Elavam konkurents apteekide turul suurendab muu hulgas tõenäosust, et apteekide lahtiolekuaegu pikendatakse ning tekib juurde ka ööpäevaringselt avatud apteekke jne.

Kokkuvõte

RavS § 42¹ rakendamisel on ilmnunud vaieldamatult konkurentsi kahjustavad mõjud, mida ei ole võimalik õigustada lähtuvalt üldapteegi tegevusloa väljaandmise ja muutmise piirangute eesmärgist. Hoolimata piirangutest on maapiirkondades üldapteekide arv järjest vähenenud. Kõnealused piirangud ei ole tegelikuses kaasa toonud apteegiteenuse ühtlasemat geograafilist jaotumist ega sellega kaasnema pidanud rahvatervisega seotud ja regionaalpoliitilisi eesmärke. Vastupidiselt, lähtuvalt majanduslikust loogikast, mida piirangute kehtestamisel võis ka ette näha, on ettevõtjad valmis apteekke asutama seal, kus see on kasumlik. Isegi teoreetiliselt ei saa asuta-

mispiirang motiveerida ettevõtjaid asutama apteekke seal, kus see ära ei tasu. Turuosaliste kinnitusel on asutamispiirang takistanud apteekide asutamist uute tõmbekeskuste juurde ja asumi geograafilise laienemisega kaasnevale nõudlusele vastamist. Asutamispiirangut on kasutatud selleks, et takistada konkurentide ligipääsu turule. Praktikas on asutamispiirang mõjunud negatiivselt mitte ainult konkurentidele, vaid ka ravimite kättesaadavusele, toimides seega vastupidiselt oma eesmärgile. Liisuheitmise süsteemil (RavS § 42¹ lg 5-7) on lausa groteskselt konkurentsi moonutavad kõrvalmõjud. Suurel osal juhtudel on liisuheitmise võitnud isik jätnud tegelikult apteegi asutamata. Ühtlasi on loasüsteem võimaldanud turuliidritel konkurentsi vältida. Kuna tegevusloa omandamine ei ole praktikas seotud kohustusega, müükase liisuheitmise teel saadud õigused tihti edasi suurtele turuosalistele. Loa omandajal ei pruugi olla tegelikku soovi uue apteegi asutamiseks antud piirkonnas – luba võidakse omandada ka lihtsalt selleks, et takistada konkurentide turuletulemist.

Vähemasustatud piirkondades ravimite kättesaadavuse parandamiseks on välja pakutud teised, eesmärgipärased vahendid, mis ei kahjusta konkurentsi, ettevõtjate õigusi ja tarbijate huve, nagu on mõjunud RavS § 42¹.

Eelpooltoodut arvestades, ei ole kahtlust, et RavS § 42¹ on taotletava eesmärgi saavutamiseks sobimatu, mittevajalik ja igas mõttes ebaproportsionaalne vahend.

Apteekide asutamispiirang kujutab endast kunstlikku konkurentsitõket ja õigustamatut sekkumist ettevõtlusvabadusse ning tuleks seetõttu kaotada.

Lugupidamisega

/allkirjastatud digitaalselt/

Märt Ots

Kristjan Ots, tel 6672454
Kristjan.ots@konkurentsiamet.ee

ORGANISATSIOONIDE VASTUS KONKURENTSIAMETI KIRJALE

Hr Hanno Pevkur
Sotsiaalministeerium
Gonsiori 29
15027 Tallinn

22. november 2011.a.

Ärakiri:
Majandus- ja Kommunikatsiooni-
ministeerium
Riigikogu sotsiaalkomisjon
Riigikogu majanduskomisjon
Õiguskantsler

EESTI APTEEKRITE LIIDU JA EESTI APTEEKIDE ÜHENDUSE SEISUKOHAD KONKURENTSI- AMETI ETTEPANEKU SUHTES

Konkurentsiamet (edaspidi KA)
on 07.11.2011.a saatnud sotsiaalminis-
trile ettepaneku (edaspidi Ettepanek)
ravimiseaduse §-s 42¹ ettenähtud
üldapteegi tegevusloa väljaandmise
ja muutmise piirangute kaotamiseks.

Eesti Apteekrite Liit (edaspidi
EAL) ja Eesti Apteekide Ühendus
(edaspidi EAÜ) edastavad seoses KA
ettepanekuga alljärgnevad seisuko-
had.

I. KOKKUVÕTE:

EAL on seisukohal, et Ettepanek
põhineb ebaõigel lähteinforma-
tsioonil, kuna KA ei ole teemat
analüüsinud ega tutvunud Euroopas
tehtud asjakohaste uuringute ega
Euroopa Kohtu praktikaga, vaid ra-
janud oma seisukohad peamiselt
oletustele. Selle tulemusena on KA
järeldused ekslikud ning need tuleb
jätta tähelepanuta. Apteegi asutamis-
piirangud tuleb säilitada, kuna selle
kasuks räägivad:

A) ÕIGUSLIKUD ARGUMENDID

- Asutamispiirangud on kooskõlas
nii Põhiseaduse kui ka Euroopa Li-
idu õigusega. Seda kinnitab Riigi-
kohtu praktika (otsus nr 3-3-1-5-07)
ja Euroopa Kohtu praktika (otsused
nr C-570/07 ja C-571/07).

- Asutamispiirangute kaotamine on
Põhiseadusega vastuolus, kuna see
kahjustab nii patsiendi kui ka riigi
huve tervisekaitse tagamisel, sest
asutamispiirangud aitavad välti-
da (a) ülemäära apteegiteenuse
kvaliteeti ohustavat konkurentsi
ning (b) apteekide kuhjumist linna
südamesse (seda on kinnitanud Riigikohus). Seega Konkurentsiameti
ettepanek kahjustab ühte olulise-
mat põhiõigust (õigust tervise kait-
sele).

B) MAJANDUSLIKUD JA TERVIS- HOIUPOLIITILISED ARGUMEN- DID

- Apteegi asutamispiirangud täida-
vad eesmärgi ja asutamispiirangute
kaotamine ohustab ravimite kätte-
saadavust ja ohutust.

Ravimituru dereguleerimise
negatiivseid tagajärgi kinnitab
2006.a läbiviidud Austria Tervise-
instituudi (ÖBIG) uuring, mille ko-
haselt:

- ravimi hind tarbija jaoks kallineb.
- uued apteegid kontsentreeruvad
kaubanduslikult atraktiivsetesse
kohtadesse, peamiselt linnakeskus-
tesse.
- lisaks negatiivsele majandusmõju-
le (apteekide hulgiavamine ühes
kohas halvendab nende kõigi ma-
janduslikku toimetulekut ja ap-
teegiteenuse kvaliteeti), avaldub
negatiivne mõju rahva tervise as-
pektist, kuna apteekide ümberpaik-
nemisega ravimite kättesaadavus
hõredamalt asustatud maapiirkon-
dades halveneb.
- suureneb apteekide ketistumine,
mis vähendab konkurentsi.

- Ravimituru dereguleerimise
negatiivseid tagajärgi kinnitab il-
mekalt Rootsi kogemus, kus Da-
gens Industri andmetel tekkis turu
üleküllastumine, mis viis apteekide
majandusliku olukorra halvene-
miseni ja tõi kaasa vajaduse riikli-
kult sekkuda ning marginaale suu-
rendada.

- Piirangute efektiivsuse tõstmiseks

tuleb paralleelselt tegeleda ka ap-
teekide majandusliku jätkusuutlik-
kuse probleemiga ehk esmajärje-
korras viia ravimite juurdehindluse
piirmäärad ravimiseadusega koos-
kõlla.

C) KONKURENTSIPOLIITILISED ARGUMENDID:

- Euroopa Komisjon on eelpool
viidatud oluliste Euroopa Kohtu
otsuste valguses loobunud ravimi-
turul liberaliseerimise nõuetest.
Konkurentsiamet lähtub iganenud
seisukohtadest, kuigi tuleks läh-
tuda Euroopa Komisjoni tänasest
konkurentsipoliitikast.

- Euroopa Komisjon eristab selgelt
kutsealadega seotud teenuste (ad-
vokaadid, notarid, arhitektid, arstid,
proviisorid) eripära teistest teenus-
test ning tunnustab konkurentsipiir-
angute olemasolu neis sektorites.

II. ANALÜÜS

2.1 KONKURENTSIAMETI KRII- TIKA APTEEGI ASUTAMISPII- RANGUTE OSAS ON PÕHJEN- DAMATU JA EBALOOGILINE

KA ettepanekus toodud kriitika
apteegi asutamispiirangute vastu ei
põhine uuringutel ja analüüsil, vaid
on rajatud oletustele ning emotsio-
naalsetele loosungitele.

Lisaks sellele, et KA väited on
vastuolulised ja ebaloogilised, ei ole
nad kooskõlas Riigikohtu ja Euroopa
Kohtu senise praktikaga ning Eu-
roopa Liidus läbiviidud uuringutega.
Pole tarvis märkidagi, et KA ei ole
oma paljasõnaliste väidete põhis-
tamiseks esitanud mingisuguseid
teemakohaseid materjale, puuduvad
mis tahes analüüsid ning läbi pole
viidud asjakohaseid uuringuid, mis
lökkaksid ümber meie poolt viidata-
vate uuringute tulemused (vt allpool
p 2.4).

EAL ja EAÜ soovivad omapool-
sete selgitustega kummutada KA
põhilised väited:

Väide 1

Piirangud ei täida oma funktsiooni, vaid töötavad vastupidiselt seletuskirjas nimetatud eesmärkidele. Konkurentsiamet kahtleb, kas eelnõu seletuskirjas sisalduv mehhanism ka teoreetiliselt tasandil tegelikult toimib. Apteekide asutamispiirangul on hoopis konkurentsi takistavad ja moonutavad mõjud, mida ei saa pidada legitimiseks.

Väide 2

Enne piirangute kehtestamist ei ole uuritud piirangute mõjusid. Tegelikult ei ole isegi teada, et keegi oleks enne apteekide asutamispiirangu kehtestamist uurinud, et taolise piiranguga on kuskil soovitud tulemusi saavutatud (ehk siis välditud maapiirkonna apteekide sulgemist ja rahvatervist edendatud) või et eelnõu algtekstile lisatud seletuskirjas nimetatud eesmärgid oleks isegi teoreetiliselt võimalik selliste vahenditega saavutada.

Väide 3

Apteekide arvu piiramine linnapiirkondades võib aga viia omakorda paradoksaalsel kombel apteekide arvu ebaoptimaalselt kõrgeks. Suured apteegiketid võivad hoida mõningaid apteeke avatuna mitte seetõttu, et see oleks majanduslikult põhjendatud, vaid hoopis seetõttu, et blokeerida konkurentide tekkimist. Apteekide asutamispiirangu kaotamine ei too kaasa apteekide asutamist väheasustatud piirkondades, küll aga elavdab see apteekide konkurentsi üldiselt.

Väide 4

Riigikohtu halduskolleegiumi otsuses nimetatud argumentid ei sobi RavS § 42¹ õigustamiseks. Riik peaks olema ettevaatlik taolise argumenti nagu „ülemäärane konkurents“ kasutamisel ettevõtlusvabaduse piiramiseks, kuna see võib väga kergesti muutuda tööriistaks turu monopoliseerimist taotlevate ettevõtjate käes.

2.2. PIIRANGUTE TEGELIKUD EESMÄRGID JA PIIRANGUTE TEGELIK MÕJU

KA ei ole ilmselt aru saanud, milised on piirangute tegelikud eesmärgid, nende sisu ja taustsüsteem. KA ei ole samuti mõistnud ravimituru toimimise seaduspärasusi. Ravimid ei ole võrreldavad tavakaubaga ning

apteegiteenus on tervishoiuvaldkonnas üks oluline osa.

Toome siinjuures ära piirangud sätestanud seaduse eelnõu seletuskirja täpse sisu:

Seaduseelnõu eesmärgiks on tagada apteegiteenuse kättesaadavuse ühtlasem jaotumine tervel Eesti territooriumil, et kindlustada isikutele ravimite võrdsem ning parem kättesaadavus. Selle eesmärgi saavutamiseks püütakse vältida apteekide kuhjumist tihedamalt asustatud aladele ja apteegiteenuse vähenemist vähemasustatud piirkondades, järgides ühtlasi regionaalpoliitilisi eesmärgi. Seaduseelnõus sätestatud piirangud on vajalikud, et tagada apteegiteenuse ühtlasem jaotumine terves riigis.

Tänaseks on üha jätkuv apteekide asümmeetriline koondumine maalt linnadesse võtnud ulatuse, mis teeb vajalikuks kehtestada tingimused apteekide ühtlasemaks jaotumiseks, et tagada ravimite territoriaalne kättesaadavus, seda eriti maapiirkondades. Lisaks on vajalik kehtestada asulates geograafiline piirang, et tagada jätkusuutlike ning majandamisvõimeliste apteekide olemasolu. Algatajad on seisukohal, et seaduseelnõus toodud geograafiline piirang ei muutu elanike jaoks ahistavaks. Pigem on algatajad seisukohal, et uute apteekide asutamise piiramine kohtades, kus neid on juba piisavalt palju (nt Tallinna), takistab apteekide kontsentreerumist linnakeskustesse.

Seaduse vastuvõtmine võimaldab elanikkonnal apteegist ravimeid hankida mõistliku aja ning sõidukuluga. Uute apteekide asutamise piiramine kohtades, kus neid on juba praegu piisavalt (nt Tallinn), takistab apteekide kontsentreerumist linnakeskustesse. See suurendab senistel maapiirkondade apteekidel huvi jätkata oma tegevust ning seejuures ka huvi avada uusi apteeke või selle struktuuriüksusi. Samuti aitab seaduse reguleerimine tasakaalustada apteegiteenuse moondunud pakkumist.

Võttes aluseks seadusandja poolt kirjeldatud eesmärgid ning eelnõu prognoositud mõjud, on ilmne, et piirangud on eesmärgi edukalt täitnud. Kõigepealt, eelnõu seletuskirjas sõnastatud eesmärgi püstituses on selge erisus linna- ja maa-apteekide osas. Linna-apteekide osas on eesmärgiks vältida kuhjumist ning maa-

apteekide osas eesmärgiks vältida vähenemist.

Peamine piirangute kriitika põhineb fundamentaalselt väärarusaamises eelnõu eesmärgi püstitusest – nagu oleks piirangute eesmärgiks maa-apteekide arvu suurendamine. Nagu eelpool osundatud, eelnõu seletuskirja tekstis sellist eesmärki fikseeritud ei ole. Taolise eesmärgi omistamine piirangutele Konkurentsiameti poolt on käsitletav avalikkuse eksitamisena.

Piirangute eesmärgi on aidanud sisustada Riigikohus 2007.a. Nurme Apteegi kaasuses (Riigikohtu otsus nr 3-3-1-5-07). Riigikohus on tõlgendamise teel jõudnud järgmistele järeldustele piirangute eesmärkide osas:

(1) vältida ebatervet konkurentsi: RavS § 42¹ kaitseb apteegiteenuse osutamise stabiilsust ja ohutust, sest aitab vältida ülemäära konkurentsi apteekide turul, kus konkurentsis püsimise eesmärgil kasutaksid apteegid vahendeid, mis võiksid seada ohtu adekvaatse tervisekaitse (lahendi p 15) ning

(2) tagada jätkusuutlike ja majandamisvõimeliste apteekide olemasolu (lahendi p 14). On igati õigustatud väita, et piirangud on aidanud vältida ülemäära konkurentsi ja seeläbi soodustanud apteekide jätkusuutlikkust. Jätkusuutlikkus pole aga täna siiski piisav tulenevalt seadusega vastuolus olevatest ravimite jaemüügi juurdehindluse piirmääradest.

RA statistika kinnitab üheselt, et piirangute tegelike eesmärkide saavutamine on olnud edukas: apteekide jätkuv kuhjumine tihedalt asustatud piirkondades on tõkestatud (apteekide arv linnades väheneb, sellele viitab ka KA ise oma Ettepanekus, vt lk 3, ülevalt II lõik), mistõttu apteegipidajatel on vähenenud surve lõpetada tegevus maal. Kuigi ka maa-apteeke on piirangu kehtimise ajal suletud, rõhutame, et maa-apteekide sulgemise tempo on ajas aeglustunud. Alates 2007.a on see olnud aeglasem kui linnades apteekide sulgemise tempo. Alates 2007.a on linnades apteekide arv vähenenud 27 apteegi võrra (376 - 349), maal 19 apteegi võrra (147 - 128). See asjaolu annab alust arvata, et apteegipidajate ja erialase

personali huvi linna ümber paikneda on vähenenud. Selle olulise fakti on KA jätnud millegipärast tähelepanuta, vaid on oma Ettepanekus demagoogiliselt keskendunud asjaolule, et ka maa-apteekide on suletud.

On tõsi, et piirangud ei ole küll kaasa toonud maa-apteekide arvu suurenemist, küll aga on tõhusalt pidurdanud maa-apteekide jätkuvat sulgemist. On põhjust arvata, et ilma piiranguteta oleks maa-apteekide sulgemise tempo olnud oluliselt kiirem. Üheks niisuguse suundumuse peamiseks põhjuseks on asjaolu, et farmaatsiaalase haridusega töäjõu ressurss Eestis on piiratud. Eesti apteekides rakendatud töäjõu osas on andmed järgmised: 2010.a töötas apteekides 774 proviisorit ja 583 farmatseuti; 2007.a. 813 proviisorit ja 563 farmatseuti. Apteekerikonna arv püsib stabiilselt allpool 1400 inimest ning riikliku koolitustellimuse oluline tõstmine ei ole väikeses riigis otsustav ega jõukohane. Kuna uute apteekide avamine tõmbekeskustes vajab erialast töäjõudu ning seal pakutakse keskmisest kõrgemat palka, liigub erialane töäjõud maalt tõmbekeskustesse. Seetõttu jätab apteekide kuhjumine tõmbekeskustes muud piirkonnad kaadrist ilma ning viib paratamatult maa-apteekide hääbumiseni. Probleemile juhib tähelepanu Faktum&Ariko 2011.a uuring "Maa-apteekide omanike ja töötajate suhtumine ravimiseaduse võimalikesse muudatusesse", millest kerkib 2 olulist järeldust:

1) 87% väikeapteekidest ei ole võimalised praegusel hetkel kulusid katma või saavad sellega hakkama väga napilt;

2) Kui suuremas linnas või maakonnas pakutaks kõrgemat palka, siis on rohkem kui kolmandik (36%) väikeapteekide omanikest ja töötajatest valmis kaaluma tööko-havahetust.

Erialase kaadriga varustatuse küsimus on tervishoiu võtmeküsimuseks, seda ka apteegivaldkonnas. Apteekide hulgiavamine linnades (mida ilmselgelt taotleb KA) tekitab senisest teravamalt töäjõukriisi. Spetsialistidega varustatus on üks võtmeküsimusi mida apteegivõrgu laiendamisel tuleb arvestada.

Ravimiameti poolt koostatud Eesti apteekide tegevuse ülevaadete põhjal asub arvuliselt 73% kõikidest apteekidest linnades, sh 35% kahes suuremas linnas (26% Tallinnas ja 9% Tartus). Käibest lähtudes langeb koguni 60,5% apteekide kogukäibest Tallinna ja Tartu osaks. Selle põhjal oleme veendunud, et edasine apteekide koondumine linnadesse Eesti riigi ega elanike huvides ei ole, kuna vähendab erialase kaadri äravoolu tõttu ravimite kättesaadavust maa-piirkondades.

KA jätab oma väga piiratud käsitluses täielikult arvestamata apteegivõrgu arenguga seotud tervishoiupoliitilised aspektid ja muudatuste võimalikud tagajärjed. Riigikohtu ja Euroopa Kohtu otsuste põhjal võib teha järelduse, et rahvatervise kaitse on ettevõtlusvabadusest prioriteetsem põhiõigus, mida ülemäärane konkurents võib tõsiselt kahjustada, kuna halvendab ravimite kättesaadavust maa-piirkondades ning viib alla apteegiteenuse kvaliteedi ka linnades.

KA väidab, et enne piirangute vastuvõtmist ei uuritud nende võimaliku mõju, eelnõu tegelikud eesmärgid aga ei olnud legitiimsed. Sisuliselt süüdistab KA siin seadusandjat ebapädevuses või isegi õiguserikkumises. EAL ja EAÜ on veendunud, et Eesti seadusandjad teevad tööd ausalt ja pühendumusega ning eelnõu vastuvõtmisega kaasnevaid mõjusid analüüsi. Sellele viitab ka seletuskirjas võimalike mõjude väljatoomine. Osutame, et piirangute eelnõu koostamise ajal kehtisid analoogsed piirangud mitmetes EL riikides (Austria, Prantsusmaa, Itaalia, Kreeka jne). EAL ja EAÜ on veendunud, et eelnõu väljatöötajad tutvusid piirangute olukorraga asjakohastes riikides ja jõudsid järeldusele, et see mudel töötab ka Eestis.

Märkimata ei saa jätta KA kriitika ebakonstruktiivset ning demagoogilist iseloomu – isegi kui oletada, et enne piirangute kehtestamist konkreetseid uuringuid ei olnud (mida me ei pea tõenäoliseks), ei põhista see täna piirangute kaotamist ilma uurin-guteta ja mõjude detailse analüüsita. Lähtuda tuleb ikkagi tänasest olu-

korrast ja muudatuste võimalikest mõjudest, mis järgnevad piirangute kaotamisele ning need on Eestis KA poolt täielikult uurimata. Kui KA kritiseerib liisuheitmise süsteemi vabade apteegikohtade jagamiseks ning väidab, et süsteem ei toimi sobivalt, siis oleks korrektne keskenduda konkreetsetele puudustele ja teha ettepanekuid nende kõrvaldamiseks, mitte üritada lammutada pimesi kogu asutamispiirangute süsteemi. Kujundlikult võiks seda võrrelda sooviga majalt üks eemaldada, kui see logiseb, mitte aga keskenduda rikke põhjuse kindlakstegemisele ning seejärel vea kõrvaldamisele.

Oluline on mitte unustada piirangute vastuvõtmise taustsüsteemi.

Aluse tänapäevasele apteegivõrgu kujunemisele andis 1923.a jõustunud vabamüügi apteekide avamise seadus, mis sätestas kriteeriumid uute apteekide avamisele. Ühe apteegi võis avada keskmiselt 6000 elaniku kohta, Valgas, Narvas ja Pärnus 7000 elaniku kohta ning Tallinnas ja Tartus 8000 elaniku kohta. 1940.a seisuga oli Eestis 205 apteeki. Apteegivõrgu planeerimine jätkus ka Eesti NSV ajal ning taasiseseisvumise ajal tegutses Eestis 218 apteeki. Selline apteegivõrgu suurus oli Eesti elanikkonna teenindamiseks optimaalne.

Taasiseseisvumise järgselt algas intensiivne apteekide avamine 1990-ndate aastate lõpul, kui alustati aktiivse turu hõivamisega mitmete suurettevõtjate poolt. Selle järelmina suurenes apteekide arv 218-lt 536-ni, kusjuures elanike arv on võrreldes taasiseseisvumisajaga vähenenud, sh Tallinnas 100 000 elaniku võrra (apteekide arv on Tallinnas suurenenud 23-lt 130-le). Eesti on riik, kus elanike kohta on olnud suhteliselt palju enam apteekide kui Euroopas keskmiselt: 2006.a oli Eestis keskmiselt 2500, kuid Euroopas 7000 elaniku kohta. 2011.a on PGEU poolt uuritud Euroopa riikide keskmine elanike arv apteegi kohta umbes 5000 elaniku ühe apteegi kohta. Võrdluseks toome ära, et näiteks Soomes oli see 6600, Rootsis 9900, Norras 7500 ja Taanis koguni 22 300 elaniku ühe apteegi kohta. Eestis on täna umbes 2800 elaniku ühe apteegi kohta, seega oli apteekide suhteliselt ligi 2 korda enam, kui

Euroopas keskmiselt. Seega Eestis on selgelt märgatav viimaste aastate jooksul piirangute positiivne mõju. Enne piirangute jõustumist paisus apteekide arv linnades suisa kontrollimatult (viimase mõne kuu jooksul enne piirangute jõustumist 50 võrra). Kui rääkida Eesti linnadest, siis neis on Statistikaameti ja Ravimiameti andmetel apteeke täna veel suhteliselt palju enam, kui Eestis keskmiselt – linnades on 2480 elanikku apteegi kohta. Seega on täiesti alusetu väita, et Eesti linnades ei ole ravimid kättesaadavad või ei toimi piisavalt apteekide vaheline konkurents.

Huvitav on märkida, et ka KA ise on vastuolulises argumentatsioonis ühtaegu kritiseerinud asutamipiirangu tõttu konkurentsi puudumist ja sealsamas leidnud (Ettepanek, lk 3, ülevalt I lõik), et: A) Apteekide arvu piiramine linnapiirkondades võib viia omakorda paradoksaalsel kombel apteekide arvu ebaoptimaalselt kõrgeks; B) linnades valitseb pigem ülepakkumine. KA loogika jääbki arusaamatuks: ühtaegu soovitakse justkui konkurentsi edendada, taotledes piirangu kaotamist, samas mööndakse, et just piirang võib suurendada apteekide arvu linnades. Teisal sedastatakse, et piirangu kaotamine ei too kaasa apteekide asutamist väheasustatud piirkondades, kuid piirangu kaotamine elavdaks konkurentsi üldiselt (Ettepanek, lk 6, ülevalt I lõik). KA arusaamatu väide, et piirang võib viia apteekide arvu linnapiirkondades ebaoptimaalselt kõrgeks, on ebaloogiline ja vastuolus Ravimiameti andmetega: nagu käesolevas kirjas eelpool öeldud (lk 4, alt II lõik), Eesti linnades on apteekide arv 2007.aastast vähenenud 27 apteegi võrra. Samuti jääb arusaamatuks, mis on ikkagi need konkreetset probleemid, mida loodetakse läbi väidetava konkurentsi elavdamise ületada. Ravimite müük ei ole tavapärane kaubandus, vaid sisuliselt tervishoiuteenuse osa ning ravimi hinnale konkurents märkimisväärselt mõju avaldada ei saa, kuna hinnad sõltuvad ennekõike riiklikest juurdehindluse piirmääradest ja Haigekassa ravimihüvitistest.

KA vastuolulise arutluse põhjal võib siiski teha järelduse, et KA tead-

vustab tegelikult, et piirangu kaotamise tagajärjeks saab olla üksnes apteekide arvu kasv linnades, kus aga juba nagunii valitseb ülepakkumine. Seega soovitakse liikuda suunas, mis ülepakkumist linnades veelgi paisutab. Samas puudub KA-l nägemus, kuidas piiranguid kõrvaldades piirangute eesmärki täita, st säilitada apteegivõrku maal, tagada apteekide jätkusuutlikkus ning apteegiteenuse kvaliteet, mida ähvardab ülemäärane konkurents (mida Riigikohus on tauninud).

Ravimipoliitika suunajad peaksid täna eneselt küsima: millist eesmärki Eestis saavutada soovitakse. Kui eesmärgiks on tõesti apteekide arvu jätkuv suurenemine linnades (ennekõike Tartus ja Tallinnas, kus nagunii valitseb ülepakkumine) ja maa-apteekide hääbumine, siis on piirangu kaotamine omal kohal. EAL ja EAU hinnangul ei ole selline eesmärk aga legitiimne ning seetõttu on piirangute kaotamine vastuolus Põhiseadusega.

Mis puutub piirangute kaotamise võimalikku mõju ravimite hinnale, siis selle kohta on ÖBIG'i 2006.a uuringu järeldustes öeldud, et liberaliseerimine ei vii konkurentsi kasvule ning kulude kokkuhoiuni; pole tõendeid, et käsimüügiravimite hinnad seepeale langeksid. Apteekri mõju ravimi hinnale saabki olla üksnes marginaalne. On teada, et Eestis moodustab ravimi lõpphinnast 80% tootjahind, apteegi mõju lõpphinnale piirdub umbes 15%-ga.

Võime retooriliselt küsida, kas enne 2006.a (mil Eestis piirangud jõustusid) eksisteeris efektiivne ja vaba hinnakonkurents ja hinnad olid madalamad kui täna? Loomulikult mitte, kuna riiklikult reguleeritud hinna puhul ei saagi see nii olla. Apteekide peamine sissetulekuallikas on ravimite muuk. Apteekrid rakendavad neile seadusega lubatud juurdehindlust, mis on sedavõrd väike, et sealt allapoole tulemiseks üldjuhul ruumi ei ole. Samas, ravimiseaduse eelnõu seletuskirjas kinnitatakse, et riigi kohustus on tagada jätkusuutlikus antud ettevõtluses ja ettevõtlusvabaduse piirangute kehtestamise majanduslik põhjendatus ravimite

kulu kontrolliks sellisel kujul, et see oleks vastavuses Põhiseadusega. Põhjuseks, miks maal apteeke ei taheta avada, on nende väikene rentaablus.

Kui riik oleks täitnud oma kohustused apteekide majandusliku toimetuleku suurendamiseks, oleks ettevõtjatel ka motivatsioon asutada uusi apteeke maapiirkondades. Apteegi asutamise piirangud ei saa töötada täie efektiivsusega, kui riik ei täida oma kohustusi ravimite müügi kaalutud keskmise juurdehindluse tagamisel. Kuigi riik oli enne piirangute jõustumist 2006.a teadlik, et apteekide kaalutud keskmine juurdehindlus on madalam, kui seaduses sätestatud (näiteks 2005 oli see 19,4 %, seadus näeb ette vahemiku 21-25%), ei ole riik siiski piirmäärasid suurendanud. Meile teadaolevalt on täna Eesti kohtusüsteemis pooleli vaidlus apteekide riigivastutuse küsimuses seoses puudulike juurdehindluse piirmääradega.

Huvitav on märkida, et RavS § 42¹ mõjude selgitamiseks on Konkurentsiamet küsitlenud üksnes kahte üldapteeki omavat ettevõtjat, kuigi Eestis on ravimite jaemüügiturul osalisi kokku umbes 200. See fakt illustreerib ilmekalt KA pinnapealsust probleemide käsitlemisel. Samuti ei ole arvestatud Euroopa laiaulatuslikku kogemust, ega peetud isegi vajalikuks konsulteerida Eesti erialaorganisatsioonide EAL'i ega EAU'ga, millesse kuulub valdav enamus Eesti apteekidest. KA pole suvatsenud pöörduda ka maa-apteekide eneste poole, kes oleksid piirangute kaotamisel otseselt löögi all. Eesti maa- ja väikeapteegid on väga üksmeelselt väljendanud toetust piirangute säilitamisele ja rõhutanud nende vajalikkust. 18.01.2010.a saatis Elva Kesklinna Apteegi juhataja proviisor Kai Muru Riigikogu Sotsiaalkomisjonile ja sotsiaalministrile kirja, milles põhjendas piirangute säilitamise vajalikkust. Kiri esitati 92 väike- ja maaapteegi toetusallkirjaga. On alusetu väita, et piirang ei täida oma eesmärki, kui sellel on maa-apteekrite üksmeelne toetus.

Oleme seisukohal, et KA Ettepanekus kirjeldatud lähenemine

on Eesti tervishoiupoliitika seisukohalt vastutustundetu. Eesti tervishoiupoliitikas ei saa olla kohta läbimõtle mata eksperimentidele. Kui riik asutamispiirangud kaotab ja selle tulemusena maa-apteegid kaovad, siis apteegivõrgu taastamine ei ole riigile enam majanduslikult jõukohane.

2.3. PIIRANGUD EUROOPAS

Oluline on arvestada, et sarnased apteekide asutamise piirangud kehtivad terves reas Euroopa riikides. Vastavalt Euroopa Komisjoni juures tegutseva PGEU andmetele kehtivad geograafilised ja demograafilised asutamispiirangud Austrias, Belgias, Horvaatias, Prantsusmaal, Kreekas, Ungaris, Itaalias, Lätis, Luksemburgis, Maltal, Portugalis, Rumeenias, Sloveenias ja Hispaanias. Lisaks ei ole apteekide asutamine vaba veel Soomes, Poolas, Taanis, Küprosel, Saksamaal (litsentside hulga piiramise või omandipiirangute tõttu). Viimasel ajal on piirangud kehtestatud Ungaris (2011), Portugalis (2007). Rumeenias on edasi lükatud nende kaotamine (2010). Viimaste andmete põhjal võib teha järelduse, et loetletud riikides on leitud, et piirangud on apteegivõrgu ühtlasemaks jaotamiseks ning ravimite kättesaadavuse tagamiseks vajalikud ning värskem trend on piirangute kehtestamise ja säilitamise, mitte liberaliseerimise suunas. Pole kahtlust, et asutamispiirangud on ka riigile oluliselt odavam meede võrreldes näiteks maa-apteekide subsideerimisega.

2.4. PIIRANGUTE KAOTAMISE EHK DEREGULEERIMISE MÕJUD

KA ei ole vaevunud piirangute kaotamise kompleksseid mõjusid Eesti ravimiturule uurima. Häämas-tav on see, et läbi ei ole töötatud isegi asjakohaseid ning avalikkusele kättesaadavaid materjale, sh ainus tõendus-põhine uuring antud teema osas ehk Austria Terviseinstituudi (ÖBIG) 2006.a uuring. Selles töös on jõutud järeldustele:

- Uuring näitas, et apteekide asutamise vabastamine suurendab apteekide arvu eriti siis, kui apteegivõrk on olnud hõre (Norras 8500 elanikku apteegi kohta). Siiski kontsentreeruvad uued apteegid kaubanduslikult atraktiivsetesse kohtadesse, peamiselt linnakeskustesse.

- Lisaks negatiivsele majandusmõjule (apteekide hulgiavamine ühes kohas halvendab nende kõigi majanduslikku toimetulekut), avaldub negatiivne mõju rahva tervise aspektist, kuna apteekide ümberpaiknemisega olukord hõredamalt asustatud maapiirkondades halveneb.

- Liberaliseerimise üheks suuremaks ootuseks on ravimihindade alanemine või stabiliseerimine. ÖBIG'i raport uuris käsimüügiravimite hinnamuutusi aastatel 1995-2005. Tähelepanu koondus just käsimüügiravimitele, kuna retseptiravimite hindu mõjutab suurel määral riiklik kompenseerimissüsteem. Üheski uuritud riigis ravimihindade langust ei toimunud. Kõige stabiilsem ravimihindade areng toimus Austrias ja Soomes. Samas näitasid liberaliseeritud Iirimaa ja Norra suurimat hinnamuutust ja kasvu.

- Apteekide arvu suurenemine ja konkurentsi suurenemine viivad selleni, et apteegi personali hulk väheneb. Lisanduv töömaht ja ajapuu-dus vähendavad tõenäoliselt töö kvaliteeti ja töötaja rahulolu oma tööga. Uuring näitas, et töö kvaliteet oli parem rangelt reguleeritud riikides.

- Uurimuse üks oluline tulemus oli see, et ta näitas, et apteegivõrgu reguleerimine panustab erialasele tegevusele, liberaliseerimine omakorda tõstab esiplaanile kaubanduslikud eesmärgid ning kahandab apteegi farmatseutilise personali ja pakutavad teenused miinimumini.

- Lisaks eeltoodule leitakse ÖBIG'i uuringus, et liberaliseerimise üheks ebasoovitavaks tulemiks on veel apteekide ketistumine ja väikeste ise-seisvate apteekide kadumine.

ÖBIG'i negatiivseid järeldusi kinnitab ka Rootsi kogemus – apteekide tegevuse liberaliseerimise tagajärjeks oli turu ületäitumine ning apteekide majanduslikud raskused. Selle tulemusena on riik sunnitud otsima võimalusi apteekide doteerimiseks. Meie hinnangul ei suuda Eesti erinevalt Rootsist seesuguste eksperimentide hinda kinni maksta.

ÖBIG'i uuringu tulemused näitavad, et apteegiturul piirangute kaotamise mõjud on vastupidised neile eesmärkidele, mida KA oma ettepanekuga soovib saavutada.

2.5. PIIRANGUD ON KOOSKÕLAS EL ÕIGUSEGA

Kehtivad apteegi asutamispiirangud (RavS § 42¹) on kooskõlas nii Eesti kui ka EL-i õigusega: mõlema õigussüsteemi kõrgeim kohus on küsimust põhjalikult analüüsinud.

Kooskõla Eesti õigusega:

Juba 2007. a hindas Riigikohus RavS § 42¹ ja leidis, et RavS § 42¹ on kooskõlas põhiseadusega (3-3-1-5-07). Kohtu olulisemad seisukohad:

1. RavS § 42¹ eesmärgiks on eelkõige avaliku huvi – rahvatervise – kaitse ning see on legitiimne: "oluline on tagada apteegiteenuse kättesaadavuse ühtlasem jaotumine tervel Eesti territooriumil, et kindlustada isikutele ravimite võrdsem ning parem kättesaadavus ja vältida apteekide kuhjumist tihedamini asustatud piirkondades ning vastupidi vähendamist vähem asustatud piirkondades. Samas on seadusandja [...] pidanud oluliseks vajadust kehtestada asulates geograafiline piirang selleks, et tagada jätkusuutlike ja majandamisvõimeliste apteekide olemasolu" (lahendi p 14).

2. RavS § 42¹ kaitseb apteegiteenuse osutamise stabiilsust ja ohutust, sest aitab vältida ülemäärast konkurentsi apteekide turul, kus konkurentsis püsimise eesmärgil kasutaks apteegid vahendeid, mis võiksid seada ohtu adekvaatse tervisekaitse (lahendi p 15).

Riigikohus otsustas tookord olukorras, kus polnud Euroopa Kohtu lahendeid samas küsimuses. Pärast Riigikohtu toonast otsust on küsimust käsitlenud ka Euroopa Kohus.

Kooskõla EL-i õigusega:

Tänaseks on apteegi asutamispiirangute osas olemas Euroopa Kohtu põhjalik praktika, mis mh kinnitab nii Riigikohtu otsust kui ka Riigikogu seisukohti piirangute kehtestamisel. Euroopa Kohtu olulisemad järeldused:

1. Liikmesriigil on vabadus kehtestada apteekide asutamise piiranguid (nii geograafilisi kui ka demograafilisi), need piirangud ei tohi takistada apteegiteenuse kättesaadavust (piisaval arvul apteekide ole-

masolu) (C-570/07 ja C-571/07). On selge, et Eestis on linnades piisav arv apteekide olemas.

2. Piirangud on põhjendatud ja kooskõlas EL õigusega, sest need jaotavad apteegid riigi territooriumil ühtlaselt, (i) tagades apteegiteenuse parema kättesaadavuse ning (ii) tõstes seega elanikkonna ravimitega varustamise kindlust ja kvaliteeti (lahendi art 78). Piirangute puudumisel kuhjuksid apteegid atraktiivsetesse paikkondadesse, tekitades puuduse apteekidest vähem atraktiivsetes kohtades (lahendi art 73).

3. Liikmesriigil on õigus rahvatervise kaitseks kehtestada ulatuslikke omandi- ja tegutsemispiiranguid apteekidele, sh välistada täielikult omanike hulgast juriidilised isikud ja apteekri kvalifikatsioonita isikud (C-531/06 ja C-171/07 ja C-172/07). Selline kohtu seisukoht kinnitab veelkord leebemate asutamispäirangute lubatavust, sest kui lauspiirangud äriühingute ja mitte-apteekrite suhtes on lubatavad, siis on nende suhtes lubatavad ka kergemad piirangud – antud juhul asutamispäirangud.

Konkurentsiamet ei ole nähtavasti teadlik, et apteekide turu liberaliseerimise teema on pärast põhjapanevaid Euroopa Kohtu otsuseid paevakorras maha võetud ka Euroopa Komisjoni poolt. Konkurentsiamet ei arvesta paradigma muutust antud teema käsitlemisel. Märgime, et Euroopa Komisjon lõpetas juba 2008.a lõpus teemaga aktiivse tegelemise, kuna mõisteti, et võtmetähtsusega on Euroopa Kohtu seisukoht antud küsimuses. Seda seisukohta indikeeris juba toona apteegi omandipiirangute kohtuasjas kohtujuristi arvamus, et omandipiirangud on seaduslikud (kaasused C-171/07 ja C-172/07).

Lisaks on Euroopa Liidu tasandil hetkel selge üldine majanduslik-poliitiline suund erinevate sektorite suuremale reguleerimisele tingituna majanduslanguse õppetundidest, kuivõrd enne seda toimus agressiivne liberaliseerimine, mis tõi kaasa tõsiseid probleeme, nt finantssektoris.

Meile teadaolevalt on Euroopa Komisjon pärast põhjapanevaid Euroopa Kohtu lahendeid hakanud turupiirangutega seotud rikkumismenetlusi sulgema.

Konkurentsiameti, kui täidesaatava riigiorgani, kriitika Eesti Vabariigi kõrgeima kohtuvõimu, Riigikohtu, otsuste aadressil on kohatu. Võimude lahususe printsiibist tulenevalt ei ole täidesaatval võimul pädevust hinnata kohtuotsuste õiguspärasust. Riigikohtu otsused on hoolimata võimalikust vaadete erimeelsusest juhendumiseks ka Konkurentsiametile.

Lugupidamisega

Kai Kimmel
Eesti Apteekrite Liidu esinaine

Pille Kannelmäe
Eesti Apteekide Ühenduse juhatuse liige

EELNENU KOKKUVÕTTEKS

Mõlemad pooled on taas kõnenud. Tundub, et tegu oleks nagu pimedate võidujooksuga. Mõlemad tormavad, kuid suunad kipuvad erinevad olema. Konkurentsiamet rõhub sellele, et piirangud moonutavad konkurentsi ja takistavad uute konkurentide teket ning läbi selle mõjuvad halvasti ravimihindadele ja ka tarbijatele.

Ühingud taas rõhutavad, et piirangu eesmärgiks ei ole maa-apteekide arvu suurendamine ning maa-apteekide sulgemise põhjuseks on iganenud juurdehindluse piirmäärad.

Tuleb tunnistada, et omast seisukohast on ju mõlemal õigus. Üksikapteegil on sisuliselt võimatu konkureerida apteegiga mis kuulub teda ennast varustavale hulgimüüjale. Ja hulgimüüja soov "Jääme sõpradeks ja koostööpartneriteks ka siis, kui me teie kõrvale täiendava apteegi avame!" teeb üksikapteegile mõruda meele ja tundub tahtmata täiendava

lauana tema puusärgis. Seega igasugune normaalne konkurentsiolekord on ammu kadunud. Kas aga seda taastab apteegi asutamispäirangute kaotamine, on enam kui ebatõenäoline. Maa-apteekide kadumist tänu piirangute kaotamisele tunnistab ka Konkurentsiamet, pakkudes omalt poolt tõeliselt "konkurentsi edendavaid" lahendusi arstide ja poodide ravimimüügi ning "pime aitab vigast" meetodi rakendamisel.

Aeg-ajalt kerkib nii apteekritevahelises, kui ametnikega vestluses üles teema, et rikkad apteegid peaksid vaeseid toetama. Kes, kellele, kuidas ja kuipalju, on siiski ebaselge. Kas igaüks vabalt valitud "sõbrale" või paneb riigis keegi Saalomoni paika milline apteek millist toetama peab. Mõtte edasiarendamisel kaldub mõte pigem sinnasuunda, et ketid peaksid need "vaesed" üle võtma ja ise pidama hakkama. Sellega suureneks ketimajandus veelgi ja kas on mingi tähtaeg mille jooksul ta seda "keh-

vikut" pidama peaks või võiks ta selle nädala pärast sulgeda? Sama hästi võiks seadusega paika panna, et keskmisest suurema kuupalgaga apteekrid peaksid osa oma palgast väiksema kuupalgaga maa-apteekritele loovutama. Ka minister peaks toetama oma maja vaesemat kantseleiametnikku jne, jne.

Ka ühingute seisukohtades on probleemseid kohti – isegi *status quo* säilitamine ei ole pikas perspektiivis jätkusuutlik. See lihtsalt aeglustab praegutoimuva protsessi. Ma ei ole veendunud, et juurdehindluse tõstmine olukorda oluliselt parandab. Pigem võiks selleks olla apteegiteenuse finantseerimispõhimõtete oluline muutmine, teenustepõhine rahastamine ja uute teenuste juurutamine apteekides. Selleks aga on vaja apteegipersonali kvalitatiivset arengut. 11-tunniseid vahetusi tegevate "äraetud hobustega" neid muutusi ei saavuta. Samuti farmatseutide laiema rakendamise "ülekvalifitseeritud" proviisorite asemel.

Mis saab edasi, näitab aeg. Arengud on igatahes huvitavad.

Kaidi Saro

EESTI FARMAATSIA SELTSI SEISUKOHT KÄSIMÜÜGIRAVIMITE MÜÜGI KOHTA VÄL- JASPOOL APTEEKE

Ravimitootjad ja jaekaupmehed on alates 2009 aastast tõstatanud ettepaneku lubada käsimüügiravimite müüki ka väljaspool apteeke nt kauplustes ja bensiinijaamades. Viimati tehti sellesisuline ettepanek novembris 2011.

Ettepaneku esitajad toovad välja, et see aitaks parandada käsimüügiravimite sh suitsetamisest loobumise abivahendite kättesaadavust.

Eesti Farmaatsia Selts, Eesti Haiglaapteekrite Selts ja Eesti Akadeemiline Farmaatsia Selts ei toeta käsimüügiravimite müüki väljaspool apteeke ning teevad ettepaneku ravimiseaduse muudatust mitte algatada järgmistel põhjustel:

* Käsimüügiravimite väärkasutamise ja üleannustamise suurenemine.

Ravimi müümisel on ülimalt oluline sellega kaasa antav teave. Ka käsimüügiravimid võivad ebaõigel kasutamisel tekitada kõrvaltoimeid ja olla sellega ohtlikud inimese tervisele. Nendes riikides, kus käsimüügiravimid on müügil tavakauplustes, on sagenenud ravimitega seotud mürgistuste arv. Paratsetamooli kasutamisest tingitud mürgistuste tõttu registreeritakse ainuüksi Inglismaal igal aastal ligikaudu 25 000 hospitaliseerimist ja 500 surmajuhtumit (1). Ravimite liialt kerge kättesaadavuse tõttu oleksid ohustatud ka lapsed, sest paratsetamooliga seotud mürgistuste arv on eriti kõrge just nimetatud elanikkonnagrupi hulgas. Võimalik vanusepiirang ravimite müügil alaealistele ei ole tõenäoliselt efektiivne. Eelmisel aastal Rootsis läbi viidud uuring näitab, et paljud kaupmehed ei järgi seadust ja müüvad poodides ravimeid ka alaealistele (2).

Tervise Arengu Instituudi poolt tänavu juunis läbi viidud üle-eestilise alkohoolsete jookide testostlemise tulemus näitas, et 18-

aastastelt noortelt ei küsitud isikut tõendavat dokumenti 71% ostude korral (3). Uuringu läbiviija sõnul näitab selline tulemus, et alkohoolsed joogid on alaealistele kättesaadavad, seda hoolimata seadusega kehtestatud piirangutest.

Ravimite kättesaadavuse hõlbustamine paneb patsiendile suurema vastutuse oma tervise eest.

Hoolimata tavainimeste teadlikkuse kasvust ravimite osas, esineb siiski palju ebaselgust, kahtlusi ja teadmatust. Soomlased tõestasid juba 15 aastat tagasi, et ravimit selle kaubanime järgi küsinud patsientidest kolmandik ei teadnud, kas soovitud vormis ja annuses ravimpreparaat on nende terviseprobleemi korral piisavalt tõhus (4). Eesti apteegikülastajate enesehinnangutest oma käsimüügiravimialastele teadmiste selgus, et kolmandik hindas oma teadmisi heaks, kolmandik rahuldavaks ning kolmandik ei pidanud selliseid teadmisi üldse oluliseks, sest on ju apteek, kust nõu küsida (5).

* Nõuetele mittevastavalt säilitatud, aegunud ja võltsravimite müügi riski suurenemine.

Ravimid on erikaup, mille käitlemise kord on täna fikseeritud seadusandluses ning mille täitmist kontrollitakse rangelt. Tänu nimetatud süsteemile on meie patsientidele täna tagatud kvaliteetsete, ohutute ja efektiivsete ravimite kättesaadavus. Kui ravimite jaemüüki laiendada, tuleb riigil märkimisväärselt suurendada ka järelevalvet, sest 477 apteegi asemel oleks sel juhul vaja kontrollida ravimite jaekaubandust (näit. ravimite hankimine, nõuete kohane säilitamine, aegunud/dekettsete ravimite müügil kõrvaldamine, võltsravimite avastamine) mitmes tuhandes müügikohas. Taanis 2009-2010 teostatud uuring näitas, et poodides müügil ole-

vate ravimite aegumistähtajast võis mõningatel juhtudel olla möödas enam kui kuus kuud (6). Poodnike arusaamine ravimitega kaasnevatest ohtudest ning võime võltsinguid tuvastada on väiksem kui põhjalike ravimialaste teadmistega apteekritel.

* Apteekide arv versus ravimite kättesaadavus.

Eestis on apteegivõrgu tiheus suurem kui enamikus Euroopa Liidu riikides. Nii on Eestis üks üldapteek iga 2628 elaniku kohta (7), aga näiteks Soomes on üks apteek 6600, Rootsis 10400 ja Taanis 17200 elaniku kohta (8). See on üks põhjustest, miks nendes riikides on tehtud otsus lubada ravimite müüki ka jaekauplustes. Eestis on ravimite kättesaadavus elanikkonnale oluliselt parem kui Põhjamaades ja Euroopas keskmiselt. Eriti tihe on meil apteegivõrk suuremates linnades. Apteekidel on pikad lahti-olekuajad - sageli ollakse avatud hilisõhtuni ja seda ka nädalavahetustel.

Hõredalt asustatud maapiirkondades on lisaks apteegiteenuse kättesaadavusele probleemiks ka teiste vajalike teenuste - sh ühistranspordi, posti, kaupluse, arstiabi jpm teenuste kättesaadavus. Viimase viie aasta jooksul on maal suletud 28 apteeki (9). Esitatud ettepanek aga ei lahenda vaid hoopis süvendab apteegiteenuse halvenemist maal. Kui maa-apteekide käsimüügiravimitest saadav tulu suunatakse kauplusekettidesse, sulgevad veel mitmed apteegid ukсед. Sellega kaob maapiirkondades võimalus ka elutähtsate retseptiravimite soetamiseks.

* Elanike arvamus käsimüügiravimite müümisest väljaspool apteeke.

Turu-Uuringute AS-i poolt septembris 2011 läbiviidud elanike küsit-

lus (10) näitas, et 51% vastanuist oli vastu käsimumüügiravimite müümisele väljaspool apteeke, kusjuures kindlalt vastu oli 28% uuringus osalenutest.

Käsimüügiravimite ostul sai 72% inimestest alati, sageli või mõnikord apteekri käest nõu ilma, et nad seda ise oleksid küsinud. 71% vastanutest küsis ise alati, sageli või mõnikord apteekri käest nõu ravimitega seotud küsimustes. Vaid 10% vastanuist ei küsinud ise ega saanud ka apteekrilt informatsiooni. Eestis läbiviidud teisest uuringust (5) selgub, et apteegikülastajad on käsimumüügiravimitealasest infost huvitatud – 727 küsitlusest 69% tahaks apteekrilt infot käsimumüügiravimite kohta, 91% vastanuist tunnistab, et saab ravimite kohta informatsiooni just apteekrilt.

*Suitsetamisest loobumise nõustamise vajalikkus.

Suitsetamisest loobumisel on oluline mitte abivahendite kättesaadavus, vaid suitsetaja enese motiveeritus ja tahe nimetatud harjumusest lahti öelda. Suitsetamisest loobumine toimub kasutades vastavalt ravijuhisele nikotiini asendusravi ja/või tablettravi ning konsulteerides korduvalt erialaspetsialistiga. Suitsetamisest loobumisel on nikotiinasendusravil koos nõustamisega efektiivsus 25%, nõustamiseta on nikotiinasendusravi efektiivsus võrdne platseeboravimiga.

Soomes 2006. a. teostatud uuringus selgitati, mis on muutunud seoses nikotiinasendusravi preparaatide müügi seadustamisega ka väljaspoole apteeke. Autorid väidavad, et nimetatud preparaatide müük apteekides on vähenenud, samas soovivad preparaadi poest ostnud inimesed nõustamist just apteegist. Paljude apteegiomanike ja proviisorite motivatsioon sellist teenust pakuda on märgatavalt langenud, samas leitakse siiski, et preparaatidest teavitamine on apteekri töö (11).

*Apteegiteenuse kvaliteedi tagamine.

Apteekrid ja neid ühendavad organisatsioonid tegelevad pidevalt apteegiteenuse kvaliteedi tõstmisega sh nõustamisteenuse parendami-

sega. Kvaliteetsel nõustamisteenusel on järjest olulisem roll ka tulevikus, sest ambulatoorse ravi ja seega ka polüfarmakoteraapia osakaal ning vajadus ravimite õige annustamise, koos- ja kõrvaltoimete, vastunäidustuste jms informatsiooni edastamise kohta pidevalt kasvab. Käsimüügiravimid mõjutavad paljude teiste ravimite toimet. Apteekides on kasutusel vastavad andmebaasid koostoidete kohta, mida kauplustel ei ole võimalik kasutada.

Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009-2015 kohaselt on apteegiteenus koos teiste esmasandide tervishoiu osapooltega elanike esmaseks kontaktpunktiks tervishoiusüsteemiga.

Apteegiteenus on selgepiiriline teenus, mille osutajad on saanud oma tööks põhjaliku erialase ettevalmistuse. Ravimeid väljastavad kauplused, bensiinjamaad jt ei saa iialgi täita esmasandide tervishoiu ülesandeid. Ravimite kättesaadavuse parandamiseks tuleks alustada apteegiteenuse arendamisega kohtades, kus selle järele on vajadus.

Ülaltoodud põhjustel ja laiemast Eesti tervishoiu- ja ravimipoliitika perspektiivist lähtudes ohustab ravimite müük väljaspool apteeke patsientide tervist. Ravimihindade reguleerimiseks ja ravimite geograafilise kättesaadavuse parandamiseks soovitakse leida teisi meetmeid probleemi lahendamiseks. Kaaluda tuleks riikliku kava planeerimist ja elluviimist apteekide tegevuse toetamiseks.

24. november 2011

Lugupidamisega,

Eesti Farmaatsia Selts
Eesti Haiglaapteekrite Selts
Eesti Akadeemiline Farmaatsia Selts

Kontakt:
Eesti Farmaatsia Selts
info@efs.ee, www.efs.ee

Viited:

(1) Tartu Ülikooli Farmakoloogia instituudi juhataja professor Aleksander Zarkovski arvamus projekti kohta „Ettepanekud konkurentsi olukorra parandamiseks ravimiturul“:

https://www.arst.ee/UserFiles/Arst-Dokumendid/Arvamus%20_Zarkovski.doc

(2) Rootsis ravimimüügiga poes palju probleeme, Meditsiiniuudised

8.11.2011:<http://www.mu.ee/Default2.aspx?ArticleID=ca8e62d0-bd11-47d0-9e0a-42aac017da85>

(3) Eestis küsitakse noortelt alkohoolseid jooke ostes dokumenti vähem kui kolmandikul kordadest.

<http://www.tai.ee/index.php?id=1198>

(4) Airaksinen M, Vainio K, Koistinen J, Ahonen R, Wallenius S, Enlund H. Do the public and pharmacists share opinions about drug information. *International Pharmacy Journal*, 1994; 4:168-170.

(5) Volmer D, Lilja J, Hamilton D, How well informed are pharmacy customers in Estonia about minor illnesses and Over-the-Counter medicines? *Medicina (Kaunas)* 2007; 12:70-78.

(6) Taani poodides müügis sageli aegunud ravimid, Meditsiiniuudised 8.11.2011:

<http://www.mu.ee/Default2.aspx?ArticleID=ccc3269c-fa13-4ce2-bc56-d33a5eaab14d>

(7) Ravimiameti statistika 2011: <http://www.ravimiamet.ee/270>

(8) APDA-Statistik 2010

(9) Apteegistatistika 2006-2011, Ravimiamet 2011.

(10) Ravimitootjate Liidu poolt tellitud ja 1.11.11 esitletud uuring

(11) Kurko T, Linden K, Vasama K, Pietilä K, Airaksinen M, Nicotine replacement therapy practices in Finland one year after deregulation of the product sales – Has anything changed from the community pharmacy perspective? *Health Policy* 2009; 91:277-285.

EESTI TERVISESÜSTEEMI RAHALINE JÄTKUSUUTLIKKUS AASTA HILJEM

4. oktoobril esitlesid haigekassa, sotsiaalministeerium ja Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) analüüsi, mis annab ülevaate, kas ja kuidas on möödunud aastal Eesti tervisesüsteemi korraldamisel arvestatud eelmise aasta analüüsis “Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks” tehtud ettepanekuid. Tutvustame siinkohal avaldatud raportit.

Sissejuhatus

2010. aasta aprillis avaldasid WHO, sotsiaalministeerium ja haigekassa aruande, milles hinnati Eesti tervishoiu rahastamispoliitikat ning esitati tervisesektori tulude ja kulude arenguproгноosid ajavahemikuks 2010–2030. Aruande prognoosides analüüsiti eri stsenaariumide kaudu demograafiliste, makromajanduslike ning tööturuga ja tervisesüsteemiga seotud tegurite mõju. Kõik stsenaariumid näitasid, et tervishoiukulud neelavad tulevikus järjest suurema osa riigi sissetulekutest, kuid tervisesüsteemiga seotud tegurid – tehnoloogia areng ja muutused tervishoiuteenuste kasutamises – mõjutavad kulusid märksa rohkem kui demograafilised tegurid, nagu näiteks rahvastiku vananemine. Kui tervishoiuteenuste kasutamine suureneb samas tempos nagu viimase 5–10 aasta jooksul, on selle mõju kuludele suur. Lisaks sellele võib omaosaluse osatähtsus SKPst aastaks 2030 rohkem kui kahekordistuda, eeskätt suurema retseptiravimite tarbimise tõttu, mis mõjutab märkimisväärselt inimeste finantskaitset ja rahastamise õiglust.

2010. aasta aruandel oli kolm põhisõnumit:

- Tervisevaldkonna avaliku sektori tulubaasi tuleb laiendada, et tagada tervisesüsteemi suutlikkus tulla praegu ja pikemas perspektiivis toime oma eesmärkide täitmisega.
- Kulude kasvu ohjamiseks on vaja tõhustada tervisesüsteemi rahastamispoliitikat.
- Paralleelselt tuleb tegutseda mõlemal suunal: luua piisav tulubaas ning tegelda kulude juhtimisega.

Käesolevas kokkuvõttes käsitletakse peamisi muutusi tervishoiu

rahastamises alates 2009. aasta aprillist, mil alustati algse aruande koostamist. Eesmärk ei ole hinnata 2010. aasta aruande mõju, vaid vaadata üle areng nendes valdkondades, mille puhul aruandes leiti, et need võivad märkimisväärselt mõjutada tervisesüsteemi rahalist jätkusuutlikkust. Selline läbivaatamine on vajalik Eestis viimastel aastatel toimunud majanduslike ja poliitiliste muutuste tõttu: Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) liikmeks saamine, uue (kuid samas juba tuntud) valitsuse ametisse astumine ning kestvast majanduslangusest, kasvavast töötusest ja euroalaga ühinemisest tingitud eelarvesurve.

1. Avaliku sektori tulubaasi laiendamine

Põhisõovitused ja põhjendused

1.1 Praeguse süsteemi põhielemendid tuleks jätta samaks.

1.2 Avaliku sektori tulubaasi tuleks laiendada.

1.3 Pensionäride eest peaks ravikindlustusmaksu maksma riigieelarvest.

1.4 Õigluse huvides tuleks sotsiaalmaks kehtestada ka kapitaliinvesteringutelt saadavatele dividendidele.

1.5 Põhimõtted, millega eraldatakse tulusid riigieelarvest ravikindlustuse eelarvesse, peavad olema stabiilsed ja läbipaistvad. Kui seda ei tehta täiendavate sihtotstarbeliste maksude (või maksuosade) abil, peab valitsus sätestama vahendite eraldamiseks selge valemi, mis vähendab kõikumisi aastate lõikes.

Eesti ühe haigekassa süsteem on alates oma asutamisest 1990. aastate alguses hästi toiminud ja taganud stabiilse tuluallika. Keskne tulude kogumine ja hinnakujundus tõhustavad ravikindlustusvahendite kasutust,

samas kui kindlustuskaitse ulatus (kindlustusega hõlmatus, hüvitatavate teenuste valik ja omaosaluse rakendamise põhimõtted) tagab finantskaitse ja loob eeldused üldarstiabi ja eriarstiabi võrdseks kättesaadavuseks kõigile kindlustatutele. Rahvusvaheliselt on tunnustatud haigekassa pingutusi tervishoiuteenuste strateegilise ostmise arendamisel, tema tegevuse läbipaistvust ning madalaid tege vuskulusid. Kõik analüüsi kaasatud huvirühmade esindajad olid arvamusel, et süsteemi stabiilsus on saavutatud eeskätt tänu sihtotstarbelisele sotsiaalmaksule ja haigekassa alalhoidlikule eelarvepoliitikale. Eeliseks, mis tagab sotsiaalsektori läbipaistvuse ja selge vastutusalade jaotuse, on ka ravikindlustuse eraldatus muust sotsiaalkindlustusest (nt pensionid ja töötuskindlustus).

Neid saavutusi tunnustades tõid algse aruande koostajad välja ka mõningad probleemsed valdkonnad:

- Tervishoiukulude osa avaliku sektori kogukuludest võrreldes Euroopa Liidu (EL) keskmisega on madalam ning aastatel 2000–2007 on see langenud. See näitaja on madal ka võrreldes SKPga, mille peamine põhjus on vähene avaliku sektori poolne rahastamine. Kaasatud huvirühmade esindajad olid üksmeelel, et avaliku sektori suhteliselt madalad tervishoiukulud on tervisesüsteemi kitsaskoht.

- Elanikkonna vananemise ja tööpuuduse suurenemise tulemusel väheneb nende haigekassa kindlustatute osatähtsus, kes ravikindlustusmaksu maksavad. Isegi keskmise palga tõusu korral kasvavad haigekassa tulud 2030. aastal tervishoiukuludest aeglasemalt (joonis 1). Peaaegu

kõik huvirühmade esindajad leidsid, et avaliku sektori tulubaasi on vaja laiendada muude kui tööhõivel põhinevate maksude kaudu (nt kapitali- ja tarbimismaksud).

- Mõned olid ka arvamusel, et süsteemi õiglust õõnestab see, et eakamatele inimestele on kindlustuskaitse tagatud, ilma et nad osaleksid ravikindlustuse kulude katmisel. Aruandes väljendati arusaamist sellest, et paljud eakad inimesed on oma tööelus ravikindlustussüsteemi juba panustanud või ei suudaks praegu seda rahaliselt teha, kuna riiklikud pensionid on väikesed. Ühtlasi märgiti, et investorid saavad vältida osaliselt sotsiaalmaksu, kui nad võtavad oma raha välja valdavalt dividendidena, samas aga on neile tagatud kindlustuskaitse.

- Mõned huvirühmad väljendasid muret selle pärast, et kui jäädakse lootma suurematele eraldistele riigieelarvest, võib see õõnestada tervishoiusektori rahastamise stabiilsust ja läbipaistvust.

Areng ja tulemused

Valitsus ei ole avaliku sektori tulubaasi laiendamiseks astunud ühtki sammu. Samal ajal on sotsiaalministeerium vähendanud tervishoiusektorile eraldatavat summat. Sellel on lühikeses perspektiivis mõned olulised tagajärjed.

- Kuna palgad on langenud ja tööpuudus kiiresti suurenenud, vähenesid 2010. aastal haigekassa tulud. Tulude vähenemine koos valitsuse piirangutega reservide kasutamisele on kaasa toonud tervishoiuteenuste hinde languse 6%. 2011. aastal on hinnad pisut tõusnud, kuid on endiselt 5% madalamad kui 2009. aastal (üldarstiabi teenuste puhul 3% madalamad). Alates 2012. aastast tõstetakse tervishoiuteenuste hinnad tagasi 2009. aasta tasemele.

- 2010. aastal langesid tervishoiutöötajate palgad 4%. Riigiteenistujate palgad langesid rohkem (n sotsiaalministeeriumis langesid 17%).

- Hindade ja palkade languse tõttu on ravijärjekorrad pikenenud kahekordseks: ambulatoorse eriarstiaibi puhul 45 päevani (varem 20) ja haiglaravi puhul 60 päevani (varem 30) (Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2010). **Seega on finantskriis tõstnud esile tervishoiusüsteemi**

tugevalt tööturupõhise rahastamise ohtlikkuse.

- See, kui kergesti suutis valitsus teiste prioriteetide tõttu kärpida mittemärgistatud tervishoiukulutusi, näitab, kui tähtis on tagada stabiilne ja läbipaistev vahendite vool tervishoiusektoris. Kärpeid on tehtud kahes valdkonnas, kus tervishoiukulutused ei ole sihtotstarbelised: avaliku sektori rahvatervise kulutused ja kapitaliinvesteeringute rahastamine.

- 2009. aastal eraldati riigieelarves rahvatervisele 18% vähem vahendeid kui 2008. aastal. 2010. aastal vähenes see näitaja veel 6% võrra. Kuigi 2011. aastal peaksid need eraldised tõusma, on nende tase endiselt 2008. aasta omast 6% madalam. Riigipoolsete kulutuste vähenemist korvati ELi struktuurifondidest saadud vahenditega, mille osatähtsus avaliku sektori kulutustest rahvatervisele kasvas 2008. aasta 0,5%-lt 2010. aastal 28%ni ja peaks prognooside kohaselt 2011. aastal tõusma veel kuni 39%ni. ELi vahendite osatähtsuse suurenemine ohustab süsteemi rahastamise jätkusuutlikkust, sest kui neid vahendeid enam ei ole (ametlikult 2013. aastast, kuid nad võivad otsa saada juba 2012. aastal), võib nende puudumise katmine riigieelarvest osutada keeruliseks.

- 2008. aastal vastu võetud seaduse kohaselt on valitsus kohustatud tervishoiusektori kapitalikulud rahastama ülekannetega haigekassale. 2008. aastal eraldas sotsiaalministeerium natuke vahendeid (mitte täissumma) ja hiljem mitte midagi, pannes sellega vastutuse kapitalikulude eest sisuliselt haigekassale. Alates 2010. aastast saab ehitiste puhul, millele ei ole veel abi antud ELi struktuurifondidest, taotleda riigilt remondiks vahendeid, mis laekuvad CO₂ kvootide müügist. Kuigi tervishoiurajatiste remondiks vajalik summa on suhteliselt väike (u 8 miljonit eurot), ei näi see poliitika olevat kooskõlas haiglainfrastruktuuri riikliku strateegiaga.

- **Finantskriis on samuti näidanud, et mõned tervishoiukulutuste valdkonnad reageerivad majanduslikele kõikumistele tundlikumalt.** Kulutused rahvatervisele ja kapitaliinvesteeringutele ei ole muudetud sihtotstarbelisteks ja seega ei ole need tagatud erinevalt haigekassas

keskselt juhitud avalikest tuludest. Samuti ei saa nende puhul kasutada kogunenud reserve, nagu seda teeb haigekassa. Valitsuse otsust neis valdkondades kulutusi kärpida on leevendanud ELi vahendite olemasolu, kuid välisrahastamisele tugine mine probleemi ei lahenda ja see ei saa olla ka pikaajaline lahendus.

Arutelud

Kuigi paljud huvirühmad saavad tervishoiusüsteemi avaliku sektori tulubaasi laiendamise tähtsusest aru, ei ole selleks mitte midagi ette võetud ning seda ei mainita ka koalitsioonilepingus. Rahandusministeerium peab 2011. aasta sügisel avaldama sotsiaalkulutuste rahastamise jätkusuutlikkuse kohta uurimuse, kus arvatavasti soovitatakse alternatiivseid võimalusi tervishoiusektori rahastamiseks.

Viimastel kuudel on arutusel olnud peamiselt kolm võimalust: sotsiaalmaksu ülempiiri seadmine, ravikindlustuse rahastamise lahutamine tööjõumaksudest ning riigile kohustuse panemine hakata tegema pensionäride eest sissemakseid haigekassasse. Kahe esimese võimalusega püütakse vähendada tööjõukulusid, mis on valitsuse jaoks tähtis eesmärk.

Sotsiaalmaksule ülempiiri seadmist on majandusministeeriumi toel tugevalt propageerinud Tööandjate Keskliit. Uuenduse mõte on luua tööandjatele soodsad tingimused võtta tööle paremini tasustatud, uuendusmeelseid töötajaid. Uurimused peavad siiski selle eesmärgi saavutamist küsitavaks. Oma algses aruandes ei pooldanud me sotsiaalmaksule ülempiiri seadmist põhjendusega, et see pigem kitsendaks kui laiendaks avaliku sektori tulubaasi ning oleks regressiivne, võimaldades rikkamatel töötajatel maksta vaesematest proportsionaalselt vähem. Debatil tulemusel tehti koalitsioonilepingus ettepanek seada ülempiir ainult sotsiaalmaksu pensionidele määratud osale.

Sotsiaalmaksutulu ravikindlustuse osa lahutamine tööjõumaksudest oleks tervitatav, kui: a) sellega koos laiendatakse maksubaasi palgatulult igasugusele tulule, nii nagu algses aruandes soovitati kehtestada

sotsiaalmaks dividendidele, ning b) lahutatud maks jääks sihtotstarbeliseks, mis vähendaks muresid avaliku sektori tervishoiutulude stabiilsuse ja läbipaistvuse pärast. Prantsusmaal õnnestus 1990. aastate keskel edukalt muuta sihtotstarbeline tööjõumaks, mille tulust rahastati sotsiaalkindlustust, sihtotstarbeliseks tulumaksuks. Erinevad maksumäärad aktiivsetele ja mitteaktiivsetele inimestele muutsid selle maksu ka progressiivsemaks.

Võimalust, et riik hakkab pensionäride eest ise haigekassasse sisse makseid tegema, arutati 2010. aastal Riigikogu sotsiaalkomisjoni koosolekul ja kahel Riigikogu istungil (2010. aasta detsembris ja 2011. aasta jaanuaris). Ka see võimalus oleks teretulnud, kui: a) selle jaoks leitaks selge vahendite jaotamise valem, nagu näiteks kindel protsent keskmisest sissetulekust, ja b) see valem oleks antitsükliline, st liiguks jooksvale majandussüklile vastupidises suunas. **2004. aastal läks Slovakkia üle süsteemilt, kus riigipoolsed sissemaksed mitteaktiivse elanikkonna eest olid arbitraarsed (põhinedes täielikult poliitilistel otsustel), sellisele süsteemile, kus sissemaksete suuruseks on osa üle-eelmise aasta keskmisest palgast. Leedus kehtib sarnane poliitika.** See tagab, et majandussurutise ajal on sissemaksed pigem suuremad kui väiksemad (eel- dusel, et surutis ei kesta kaua). Selge ja antitsükliline vahendite jaotamise valem aitaks eelkõige majanduslike kõikumiste ajal leevendada muresid stabiilsuse ja läbipaistvuse pärast. See lahendus aitaks leevendada muret ebaõigluse pärast, mida tajutakse seetõttu, et pensionärid saavad tervishoiusüsteemist kõige rohkem kasu, kuid ise sellesse selle teenuste kasutamise ajal ei panusta.

Mõned huvirühmad on väljendanud huvi vabatahtliku ravikindlustuse osatähtsuse suurendamise ning säästukontode kasutuselevõtmise vastu. Neid küsimusi ei ole struktu- urselt arutatud ja kindlustusseltside huvi nende vastu on aja jooksul lan- genud.

Põhiprobleemid

Valitsus ei ole võtnud meetmeid tervishoiusüsteemi rahastamise jät-

kusuutlikkuse kindlustamiseks pikas perspektiivis ega ole ka lahendanud avaliku sektori tervishoiukulutuste stabiilsuse ja läbipaistvusega seotud probleeme. Majandussurutis, riigi tegevusetus avaliku sektori tulubaasi laiendamiseks ning haigekassa re- servide kasutamisele pandud ranged piirangud on viinud avaliku sektori tervishoiukulutuste kärpimiseni ja eriarstiabi ravijärjekordade pikene- miseni. Avaliku sektori kulutuste vähenemist on osaliselt korvatud ELi vahenditega, kuid see on väga lühia- jaline meede, mistõttu tekib küsimus, kuidas saada hakkama siis, kui prae- gune ELi rahastamisvoor 2013. aastal lõpeb.

2. Finantskaitse tugevdamine Põhisoovitused ja põhjendused

2.1 Ratsionaalse ravimikasutuse riik- liku poliitika tugevdamiseks tuleks luua selged stiimulid geneeriliste ravimite väljakirjutamise soodusta- miseks ja näha apteekritele ette ge- neerilise asendamise kord.

2.2 Omaosaluspoliitika tuleks tervi- kuna üle vaadata, et seda lihtsustada, muuta see sihipärasemaks ning tu- gevdada nii otseseid kui ka kaudseid kaitsemehhanisme. Ratsionaalsema ravimikasutuse soodustamisega saa- vutatava säästu abil saaks kehtestada vaestele ja suurel hulgal teenuseid kasuta vatele isikutele täiendavaid soodustusi.

2.3 Sotsiaalministeerium peaks jätka- ma finantskaitse jälgimist tervisesüs- teemis ja tagama, et üldarstiabi jääks endiselt tasuta kättesaadavaks.

2.4 Valitsus peaks üle vaatama ravi- kindlustushüvitiste paketi ja kehtes- tama ajakava kindlustuskaitse laien- damiseks tõhusatele teenustele, nagu näiteks täiskasvanute hambaravi.

Praegune tervishoiu rahastamise poliitika tagab finantskaitse ning ül- diselt õiglase tasuta üldarstiabi ja piiratud omaosalusega eriarstiabi kättesaadavuse. Sellele vaatamata toodi algses aruandes välja mitu probleemi.

- Finantskaitse ja õiglus tervishoiu rahastamisel on viimastel aastatel vähenenud kõigi sissetulekurüh- made jaoks, eelkõige aga just vaese- mate ja eakamate leibkondade puhul peamiselt omaosaluse kiire kasvu tõttu. See langus toodi samuti välja

OECD 2011. aasta majandusülevaates Eesti kohta.

- Esineb ka rahalisi takistusi ambula- toorsete retseptiravimite kättesaadavusel, hambaravile ja eriarsti vastu- võtule pääsemisel.

- Samuti on tõendeid selle kohta, et omaosalus ja ravimipoliitika ei ole aidanud kulusid kontrolli all hoida ning on suurendanud era- ja avalike vahendite kasutamise ebaefektiiv- sust.

- Ravimite käibemaksu tõus 5%-lt 9%-le 2009. aastal suurendas ravimi- te ja meditsiiniseadmete kulusid nii haigekassa kui ka patsientide jaoks.

- 2009. aastal tegi haigekassa retsep- tide väljakirjutamise järelkontrolli. 90 teenuseosutaja 800 väljakirjutat- ud retsepti põhjal leiti, et ligikaudu pooled kõikidest väljakirjutatud ret- septidest ei olnud toimeainepõhised, olenemata sellest, et toimeaine välja- kirjutamine on õigusaktide kohaselt kohustuslik.

Areng ja tulemused

Ravimite ratsionaalne kasutamine. 2010. aastal toimus ravimipoliitikas mitu muutust, mille eesmärk oli tugev- dada ravimite ratsionaalset kasu- tamist, ning selle tulemusel muutus märkimisväärselt suhtumine geneeri- listesse ravimitesse (varem oli see alakäsitletud teema). Muutused and- sid mõningaid positiivseid tulemusi.

- 2010. aasta märtsis algatas sotsi-aalministeerium ravimite väljakir- jutamist käsitleva ministri määruse muutmise, et toetada ravimi toime- ainepõhist väljakirjutamist ja väl- jastamist. Sellega ei muudetud ravi- mite väljakirjutamise eeskirju, kuid nõutakse, et apteegid tagaksid pat- siendi jaoks väikseima omaosaluse- ga ravimi ja määrgiksid retseptile, kui patsient soodsamast ravimist keeldub.

- 2010. aasta aprillis muudeti ravi- kindlustuse seadust, et laiendada hinnakokkuleppe sõlmimist ja piir- hindasid 50%-lise soodustusega ravimitele (mõned tõhusad ravimid ja paljud vähem kulutõhusad ravi- mid). Hinnakokkuleppeid kohaldati varem ainult ravimite suhtes, mis kuuluvad suurema soodustuse alla (100%, 90% ja 75%). Varem edutult välja pakutud muudatuse eesmärk on vähendada kõnealuste ravimite hinda haigekassa ja patsientide jaoks.

- 2010. aasta septembris algatas haigekassa koostöös sotsiaalministeeriumi, Ravimiameti ja Perearstide Seltsiga meedias geneeriliste ravimite reklaamikampaania. Kampaaniat toetasid aktiivselt perearstid ja vastuseisu on üles näidanud üksnes ravimitööstus.

- 2010. aasta alguses käivitasid haigekassa ja sotsiaalministeerium digiretseptide süsteemi, mis toimib praegu kõrvuti paberretseptidega. Uus süsteem muudab toimeainepõhiste ravimite väljakirjutamise lihtsamaks ja haigekassa kasutab süsteemi selleks, et töötada välja geneeriliste ravimite väljakirjutamisega seotud kvaliteediindikaatorid, mida saab rakendada siis, kui digiretsept on täielikult kasutusele võetud.

- Esialgne analüüs näitab, et esimest korda on patsiendi omaosalus ühe retsepti kohta vähenenud (andmed on olemas viimase viie aasta kohta). 2010. aastal oli see ühe retsepti kohta 0,32 eurosentit väiksem kui 2009. aastal. Ühtekokku on omaosalus retseptide kohta vähenenud alates 2009. aastast 4 miljoni euro võrra.

Omaosaluspoliitika. Kehtivaid omaosalustasusid ei ole tõstetud ja üldarstiabi jääb endiselt tasuta kättesaadavaks. Haigekassa hüvitiste määr on siiski veidi vähenenud:

- 2010. aasta jaanuaris kehtestati hooldusravi 15% omaosalus. See muutus võimaldas haigekassal enam rahastada haiglavälist hooldusravi (nt koduõenduse abil). 2010. aastal saadi nii 31 miljonit krooni kokkuhoidu (2 miljonit eurot). Algselt oli eesmärk (mis sisaldus 2015. aasta hooldusravi arengukavas) tõsta omaosaluse määra 30%-ni aastal 2014 ning jagada omaosaluskulud patsientide ja kohalike omavalitsuste vahel, kuid määra tõstmise mõte on jäetud praeguseks kõrvale.

- 2009. aasta juulis vähendas haigekassa ajutise töövõimetuse korral haigushüvitist 80%-lt 70%-ni palgast. Patsiendid ei saa enam haigushüvitist töövõimetuse teisel ja kolmandal päeval ning tööandjad hüvitavad nüüd neljanda kuni kaheksanda töövõimetuse päeva. Haigekassa makstav hüvitis on seega vähenenud: haigushüvitist ei maksta enam alates ajutise töövõimetuse teisest päevast, vaid alates üheksan-

dast päevast. Selle muutuse tulemusel vähenesid haigekassa kulud 2010. aastal 8%. Pärast hüvitiste vähendamist on töövõimetuse juhtude arv vähenenud 29%.

- 2009. aasta jaanuaris tühistas haigekassa täiskasvanute hambaravi iga-aastase rahalise hüvitise (hüvitis säilis pensionäridele, rasedatele ja alla üheaastaste lastega naistele). Selle hüvitise kärpimisega säästab haigekassa aastas 3,3 miljonit eurot.

Arutelud

2010. aastal pakkusid perearstid välja valdkonnad, mille puhul nad võiksid kehtestada omaosaluse patsientide jaoks, kaasa arvatud visiidi-tasu (50 krooni), ja ennetava ülevaatuse jaoks, et vähendada ebavajalike visiitide arvu ja olla võrdväärsed eriarstidega. Sotsiaalministeerium on nõus lisama mõned teenused nn negatiivsesse loetellu, mis tähendab, et patsiendid peavad nende eest tasuma täismahus.

Sellised teenused hõlmavad spordiklubidega seotud ülevaatusi, ilukirurgia eelkonsultatsioone, reisivaktsineerimist jne.

Sotsiaalministeerium on teinud ettepaneku tühistada 200-kroonise ülempiiri haigekassa hüvitise piirmääralt 50% soodustusega retseptiravimite puhul (alates 2012. aasta jaanuarist), et pakkuda patsientidele suuremat finantskaitset. Seda kõike ei ole ellu viidud haigekassa eelarveliste piirangute tõttu, kuid hea oleks üle vaadata nii see küsimus kui ka retseptiravimite omaosalusega seotud soodustused üldisemalt. Geneeriliste ravimite suurenenud kasutamine võimaldab suurendada finantskaitset ilma lisakulutusteta.

Põhiprobleemid

Geneeriliste ravimite väljakirjutamise ja väljastamise soodustamist käsitlev uus poliitika ning ulatuslikum hinnakontroll on olnud tulemuslikud: soodsamaid ravimeid kasutatakse rohkem, patsientide finantskaitse on parem ning avalikkus ja meditsiinitöötajad mõistavad ja aktsepteerivad ratsionaalset ravimikasutust paremini. Praegu veel siiski puudub geneerilisi ravimeid klassifitseeriv riiklik register.

Kuigi klassifitseerimine nõuab tehnilisi lahendusi, muudab registri

puudumine geneeriliste ravimite väljakirjutamise ja väljastamise jälgimise raskeks.

Kindlustuskaitse ulatuse vähendamist hooldusravi, täiskasvanute hambaravi ja töövõimetusega seotud hüvitiste puhul tuleb hoolikalt jälgida, et teha kindlaks, kuidas see mõjutab finantskaitset, teenuste kättesaadavust ja tervisetulemusi.

3. Tervisesüsteemi toimivuse parandamine vahendite otstarbeka jaotamise ja strateegilise ostmise abil

Põhisoovitused ja põhjendused

3.1 Sotsiaalministeerium peaks jätkama haiglate ülevõimsuse vähendamist, viies ellu haiglavõrgu arengukava ning töötades välja tugevama strateegia, mis juhiks haiglavõrku tehtavaid investeeringuid ja selle arengut – vaja on strateegiat, mis toetaks pigem tervisesüsteemi kui üksikute haiglate eesmärke.

3.2 Sotsiaalministeerium ja haigekassa peaksid rohkem kontrollima kallitesse meditsiiniseadmetesse tehtavaid investeeringuid.

3.3 Arvestades, et Eestis on oodatav keskmine eluiga (eriti meeste puhul) lühike, ning teades tervisliku vananemise olulisust ja terviseinvesteeringute positiivset majanduslikku mõju, peaks sotsiaalministeerium tegema tihedat koostööd teiste ministeeriumidega, et tagada piisavad investeeringud rahvatervise programidesse ja haiguste ennetamisse. Tervisetemade arvestamine kõigis poliitikavaldkondades aitaks ohjata ka kroonilistest haigustest tingitud kulude kasvu.

3.4 Sotsiaalministeerium peaks koostöös haigekassaga suurendama esmatasandi osa tervisesüsteemis. Näiteks tuleks tugevdada perearstide kui koordineerija rolli, et nemad juhiksid patsiendi liikumist läbi kogu tervisesüsteemi. Parandada tuleks esmatasandi strateegilist juhtimist ja aruandekohustust ning laiendada üldarstiabi tasuta kättesaadavust kogu elanikkonnale (mitte ainult ravikindlustusega isikutele).

3.5 Sotsiaalministeerium ja haigekassa peaksid tegema ka koostööd ratsionaalse ravimikasutuse olemasolevate strateegiate rakendamisel ning uute strateegiate, näiteks arstidele

ja apteekritele mõeldud rahaliste ja muude stiimulite väljatöötamisel.

3.6 Haigekassa peaks rakendama teenuseosutajate tasustamismeetodeid, mis soodustavad üleminekut haiglaravilt ambulatoorsele ja päevaravile.

3.7 Haigekassa peaks rahastamisotsuste tegemisel tuginema teenuste osutamise tulemuslikkuse võrdlevale hindamisele ja kulutõhususele, kasutades näiteks tervisetehnoloogiate hindamist.

Eesti tervisesüsteem toimib üldjoontes hästi ning haigekassat on rahvusvaheliselt tunnustatud. Sellest hoolimata märgiti algses aruandes, et süsteemi sees on efektiivsuse suurendamiseks mitmeid võimalusi. See aitab kaasa paremate tulemuste saavutamisele, kuid ei ole tuludekulude vahe katmiseks piisav. Efektiivsuse suurendamisest arusaadavalt rääkides on võimalik veenda patsiente, avalikkust ja poliitikuid selles, et süsteemis kasutatakse vahendeid vastutustundlikult.

Areng ja tulemused

Haiglate ülevõimsuse lahendamise strateegia väljatöötamine. Valitsuse strateegia kapitalikulude katmisel või kallitesse meditsiiniseadmetesse investeerimisel muutunud ei ole.

- Sotsiaalministeeriumi juhtimisel toimunud haiglavõrgu arengukava läbivaatamine lõppes 2009. aasta detsembris. Kuigi selle käigus määrati kindlaks uued haiglavõrgu arendamise põhimõtted, ei näi neil suurt mõju olevat.

- Siiani pole olnud piisavalt poliitilist tahet üldhaiglate ümberliigitamiseks kohalikeks, nagu on ette nähtud haiglavõrgu arengukavas (valitsuse 14. augusti 2009. aasta otsus).

Piisavate investeeringute tagamine rahvatervisesse ja haiguste ennetamisse. Rahvaterviseprogrammide riigipoolne rahastamine on alates 2008. aastast vähenenud.

- Seda on valdavalt korvatud ELi vahenditega. Kuigi see annab võimaluse prioriteetide seadmiseks avaliku sektori tervishoiu rahastamisel tulevikus, on see ühtlasi problemaatiline, nagu osutatud eespool. Haiguste ennetamiseks ja tervise edendamiseks eraldatud osa haigekassa eelarves ei ole vähenenud.

- Alkoholi- ja tubakaaktsiisi on alates 2008. aasta algusest tõstetud neli korda, millele lisandub veel üks tõus 2012. aasta jaanuaris. Tervise Arengu Instituut käivitas 2010. aastal mitu ELi vahenditega rahastatud kampaaniat alkoholi liigtarvitamise ennetamiseks. Käibemaksu- ja aktsiisitõusude mõju tervishoiule ei ole põhjalikult analüüsitud, kuid esialgsed uurimistulemused näitavad, et õlle kättesaadavus vähenes esimest korda 2008. aastal ja et alkoholi tarbimine on alates 2007. aastast langedud.

Esmatasandi osa suurendamine tervisesüsteemis. Toimunud on mitu muudatust, teised on kaalumisel.

- 2010. aastal muudeti tervishoiuteenuste korraldamise seadust, et anda õdedele ja ämmaemandatele suurem roll. Alates 2010. aasta septembrist osutavad koolides kõiki tervishoiuteenuseid õed. Õdedele on samuti antud piiratud õigus ravimeid välja kirjutada.

- Perearstide Selts andis 2010. aastal välja kvaliteedijuhise perearstidele.

- 2011. aastal oli perearstide osutatavate tervishoiuteenuste puhul piirhinna vähenemine väiksem, et säilitada üldarstiabi kättesaadavust.

- Sotsiaalministeeriumis on arutusel ravikindlustuse seaduse muudatuse eelnõu, mis piirab otsest juurdepääsu eriarstide juurde ning nõuab eriarsti juurde suunamist ka krooniliste haiguste korral. Perearstid toetavad seda muudatust, kuid tuberkuloosiarstidelt on selle kohta tulnud mõneti negatiivset tagasisidet.

- Terviseametis on arutusel perearstide juhtimise tsentraliseerimine (praegu maakonnatasandi kohaliku omavalitsuse vastutusalas).

- Riigikontroll esitas 2011. aastal aruande perearstiteenuste korraldamise kohta, märkides selles, et on tähtis tagada üldarstiabi tasuta kättesaadavus, ning juhtides tähelepanu sellele, et perearstiteenuste kättesaadavus on viimastel aastatel vähenenud. Samuti leiti aruandes, et perearstid suunavad patsiente eriarstide juurde liiga tihti, millega kaasnevad suured lisakulud tervishoiusüsteemile. Üldarstiabi parandamiseks on vaja meetmeid mitmel rindel.

Haiglaravilt ambulatoorsele ja päevaravile ülemineku stimuleerimine. Haigekassa analüüsid näitavad, et minevikus oli päevaravi puhul paljudel juhtudel tegelikult tegemist ambulatoorse päevakirurgiaga (kestusega alla nelja tunni), mistõttu haigekassa on haiglatele üle maksnud.

- Haigekassa on keskendunud ambulatoorse, päeva- ja haiglaravi suhteliste mahtude muutmisele ning peab oma eelarves ja lepingutes eesmärgiks päevaravi. Haiglad on väljendanud sellele siiski mõningast vastuseisu.

- 2011. aastal kasutusele võetud uus DRG-süsteemi grupeerimisversioon eristab ühepäevaseid ja pikemaajaid haigusjuhtusid, et soodustada päevaravi arendamist. See võimaldab päevaravi tegelikku sisu paremini analüüsida.

Tõenduspõhise meditsiini edendamine. Haigekassa on Eestis pidevalt edendanud ja toetanud tervisetehnoloogiate hindamist, et arendada välja ühine arusaam vajadusest tõendusmaterjalide järele otsuste tegemisel ja kliinilises praktikas.

- 2010. aastal hakkas Tartu Ülikooli tervishoiu instituut tegema tervishoiutehnoloogiate hindamisi.

- 2010. aastal alustas haigekassa ravijuhiste väljatöötamise süsteemi uuendamist, et muuta juhised tõenduspõhiseks. Eesmärk on kaasata rohkem ülikooli arstiteaduskonda, suurendada arstide hulgas teadlikkust tõenduspõhisest meditsiinist, julgustada arste olema tõendusallikate suhtes kriitilisemad, kohandada ravijuhised Eesti oludele vastavaks, kindlustada ravijuhiste levitamine ja rakendamine ning nende täitmise jälgimine.

- 2008. aasta seadusemuudatus jõustus 2010. aastal. Selle tulemusel on meditsiiniseadmete hindamine enne nende esitamist hüvitamiseks läbi paistvam (sarnane tervishoiuteenuste ja ravimite puhul kasutatava protsessiga).

Põhiprobleemid

Asjaolu, et riigil ei ole jätkuvalt tugevat strateegiat haiglainfrastruktuuri ja kallitesse meditsiiniseadmetesse tehtavate investeeringute jaoks, on keskpikas ja pikas perspektiivis suureks ohuks tervishoiusüsteemi rahastamise jätkusuutlikkusele.

Riigikontrolli 2010. aasta aruandes haiglavõrgu arengukava kohta kritiseeriti valitsust selle pärast, et see ei ole välja töötanud selget strateegiat haiglasektori jaoks. Ka OECD 2011. aasta majandusülevaade peab haiglasektori edasist ratsionaliseerimist esmatähtsaks ülesandeks. Sellele vaatamata ei ole koalitsioonilepingus sõnagagi mainitud tervishoiusektorisse tehtavate investeeringute strateegia väljatöötamise kavasid. Muret valmistab ka välisrahastamise suurem osatähtsus tervishoiuinvesteeringutes. ELi vahendid ei ole kindlasti pikaajaline rahastamisallikas ning riigipoolse rahastamise viimine surutise-eelsele tasemele võib olla keeruline.

Positiivseks võib pidada meetmeid üldarstiabi tugevdamise ning pere- ja eriarstide teenuste tõhususe parandamiseks. Kui see suudetakse rahaliselt hästi läbi mõelda, võib perearsti suunamise nõude laiendamine kroonilistele haigetele olla suur saavutus, mis viib eriarstiabi tarbetu kasutamise vähenemiseni ning patsientide ravi parema koordineerimiseni. Kuid nagu on öeldud ka Riigikontrolli hiljutises perearstiabi käsitlevas aruandes, ei piisa ravimudelite tõeliseks muutumiseks ainult sellest, kui mõeldakse, kuidas tasustada teenuste osutajaid. Positiivne on ka haigekassa uue DRG grupeerimisversiooni kasutuselevõtmine päevaravis.

Haigekassa on finantskriisi tõttu olnud sunnitud vähendama tervishoiuteenuste hindu ning pikendada ravijärjekordi, kuid samas on see toimunud ilma üldsuse ja meditsiinitöötajate suurema vastuseisuta. Kui aga haiglad on pikemat aega sunnitud tegutsema väiksemate hüvitistega, võib see piirata ressursside piisavust ning mured tööjõu, eriti õdede võimaliku puuduse pärast tervishoiusektoris on tõsised.

4. Tervisesüsteemi tugeva juhtimise säilitamine

Põhisoovitused ja põhjendused

4.1 Haigekassa peaks jätkama ja tõhustama teenuseosutajate tegevuse jälgimist ja hindamist eriti kliiniliste tulemusnäitajate osas. Investeeringud e-tervise süsteemi võivad kaasa

aidata kliinilise kvaliteedi tõstmisele, sest sellega paraneb infovahetus ning väheneb analüüside ja uuringute dubleerimine.

4.2 Sotsiaalministeerium peaks haigekassa kõrval võtma juhtiva rolli kogu tervisesüsteemi strateegilise suuna näitamisel, tagades tervisesüsteemi piisava rahastamise (eelkõige nende valdkondade osas, nagu kiirabi ja rahvaterviseprogrammid, mida rahastatakse riigieelarvest), toetades teisi institutsioone nende ülesannete täitmisel ning edendades aruandekohustust ja terviseeteadega arvestamist kõigis teistes poliitikavaldkondades.

4.3 Võttes arvesse Tallinna hartas „Tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks“ kokkulepitud suunda, peaks sotsiaalministeerium tegema tihedamat koostööd rahandusministeeriumiga, et rõhutada tervisesüsteemi tehtavate investeeringute positiivset mõju majandusele, ning tagama selleks piisavad vahendid.

4.4 Eesti ühe haigekassa süsteem toimib hästi ja seda ei tohiks nõrgendada või asendada mõne konkurentspõhise mudeliga. Valitsus peaks püüdma kõigiti vältida tervishoiu rahastamise edasist killustumist, mis tekitab ebaefektiivsust ja loob vastuolulisi stiimuleid. Killustatuse esinemisel – näiteks rahvaterviseprogrammide ja kiirabi rahastamisel – peaks sotsiaalministeerium võtma juhtiva rolli, et tagada tõhus koordineerimine.

Areng ja tulemused

Teenuseosutajate tegevuse jälgimise ja hindamise tõhustamine kogu tervisesüsteemis. Haigekassa toetab jätkuvalt kvaliteedinäitajate väljatöötamist e-tervise süsteemi abil.

- Uus digiresepti süsteem võimaldab lisada perearstide kvaliteeditasust süsteemi ravimitega seotud indikaatoreid. E-tervise süsteemi kasutamine haiglasektoris ei ole olnud väga aktiivne. Näiteks muudaks digiregistratuur ravijärjekorra andmed läbipaistvamaks ja annaks informatsiooni perearstide poolt väljastatud saatekirjade kohta, kuid haiglad ei ole selles osas ühel meelel. Selleks et e-tervise andmeid saaks kasutada kliiniliste otsuste tegemisel, tuleks suuremat tähelepanu pöörata andmekvaliteedile.

- Sotsiaalministeerium töötab välja vähiravisüsteemi kvaliteedistrateegiat. Esialgu keskenduti kahele riiklikule vähikeskusele, kuid haiglate vastuseisu tõttu püüab sotsiaalministeerium täiendada seda lähenemisviisi, toetades võrgustikupõhise ravi väljaarendamist.

Strateegilise suuna näitamine kogu tervisesüsteemile ja terviseeteadega arvestamise edendamine kõigis teistes poliitikavaldkondades. Haigekassa ja sotsiaalministeerium teevad selles valdkonnas jätkuvalt edusamme.

- Rahvatervise küsimusi arutati 2010. aastal kuuel avalikul sotsiaalkomisjoni arutelul, mis lõppesid kahe Riigikogu eristungiga, millel käsitleti rahvatervist ja tervishoidu kui riikliku olulisusega küsimusi (2010. aasta detsembris ja 2011. aasta jaanuaris). Nende arutelude tulemusel otsustati laiendada rahvatervise arengukava (2009–2020) juhtkomiteed (kes kiidab heaks rahvategevuskavad ja aruanded), et kaasata kõik Riigikokku kuuluvad erakonnad.

- Tervise Arengu Instituut ja sotsiaalministeerium on algatanud aktiivse arutelu selle üle, kui tähtis on tervislik toitumine ja alkoholi liigtarvitamisega võitlemine rahvatervise parandamisel, kaasa arvatud arutelu turustamise mõju ja teiste sektorite poliitika üle.

- Tervise edendamine (HIV, riskikäitumine jne) lisatakse 2011. aasta sügisel ka koolide õppekavasse.

Tervisesüsteemi tehtavate investeeringute positiivse majandusliku mõju rõhutamise. Selles valdkonnas võiks veel palju ära teha. Tervise valdkonnas on peamine probleem piisavate rahaliste vahendite ja töötajate tagamine.

- 2009. aastal kasvas taotluste arv välismaal töötamiseks vajalike dokumentide väljavõtmiseks 35%²³ ning on näha, et värskest arstieriala lõpetanud lahkuvad kodumaalt, mistõttu tervishoiutöötajate väljaränne on muutunud põhiprobleemiks.

- See suundumus võib olla tingitud palgakärbetest, kuna 2010. aastal tervishoiutöötajate palgad vähenesid (arstidel 4%, õdedel 2% ja hooldajatel 1%). Samal ajavahemikul vähenesid palgad kõikides majandussektorites 5%.

Tervisesüsteemi rahastamise edasise killustumise vältimine. Nii ELi vahendite kui ka CO₂ kvootide müügist laekuvate vahendite suurem kasutamine võis killustatust veelgi süvendada. CO₂ kvootide müügist laekuvate vahendite kasutamine hoonete renoveerimiseks ei tundu samuti kokku sobivat haiglainfrastruktuuri riikliku strateegiaga. Sotsiaalministeerium peaks püüdma tagada, et uued rahastamisallikad koordineeritakse ja viiakse kooskõlla kehtivate prioriteetidega.

Põhiprobleemid

Positiivne on jätkuv keskendumine ravi kvaliteedi indikaatoritele ning Riigikogus peetav arutelu rahvatervise ja tervishoiu üle. Oleks siiski hea ergutada jätkuvat avalikku arutelu tervishoiusektoris tehtavate strateegiliste investeeringute majandusliku väärtuse üle, kaasa arvatud selle üle, kui oluline on leida mooduseid piisava arvu kutseoskustega meditsiinitöötajate tagamiseks. **Poliitikud peaksid mõistma, et tervishoiuteenuste hindade püsivad kärped võivad ressursside piisavust negatiivselt mõjutada ja kahanenud töötajaskonna asendamine võib olla tõsine probleem.** Mõistlik oleks ka pöörata tähelepanu tervishoiusektori jaoks ettenähtud rahastamisvoogude edasise killustatuse vältimisele.

Järeldused

Finantskriisist ja euroala nõuetest tulenevad eelarvepiirangud on aidanud suurendada paljude 2010. aasta aprillis avaldatud aruande järel toimunud tervisesüsteemi muutuste poliitilist teostatavust. Eelkõige kehtib see otsuste puhul, mis käsitlesid tervishoiuteenuste hindade alandamist ja ravijärjekordade pikendamist aastatel 2010 ja 2011, et säilitada tervishoiuteenuste hea kättesaadavus tõsise majanduslanguse ajal. Tähelepanuväärne on ka see, et muutused saavutati ilma avalikkuse ja meditsiinitöötajate olulise vastuseisuta.

Sellel keerulisel perioodil tegid sotsiaalministeerium ja haigekassa koostöös Ravimiameti ja Perearstide Seltsiga suuri jõupingutusi, et eden-

dada ressursside tõhusamat kasutamist terve rea algatuse abil, näiteks laiendades hinnakokkuleppeid ja piirhindu kõikidele hüvitatavatele ravimitele, toetades toimeainepõhiste ravimite väljakirjutamist ja väljastamist, tõstes geneeriliste ravimite mainet avalikkuse ja meditsiinitöötajate silmis, laiendades perearsti koordinaatori rolli kroonilise haigusega patsientide puhul, võttes kasutusele uue DRG grupeerimisversiooni pævaravi soodustamiseks ning julgustades jätkuvalt tervisetehnoloogiate hindamise, ravijuhiste ja kvaliteediindikaatorite kasutamist. Samal ajal püüdsid nad tagada patsientidele finantskaitse, eelkõige seoses üldarstiabi ja retseptiravimitega.

Kõnealuseid jõupingutusi ei ole poliitilise juhtimisega toetatud kolmes valdkonnas, mis on üliolulised tervisesüsteemi pikaajalise rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Esiteks pidi haigekassa alandama tervishoiuteenuste hindasid ja pikendama ravijärjekordi, kuna valitsus keelas tal reserve kasutamise maksimaalses lubatud määras. Lühiajalised kärped võivad omada pikaajalist ebasoodsat mõju töötajate kättesaadavusele. Kui haigekassa oleks saanud kasutada oma reserve, oleks ta seda riski vältinud ning säilitanud haigushüvitised ja täiskasvanute ennetava hambaravi hüvitamise. Selle asemel oli ta sunnitud need kulud nihutama leibkondadele, riskides kahjustada finantskaitset, ja ei suutnud tõsta 50%-lise soodustusega kulutõhusate retseptiravimite hüvitamise ülempiiri.

Teiseks ei ole valitsus siiani suutnud ära kasutada võimalust laiendada avaliku sektori tulubaasi. Algses aruandes näidati selgelt, kuidas tervisesüsteemi rahastamise jätkuv sõltuvus tööjõumaksude laekumistest ei genereeri tulevikus tervisesüsteemi jaoks piisavat tulu. Soovitatakse kaht täiendavat meetet: sotsiaalmaksu kehtestamine muule kui palgasetulekule (muutes selle sihtotstarbeliseks tulumaksuks) ja valitsuse poolt pensionäride eest tehtavad sissemaksed ravikindlustussüsteemi. Hiljutine arutelu selles valdkonnas keskendus sotsiaalmaksu ülempiirile (mis pigem kahandab kui laiendab avaliku sektori tulubaasi), vabatahtli-

ku ravikindlustuse osa laiendamisele ja meditsiinisäästukontode loomisele ning inimeste individuaalse vastutuse suurendamisele oma tervise eest. Sellised meetmed võiksid rahuldada huvirühmi – eriti neid, kellel on konkreetsed ideoloogilised vaated –, kuid on ebatõenäoline, et need aitaksid tervisesüsteemil saavutada selliseid eesmärke nagu tervise parandamine, finantskaitse tagamine ja ressursikasutuse tõhustamine.

Kolmandaks rõhutati algses aruandes, et on vaja rangemat ja strateegilisemat kontrolli tervisesektori investeeringute üle (eriti seoses haiglainfrastruktuuri ja kallite meditsiiniseadmetega). OECD 2011. aasta majandusülevaates käsitleti ka haiglate edasist ratsionaliseerimist kui suurema efektiivsuse tagamise peamist vahendit. Poliitilise tahte puudumine haiglavõrgu arengukava täieliku elluviimise poole püüdlemisel suurendab tõenäoliselt survet tervishoiukuludele.

Majanduslangus on tõestanud, kuivõrd hästi on Eesti tervisesüsteem võimeline reageerima suhteliselt lühikesele kärpeperioodile (vähemalt paljude teiste riikidega võrreldes). Seda suuresti tänu haigekassa ja sotsiaalministeeriumi pragmaatilisele ja hoolikale tegevusele, milleks on eelkõige nende jõupingutused stiimulite korrastamisel ja finantskaitse säilitamisel olukorras, kus tuli oluliselt vähendada hindasid ja kindlustuskatet. Majanduslangus tõi esile veel kaks küsimust: a) tugevalt ainult tööjõumaksudest sõltuval tervishoiu rahastamisel on omad piirangud, kui majanduslikult aktiivsete inimeste arv võrreldes mitteaktiivsete inimestega väheneb, mis tõenäoliselt vähendab ravikindlustuse laekumisi, seab ohtu juurdepääsu tervishoiuteenustele ja kahandab tervishoiutöötajate hulka; ning b) muud kui sihtotstarbelised kulutused – nagu riigieelarve eraldised rahvatervisele – on tundlikud majanduskeskkonna muutuste suhtes.

Algne raport: S. Thomson, A. Võrk, T. Habicht, L. Rooväli, T. Evetoviits, J. Habicht. Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. WHO 2010.

EESTI AKADEEMILISE FARMAATSIA SELTSI (EAFS) TUNNUSTUSE PÄLVIS DAISY VOLMER

Sellel aastal otsustasid EAFS-i liikmed septembrikuus toimunud üldkoosolekul avaldada tunnustust TÜ sotsiaalfarmaatsia vanemassistentidele Daisy Volmerile.

D. Volmer lõpetas TÜ proviisorina 1992. a., kaitses 1994 a. teadusmagistri kraadi fütokeemia valdkonnas. D. Volmer on alates 1992. a. algusest kuni käesoleva ajani töötanud TÜ farmaatsia instituudis erinevatel ametikohtadel, alates 2004. a. sotsiaalfarmaatsia vanemassistentina. Aastatel 1997-2002 töötas Daisy Volmer Ravimiameti ravimite registreerimise osakonnas.

Alates 2001. a. õpetab D. Volmer tulevastele proviisoritele sotsiaalfarmaatsiat. Tegemist oli küllaltki uudse farmaatsia-valdkonnaga, mille õpe TÜ farmaatsia instituudis algas 1993. a. Kuna lisaks teoreetilistele teadmistele oli õppeaine praktilisega sidumiseks oluline tunda ka Eesti apteekide ja apteekrite tegelikku olukorda, käivitas D. Volmer mitmeid erinevaid uurimisteemasid. Tänapäeval on paljude muude küsimuste kõrval selgitatud põhjalikumalt nii apteegikülastajate kui ka apteekrite endi arvamusi apteegiteenusest ja selle kvaliteedist, ravimite ohutuse tagamisest ning krooniliste haigete nõustamise võimalustest meie apteekides. Teaduskoostöö on D. Volmerit kokku viinud paljude sama eriala teadlastega Põhja-Euroopas, aga ka Ameerika Ühendriikides ja Austraalias.

Lisaks õppetööle Tartu Ülikooli farmaatsia instituudis on D. Volmer esinenud lektorina mitmel erialastel konverentsidel ja täienduskursustel nii kodu- kui ka välismaal. Tema juhendamisel on paljud üliõpilased teostanud proviisoriõppe uurimistöid.



2006. a. valisid üliõpilased D. Volmeri Medicina valdkonna kümne parema õppejõu hulka.

D. Volmer on avaldanud üle 80 teadusliku kirjutise. 8. detsembril 2010. a. kaitses ta edukalt doktoritöö teemal "Jamüügiapteekide areng Eestis – avalik ja erialane arvamus 1993-2006" ja talle omistati filosoofiadoktori teaduslik kraad.

D. Volmer osaleb aktiivselt erinevate erialaseltside töös, olles näiteks Euroopa Kliinilise Farmaatsia Seltsi ja Farmaatsiaterminoloogia ekspertkomisjoni liige ning Euroopa Ravimiameti (EMA) ekspert. Aastatel 2009-2011 osales ta ühe TÜ poolse esindajana Euroopa Farmaatsia Fakulteetide Assotsiatsiooni (EAFP) eestvõttel korraldatud Euroopa farmaatsiaharidust kaardistava programmi Pharmine töös. D. Volmer on osalenud kolme rahvusvahelise farmaatsiakonverentsi korraldamises. Daisy Volmer on EAFS-i asutajaliige ja alates 2008. a. selle aseesimees, vastutades regulaarselt toimuvate ja kõigile huvilistele avatud ettekandekoosolekute korraldamise eest. Samuti on ta koostöös Tamro Eesti AS-ga olnud üheks erialase jätkukoolituse mõtte algatajaks ja elluvijaks.

EAFS-i tänukiri ja mälestusmeene anti Daisy Volmerile üle 19. oktoobril k.a. farmaatsia instituudi aastapäeval.

Maaja Paavo

EUROOPA KOHUS HINDAB YA ERISTAATUST SOOMES

14. mail k.a avaldas Euroopa Liidu teataja Soome Korkein hallinto-oikeus'e eelotsustustaotluse kohtuasjas C-84/11. Põhikohtuasja poolteks on Marja-Liisa Susisalo, Olli Tuomala ja Merja Ritala ning kohtuasjas osalevad Helsingin yliopiston apteekki ning Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus FIMEA.

Euroopa Kohtult taotletakse seisukohta mitmes küsimuses.

1. Kõigepealt küsitakse Euroopa kohtu seisukohta, kas Soome ravimiseadus (lääkelaki) on vastuolus EL asutamisevabadust käsitleva ELTL artikliga 49, kuna soome ravimiseadus näeb Helsingin Yliopiston Apteekki haruapteekide asutamisele ette eraõiguslike apteekide asutamistingimustest erinevad tingimused:

a) FIMEA poolt ravimiseaduse § 52 lg 1 kohaselt antud loa alusel võib eraõiguslik apteek haruapteegi asutada piirkonda, kus elanike vähesuse tõttu puuduvad piisavad eeldused iseseisva apteegi tegevuseks, kuid kus ravimite kättesaadavuse tagamiseks on apteeki vaja, ning eraõigusliku apteegi proviisor võib käitada kuni kolme haruapteeki, kusjuures iga haruapteegi jaoks peab olema eraldi luba.

Helsingin yliopiston apteekki haruapteegi võib seevastu asutada Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuse poolt ravimiseaduse § 52 lõike 3 alusel juhtumipõhiselt antava loa alusel, mille väljastamisel kohaldatava kaalutusõiguse osas ei ole siseriikliku seaduse ega muu õigusaktiga ette nähtud muud piirangut kui see, et Helsingin yliopisto[n apteekki] võib olla kuni kuusteist haruapteeki.

b) FIMEA peab eraõigusliku haruapteegi asukoha määratlemisel arvestama (põhi)apteegi asukohaga. Helsingin yliopiston apteekki haruapteekide asukoha kohta vastavad sätted puuduvad ja need haruapteegid asuvad Soome eri paikades.

2. Kui Euroopa Kohus otsustab, et eespool esitatud küsimustele antud vastuseid arvestades on Helsingin yliopiston apteekki haruapteekide süsteem vastuolus ELTL artikliga 49, siis taotleb Korkein hallinto-oikeus Euroopa Kohtult eelotsust lisaks järgmistes küsimustes:

a) kas Helsingin yliopiston apteekki haruapteekide asutamisevabadust saab õigustada Helsingin yliopiston apteekkil oleva elanikkonna ravimitega varustamise ja farmaatsia eriala õpetamise eriülesannetest tuleneva, ülekaalukal üldisest huvil põhinevate vajadustega, mis on möödapääsmatud ja kooskõlas proportsionaalsuse põhimõttega (arvestades asjaolu, et Helsingin yliopiston apteekki haruapteekidele ei ole vastavaid eriülesandeid ette nähtud)?

b) kas Helsingin yliopiston apteekkile seadusega ette nähtud eespool kirjeldatud eriülesannete põhjal võib seda apteeki pidada ELTL artikli 106 lõikes 2 ette nähtud ettevõtjaks, kellele on antud üldist majandushuvi esindavate teenuste osutamine, ja kui see on nii, siis kas see ELTL sätte õigustab Helsingin yliopiston apteekki haruapteekide puhul kõrvalekaldumist ELTL artiklist 49 ja Euroopa Kohtu praktikas seatud nõuetest eelnevalt taotletavale haldusloale (arvestades asjaolu, et Helsingin yliopiston apteekki haruapteekidele ei ole vastavaid eriülesandeid ette nähtud)?

Euroopa Kohtu masinavärk liigub aeglaselt. Tavaliselt on otsust oodata mitte kiiremini kui aasta pärast.

Kaidi Sarv

YA ajalugu

* 24.09.1755 Kuningaas Adolf Fredrik annab Turu akadeemia apteegiprivileegi, apteekril on kohustus õpetada arstiteaduse üliõpilastele keemiat ja raviainete tundmist.

•1757 avatakse akadeemia apteek Turu linnas. Apteegi sissetulekut kasutatakse arstiteaduskonna arendamiseks.

•1809 Soome liidetakse Venemaaga

•1827 Turu linna tulekahju, kõik kolm apteeki hävivad

•1828 Akadeemia kolib Helsingisse, apteek koos akadeemiaga

•1829 Apteek saab ainuõiguse varustada ravimitega asutamiselolevat kliinilist instituuti (ülikooli keskhaigla)

•1853 Ülikool otsustab loovutada apteegi kõige kõrgema rendipakkumise teinud soovijale. Ülikool ja apteekrid kaotavad apteegi arendamise vastu huvi

•1872 Ülikooli apteegi esimene naisõpilane (Soome esimene 1869)

•1917 Soome iseseisvumine

•1936 Apteegikauba seadus, mille alusel saavad haiglad osta ravimeid otse tehasest ja hulgimüügist, apteegi tegevus haiglate varustamisel väheneb

•1937 Yliopiston Apteekki on esimest korda Soome suurim apteek

•1950 võetakse apteek ülikooli hallata. Apteekriks saab Viljo Purasmaa

•1953 saab apteek uue ravimiseaduse alusel õiguse ravimivarude soetamiseks. 1954-1974 asutab YA 16 haruapteeki riigi erinevatesse kohtadesse (esimese Savonlinna ja viimase Salosse)

•1999 saab oma apteegiõiguse Kuopio ülikool. YA loovutab sellele Kuopio haruapteegi. Selle asemele asutatakse YA haruapteek Helsingisse (2001)

•2004 esimesed YA apteegid avatakse Eestis Viru keskuses Tallinnas ja Viljandis

•2005 YA tähistab oma 250. juubelit

•2005 YA alustab tegevust Venemaal

•2008 analüüsitakse apteegi asutamise võimalusi Rootsis.

Allikas YA kodulehekülg: <http://www.yliopistonapteekki.fi/fi/yritystiedot/yritys/historia/Pages/Default.aspx>



Yliopiston Apteekki

TAANI: DROGERIID RÜNDAVAD APTEEKE

Taanis üritavad lobistid ühineda selleks, et ühiselt apteegisüsteemi rünnata: radilaakse liberaalse väikepartei "Liberaalse alliansi" algatusel alustab majandusministeerium apteegituru avanemise võimalike tagajärgede uurimist. Liberaalid on korduvalt kurtnud apteegisüsteemi rangete reeglite üle, kirjeldades neid isegi kui "nõukogude tingimusi". Lootes turu liberaliseerimist, on tulevased konkurendid juba stardivalmis: Taani drogeriikett *Matas* tahab alustada retseptiravimite väljastamist.

Uurimine keskendub eriti apteekide tihedusele ja ravimite hindadele: "On vaja välja töötada liberaliseerimise mudel, mis tooks kaasa madalamad ravimite hinnad", võib lugeda ministeeriumi avalduses. Uuring tugineb teiste riikide kogemustele: "Uuring arvestab Rootsi, Hollandi, Suurbritannia, Iirimaa ja Norra kogemusi." Nendes riikides on ravimite kättesaadavus läbi uute apteekide avamise paranenud.

Lähinädalatel tahab konservatiivselt meelestatud majandusminis-

teerium nimetada ekspertide komitee kes uuringu läbi viivad.

Sama argumentatsioon kordub suures osas drogeriiketi *Matas* kampaanias: "turgude liberaliseerimine on juba andnud positiivseid tulemusi meie naaberriikides", ütleb ettevõtte pressiesindaja.

Matas, mis on alates 2007. aastast investori "CVC Capital Partners" omanik, näib enesekindel, öeldes, et juba täna ostleb iga Taani pere nende kauplustes. "Oma 300 tegevuskohaga saame me märkimisväärselt suurendada apteekide arvu," ütleb pressiesindaja. Drogeriikett müüb käsimüügiravimeid alates 2001. aastast. "Me tahame laiendada oma teenuseid, sealhulgas väljastada ka retseptiravimeid."

Matasel on ka väga selge ettekujutus, kes peaksid ministeeriumi koostatavasse ekspertkomisjoni kuuluma: "Me soovime kaasata Taani tarbijate nõukogu", ütleb pressiesindaja. Nõukogu seisukohad liberaliseerimise suhtes on ilmsed: "Internetil on ravimite väljastamises

oluline roll. Võib-olla ei pea patsiendid igakord ravimeid saama ainult proviisori käest", ütleb organisatsiooni uudiskiri. Organisatsiooni rahastatakse avalikest allikatest ja erinevate katseraportite koostamise tuludest.

Taani apteekritele on selge, miks *Matas* selliseid jõupingutusi teeb: öeldakse, et ketti on survestanud kasumile orienteeritud investorid. Asjaolu, et väikepartei "Liberaalne Alliance" suutis oma algatuse läbi suruda ilma, et ta isegi oleks liberaalse konservatiivse valitsuse osa, võib olla "osa suuremast tehingust."

Apteekrid jooksevad võidu ajaga: valimised on Taanis tulemas novembris. Küsitlused näitavad, et praegune konservatiivne liberaalne valitsus jääb populaarsuselt tugevalt maha sotsiaaldemokraatidest kes senimaani huvi apteegivaldkonna liberaliseerimise vastu ei ole näidanud.

Benjamin Rohrer. DENMARK: Drugstores attack pharmacies. pharma ad hoc. Tue, June 14, 2011. -<http://www.pharma-adhoc.com/index.php?m=1&id=480>



PÕHJA IIRIMAA: KETID TOETAMA VÄIKSEID APTEEKE

Põhja-Iirimaa keti apteekidele võib peatselt lisanduda uus maks: rahandusminister Sammy Wilson'i eesmärgiks on kasutusele võtta erimaks suurtele kettidele, et leevendada väikeettevõtete olukorda. Ministri sõnul on ristfinantseerimise tulemusena majanduskeskkond õiglasem.

Uue maksu detailid on siiani teadmata. Wilson soovib maksu kehtestada suurlinnade keskustest väljaspool asuvatele ostukeskustele. Kuigi ka suurimad jaemüügi kinnistud linna keskustes on maksustatavate nimistus. Minister selgitas, et suured ketid elasid majanduskriisi üle suhteliselt hästi – vastandina väikeettevõtetele. Algsete prognooside kohaselt võib sobilike firmade arvu tõsta ühe kol-

mandiku võrra ning kogu maksusoodustus kahekordistub.

Suurettevõtted on ärevuses ja ähvardavad hakata sulgema antud kohtades oma asutusi ja koon-dama töötajaid. Edukaid jaemüüjaid karistatakse, Põhja-Iirimaa maine äri loomise kohana rikutud, jaekaubanduskettide ühinguid kritiseeritakse. Kui investeerimine suurtele kompaniidele muutub ebaatraktiivseks, võib see ohtu saada ostukeskuseid ja seega ka väikeettevõtteid kes neist sõltuvad.

Aptegikett Boots, millel on 2500 filiaali ühendkuningriikides, teeb kõva lobitööd maksu vastu. Kompanii ähvardab kaudselt Rahandusministeeriumit väiksemate fi-

liaalide sulgemisega: väikelinnade apteekides peab jääma võimalus pak-kuda klientidele (patsientidele) pa-rimat võimalikku ravi, ütles Boots'i pressiesindaja. Kaalul oli väikeste kogukondade heaolu. Boots koos teiste jaemüüjatega tahab avaldada mõju erakordse maksu planeerimisel.

Wilson teatas, et tuleb arutelu võimalike tagajärgede uurimiseks ning detailid pannakse paike pärast seda. Maksu on kavas hakata rakendama aprillist 2012.

Janina Rauers. *NORTHERN IRELAND: Chains to subsidise small pharmacies. pharma ad hoc. Mon, April 11, 2011.* -<http://www.pharma-adhoc.com/index.php?m=1&s=5&showPage=1&id=465>

EESTI: DIGIRETSEPT MEELITAB POSTIMÜÜGIAPTEEKE

ID-kaart paberretsepti asemel: alates jaanuarist 2010 ei kirjutata enamikku retseptiravimeid Eestis enam paberile, vaid digitaalselt. Kõik andmed patsiendi ravimite kohta on talle nende failis Haigekassa serveris. Ainult patsientidel, arstidel ja apteekritel on ligipääs antud andmetele. Huvigrupid, ennekõike apteegiketid, pooldavad interneti apteegi tekke legaliseerimist, et ära kasutada "Digiretsepti" potentsiaali.

Süsteem on lihtne: Ükskõik kes Eestis saab retseptiravimi, peab apteegis näitama ainult oma ID-kaarti. Arsti poolt eelnevalt sisestatud ravimi juhised ja ravi kestvus on nähtaval serveris.

Sedasi saavad arstid ja apteekrid täpselt jälgida, milliseid ravimeid on väljastatud ja millal nende manustamine lõpeb. Patsiendil endal on ka ligipääs oma failidele internetis.

Digiretseptiga töötamise juures kõige tähtsamateks töövahenditeks on IT ja ID: kõik arstid ja apteegitöötajad peavad sisenema süsteemi oma ID-kaardiga. Kes iganes unustas oma kaardi, võib otsejoones koju tagasi minna. Olukord võib samuti raskeks minna kui tekib rike serveri ühendusega. Uuring on näidanud, et seda juhtub paar korda kuus kolmandikes apteekidest.

Eriti esimestel kuudel oli mõningaid tehnilisi raskusi. Täna on süsteem korras ja toimiv, kui üle 80% ravimitest on väljastatud digitaalselt. Eesti on projekti üle uhke ja näeb end kui e-tervise pioneeri Euroopas. See küsimus on hõivanud valitsuse kõrgemaid organeid alates 1990-ndatest, juba aastal 1997 loodi esimene lahendus eelarve süsteemi rakendamiseks.

Eesti ametivõimud on näinud kõvasti vaeva, et luua süsteem, mis oleks mugav kõikidele osapooltele: krooniliste haigustega patsiendid vajades oma regulaarsele ravile uut retsepti ei peaks igakord minema arsti juurde, vaid piisab ka ainult helistamisest oma arstile ja nad võivad saata apteeki ka kolmanda osapoole ravimeid ära tooma, kui tal on patsiendi isikukood ja enda ID-kaart.

Ametiasutuste perspektiivist tähendab see vähem paberimajandust, rohkem aega patsientidele, usaldusväärsemat statistikat, paremat vastavuse kontrolli. Kuigi uuringuid selle kohta, kui palju olukord on paranenud, ei ole veel tehtud, plaanid programmi täieliku potentsiaali uurimiseks on juba paigas. Valitsus soovib legaliseerida ravimite müüki interneti teel juba sel sügisel. "Usume et õige aeg sellise sammu astumiseks on tulnud", ütles pressiesindaja.

PHOENIX OHJAB TÜTARFIRMADES



Reimund Pohl
Chief Executive Officer

PHOENIX group

Eesti apteegikettide esindajad on ka huvitatud, et neil lubataks saata ravimeid otse patsientidele. Ühelt poolt on olemasolevad filiaalid hästi kaitstud uute konkurentide eest. Teisalt on aga turg kenasti paigutatud peaaegu tervikuna: 434 Eesti apteeki 478-st on seotud neljast suuremast ketist ühega.

Internetimüügi võimaluse kasutuselevõtuga võiks see jaotus muutuda. Eesti arstid peaksid arvatavasti harjuma internetiaptekide müügi-esindajate külastustega ja patsiendid peaksid harjuma apteekide vähesema külastusega.

Patrick Hollstein. ESTONIA: e-prescription attracts mail-order pharmacies. *pharma ad hoc*. Tue, June 14, 2011. -<http://www.pharma-adhoc.com/index.php?m=1&s=5&showPage=1&id=482>

Kellel soov kohtuda neil päevil Phoenix'i direktoritega, ei ole vaja reisida Mannheimi vaid Rootsi. Juhtkond on pidanud koosolekuid Stockholmis alates kolmapäevast, juhatuse liikmed ja juhtivtöötajad kõigist 23 riigist viibisid Rootsis reedeni.

90. osaleja seas oli ka nõuandekogu juhataja dr Bernd Scheifele, samuti oli kohal omanike esindaja Ludwig Merckle. Kriisi järgselt peavad juhid pühenduma uuele korporatiivsele ühtsusele.

Minevikus suutsid tütaretevõtted tegutseda enamjaolt sõltumatult emaettevõttest. Pärast patriarh Adolf Merckle surma 2009. aasta jaanuaris sai Phoenix'i tegevdirektoriks Scheifele. Olles omandanud aastate jooksul mitmeid individuaalsed kompaniisid, anti juhatajatele palju vabadust. Isegi seda kaubamärki, Phoenix ei kehtestatud kõikidel hulgimüüjatel ja üle-Euroopaline apteegi kaubamärk oleks ilmselt olnud mõeldamatu.

Firmasiseselt säilitati seda autonoomiat hoolikalt – mõnikord isegi vastuolus juhtimise peamistele põhi-mõtetele: kuni viimase ajani, Skandinaavia kontserni osa Tamro järelvalveorgani juht ei olnud Phoenix'i tegevdirektor Reimund Pohl, vaid tema eelkäija Scheifele. Kuigi alates oma töökoha vahetamist HeidelbergCement'i on Scheifele emaettevõtte järelvalvekomitee liige, seega rangelt võttes oli tema ülesandeks iseenda töö kontrollimine.

Isiklikud põhjused võisid mädada rolli selles kokkusattumuses: Tamro nutikalt kantslikku ülevõtmist, mis algas aastal 2000, peetakse Scheifele üheks suurimaks saavutuseks. Menetlused väidetava väärt-paberibörsi seaduste rikkumise eest Merckle perekonna vastu jäeti kõrvale aegumistähtaegade tõttu.

Kriisi ajal oli detsentraliseeritud struktuuril oma hea külg: kuna korporatsiooni tähtsaimat osa, Tamrot võidi müüa kõrge hinnaga. Nähtavasti selle tootmisharusiseselt huvitatud osapooltest puudust ei olnud. Kuigi Teya tšekk üle 3,6 miljardile eurole Ratiopharmi eest oli piisav, et päästa Merckle impeerium ja koos sellega Phoenix'i kokkuvarisemine.

Nüüd näib uue ajastu Phoenix'i käsuahtel minevat rangelt ja otse ülevalt alla. Scheifele hiljuti taganes oma töökohast Tamros ning kolm Soome järelvalveorgani esindajat lahkusid ja tegid ruumi tippjuhtidele Mannheim'ist. Vastavalt aruannetele tehakse tähtsaid otsuseid nüüd Saksamaal ning Vantaas Helsingi lähedal olev juhatus on kaotamas mõjuvõimu.

Pärast 20 aastat kestnud suhtelist iseseisvust jääb oodata, kas ja kuidas töötab Phoenix'i tsentraliseeritud organisatsiooni struktuur. Praegu on käimas tihedamate sidemete arengu toetamine põlvkondade vahetumisel, eelkõige kõige enesekindlamates rahvuslikes tütaretevõtetes.

Näiteks Soomes ja Hollandis – kus Phoenix võttis aasta tagasi kontrolli üle Celesio apteegiketilt – direktorid ja palju aastaid Merckle usaldusalused olnud isikud läksid hiljuti pensionile. See aga on stsenaarium, mida kontserni juhtkond peagi ise peab tegema: nagu on selles valdkonnas kombeks. Pohl tahab minna pensionile 60-aastaselt, mis saab teoks järgmisel aastal. Just nagu Celesio ja Alliance Boots, peab ka Phoenix leidma uued tegevdirektorid.

Patrick Hollstein. Phoenix reins in subgroups. *pharma ad hoc*. Fri, June 17, 2011. -<http://www.pharma-adhoc.com/index.php?m=1&s=2&showPage=1&id=484>



MIKS ON ALUSELISUS AKTUAALNE?

Jaanus Lember

Sada aastat tagasi oli meie toidulaud peamiselt loomasaadustest ja teraviljasaadustest ning hommik algas kaevuvee sõõmuga. Kunstsuhkrut praktiliselt ei tuntud ja kõrvetatud kohviubadest tumepruun jook oli enamusele tundmatu. Alkohoolsetest jookidest tarvitati peamiselt kodus tehtud õlut ja sedagi heal juhul vaid kahel korral aastas – jaanipäeval ja jõuluõhtul. Töö oli peamiselt füüsiline ja valdavalt vabas õhus. Tänapäeval on olukord kardinaalselt muutunud.

Tänapäeval jõuavad meie menüüsse tunduvalt rasvasemad ja suhkrurikkamad toiduained. Kohvist on saanud uus „kaevuvesi“, õhtul jõuab kätte õlleklaas või veinipokaal ning „kaks liitrit vett päevas“ soovitusel teevad välja vaid vähesed. Töö on enamasti istuv ning tubane, kuid ometi stressist ja kiirustamisest kellegi puudust ei tule.

Mida siis selline elumuutus meie keha jaoks tähendab? Täna toitu on organismil kindlasti keerulisem seedita ja selle lõpuni „põletamiseks“ on meie organismil oluliselt vähem hapnikku, sest füüsiline töö värskes õhus on pigem erand kui reegel. Selle tulemusel tekkinud ainevahetuse happelised vaheproduktid nagu näiteks püroviinamarjahape, piimhape, etaanhape või äädikhape esinevad organismis täna kordades

kõrgemates kontsentratsioonides ja põhjustavad erinevaid vaevusi nagu väsimus, kurgu kuivus, iiveldus ja muud. See on ka peapõhjus, miks täna räägitakse üha enam happelise tasakaalust, pH-dieedist ja aluselise vee joomisest.

Kõik saab alguse sellest, et inimese keha aluselise-happelise (pH) ideaalne tase on 7,35. See on kergelt aluseline ja iga selle väiksemgi kõikumine happelise poole mõjutab kogu meie organismi tervikuna. Seepärast ongi väga oluline, et meie toidulaual oleksid aluselist ja happeliste toiduainete suhe tasakaalus ning me teadvustaksime aluselise olulisust tänapäeva elustiili juures.

Enim mõjutab tänapäeval vere pH-taset just inimeste elustiil ja toitumisharjumused. Meie rakud toodavad toidust energiat ja selle protsessi käigus tekivad eelpool mainitud happelised ainevahetuse vaheproduktid ehk lagundamist, neutraliseerimist või organismist väljutamist vajavad jääkproduktid. Eriti suurel hulgal selliseid negatiivse mõjuga orgaanilisi happeid tekib liigse magusa, rasva, alkoholi, kohvi jms tarbimisel. Happelised jäägid ja ainevahetuse lõppproduktid peaksid väljuma meie kehast vedelal kujul uriiniga või higistamise teel, olles enne veres lahustunud. Kindlasti on olulisel kohal ka süsihappegaasist vabanemine

hingamise teel. Organismi võimet happelistest jääkidest vabaneda pärsib stress, ületöötamine, vähene uni, ebapiisav liikumine, suitsetamine ja vedelikupuudus.

Kahjuks on esitatud nimistu tänapäevaelu üsna paratamatu pärisosa ja seetõttu ei suuda keha tänapäeva inimese elustiili ja toitumisharjumuste juures mitte alati kõikidest happelistest ühenditest vabaneda ning osa neist salvestub kehas. Me ei söö ega joo piisavalt tooteid, mis sisaldaks aluselisi mineraale nagu kaltsium, magneesium, naatrium, kaalium (tihti karbonaat või sulfaat soolana), et seda jääkainete hulka neutraliseerida. Tihti annab sellest meile märku suus olev kergelt hapukas maik ja kuivav kurk.

Kui organismi pH on jõudnud sellesse staadiumi, kus ideaalsest pH-st on kaldunud happelise poole, väheneb aga organismi võime omastada toitaineid ning vitamiine ja mineraale, langeb rakkude energiatootlikkus ja kahjustub rakkude taastumisvõime, nõrgeneb keha võime toota ensüüme ja hormone ning keha muutub vastuvõtlikuks rasvumisele ja paljudele muudele tervisehädadele. Häiritud on ka seedesüsteem.

Happeline keskkond soodustab käärimist ja krooniliste põletike teket

soolestikus ning võib põhjustada tõsiseid allergilisi reaktsioone ja ülitundlikkust.

Selleks et happelisi jääkaineid neutraliseerida ja need kehast ohutult välja viia näeb meie keha küll tohutult vaeva, kuid ei tee seda alati kõige paremaid võtteid kasutades. Näiteks laenab ta aluseliseid mineraale meie luudest ja kudedest, hoo pis nõrgestades nõnda meie organismi. Teise kaitsestrateegiana, et happeliste jääkide kontsentratsioon organismis madalam hoida, hoiab organism liialt vedelikku kinni, mille tulemusena uriini eritumine väheneb, jäsemed tursuvad ja nägu pundub.

Üks keha strateegiaid on ka rasvarakkude tootmine, et siduda ja ladestada nendesse liigsed happelised jäägid. See on vajalik, et hoida mürgid eemal meie elutähtsatest organitest. Rasvkihi moodustamine on siinjuures organismi kaitsereaktsioon ja rasv sel juhul meie "päästerõngas".

Äärmuslikel juhtudel on happeliste ühendite kuhjumine sedavõrd suur, et see hakkab hävitama terveid rakke enda ümber. Terved rakud on kergelt aluselise pH-ga, kuid happelises keskkonnas võivad nad, üritades ellu jääda, muuta oma valemite. Halvimal juhul muunduvad nad happelisteks vähirakkudeks (pH 6,0).

Isegi kui pahaloolumulised kasvajad on täielikult kirurgiliselt eemaldatud, siis niikaua, kui selles kohas jäävad alles happelised tingimused, on uute kasvaja tekkimine samas piirkonnas üsna tõenäoline. Seda tõestas oma uurimustes juba aastaid tagasi Dr Otto Warburg (1883-1970), et kui looma kehas tekib liialt hap-

peid, siis haigestub ta vähki. Dr Warburg pälvis sama uurimusega Nobeli preemia.

Mida siis sellises olukorras teha? Esmane soovitus on muidugi pöörduda tagasi keedetud juurikate juurde, loobuda alkoholist, kohvist, liigsest maiustamisest ning maha jätta suitsetamine, lisaks juua 2-3 liitrit vett päevas ning liikuda värs kes õhus. Tervisliku pH-dieedi tulemusena erituvad süsivesikute happelised jäägid gaasilisel kujul süsihappegaasina (CO_2) kopsudest ja vedelal kujul uriini osana, nii nagu olekski organismile loomulik ja õige.

Mida aga teha, kui inimene ei ole valmis loobuma hommikukohvist, kohviku koogist ja õhtusest pokaalst veinist? Kui ei ole töö ja laste kõrvalt võtta piisavalt aega jalutamiseks või metsajooksuks või kasvõi treeninguks sisesaalis? Üks lihtsam ja kergemini teostatavam variant on teadlikult tarbida vett ja soovituslikult aluselist. Kodus saab vett aluseliseks muuta tehniliselt ionisaatori abil. Kui aga töödeldud vesi ei ole lemmik, siis on mõtekam haarata meie poeriiulitele jõudnud looduslikult tugevalt aluselise mineraalvee Devin (pH 9,1) pudel.

Vesi aitab happelisi jääke kehast välja pesta ja aluseline vesi neid isegi organismis teatud määral neutraliseerida. Aluselises vees leiduvad aluselised HCO_3 ja CO_3 ioonid seovad erinevate hapete vesinikioone (H^+), mis läbi on organismil lihtsam hakkama saada happeliste vahetoodete tulvaga.

Jaapanis läbi viidud põhjalikest uuringutest on selgunud, et aluseline

vesi on parandanud erinevaid kroonilisi haigusi, nagu artriit, diabeet, kõrgevererõhutõbi, kõrvetised, halb verevarustus, luuhõrenemine, psoriaas, seedehäired, migreen, jalakrambid, krooniline väsimus. Lisaks aitab aluselise vee joomine taastada pH-taset suus ja parandab seeläbi hammaste tervist. Seda veel eriti, kui joodav vesi sisaldab vähesel määral fluori.

Mitmedki Eesti tunnustatumad pH-teooria arendajad, nende seas dr. Riina Raudsik, on ühel nõul, et inimese tervis algab keha pH-tasakaalust, sest vananemine ja haigused ei ole põhjustatud millestki muust kui organismi ülehappelisusest. Kuna suhkur, tubakas ja vein on tänapäeval paljude inimeste lahutamatuks kaaslasteks, on tervise taastamisel aluselise vee joomine väga vajalik. Seega võiks aluseline vesi olla heaks kaaslasena ennekõige nii kaalulangetajale, aktiivsele töötajale kui ka mao ülehappesusega võitlejale.

Inimese organism on keeruline tasakaalusüsteem ja suudab pikalt ja paljuga toime tulla, kuid järjepideva vale toidu- ja joogisisendi korral annab lõpuks ka selline suurepärase süsteemi kuskilt järele. Seepärast sobibki aluseline vesi joomiseks kõigile, kes oma organismi tervislikul viisil toetada soovivad.

ALASTI TÖDE APTEEKRITEST

Kosmeetika turg on karm lahinguväli. Nahahooldustoodete müügi suurendamiseks teeb Rootsi suurim eraapteekide kett Apotek Hjärtat midagi ebatavalist: Alasti apteekrid ilutsevad keti hiigelsuurtel plakatitel ja reklaamidel. Loosungiga: "alasti töde nahast", mille eesmärgiks on suunata potentsiaalsete klientide tähelepanu "objektiivsele ja kvaliteetsele" konsultatsioonile Hjärtat apteekides.

Algatuse eesmärgiks on kajastada klientide ja apteekrite vahelisi suhteid. "Meil ei ole klientidega konsulteerides mingeid varjatud huvisid: meie soovitame tooteid, mis on igale kliendile individuaalselt objektiivseim", ütles firma pressiesindaja. "Selline on meie töö: kõigepealt kuulame ära oma kliendi vajadused ning siis anname soovitusi".

Apteegiketi poolt valitud fotoagentuur valis kuus töötajat, kes olid kampaania nägudeks – viis naist ja üks mees. "Me saime tohutut tagasisidet: selles kampaanias tahtis kaasa lüüa peaaegu 50 töötajat", ütles apteegi pressiesindaja. Ainult ühe mehe osalemine reklaamis on tingitud faktist, et enam kui 90% Rootsi apteekritest on naised.

Enne kampaania käivitamist arutati seda firma siseselt pikka aega. "Meil õnnestus kujundada see kampaania ilma seksuaalse varjundita. Me üksnes ei paljasta oma töötajaid." Sarnaseid kampaaniaid on Rootsis ka varasemalt tehtud. Ettevõtte ootab lähinädalatel vastuolulisi arutelusid, kuid esimesed reaktsioonid olid kõik olnud positiivsed, ütles pressiesindaja.

Apotek Hjärtat on suuruselt teine kett Rootsis, millel rohkem kui 260 apteeki. Ketis töötab üle 2000 töötaja.

Allikas: Benjamin Rohrer. Sweden: Naked pharmacists in chain's ad. Pharma ad hoc. Tue, June 14, 2011 -<http://www.pharma-adhoc.com/index.php?m=1&id=481>

