



31. mai 2021

Eesti Apteekrite Liidu ettepanekud dokumendi "Ravimipoliitika ja rakendamise tegevuskava aastani 2030" täiendamiseks

Eesti Apteekrite Liit tänab võimaluse eest osaleda ravimipoliitika ja selle rakendamise tegevuskava väljatöötamisel. Peame omalt poolt oluliseks rõhutada veel alljärgnevaid:

1. Ravimite juurdehindlused (p 3.1.5)

Nõustume, et ravimite hinnakujundus ei ole täna läbipaistev. Apteekides on ravimite madalad riiklikud juurdehindlusmäärad kaasa toonud reguleerimata toodete (kosmeetika, toidulisandid jmt) ning teenuste (erinevad tervisenäitajate mõõtmised, ruumide väljarentimise teistele teenuseosutajatele jmt) osutamise kasvu suurlinnades (kus on maksujõuline klientuur). Maa- ja väikelinnade apteekides ei võimalda juurdehindlusest saadav tulu sageli kõrgharidusega apteekrile isegi Eesti keskmise palga maksmist. On selge, et praegune apteekide rahastamise (ravimite juurdehindluse) süsteem on ajale jalgu jäänud ning ei taga apteegiteenuse ühtlast kättesaadavust ja valdkonna jätkusuutlikku arengut.

Ettepanek: ravimihinna langetamiseks ja hinnakujunduse läbipaistvuse suurendamiseks kaotada ravimi ostuhinnal põhinevad riiklikud juurdehindlused. Selle asemel töötada välja erinevate apteegiteenuste puhul tootjahinnale lisanduvate fikseeritud teenustasude süsteem.

2. Patsiendi omaosalus ravimi eest tasumisel

Kõrge omaosaluse ravimi eest tasumisel põhjustab peamiselt asjaolu, et kallis ravim ei ole haigekassa soodusravimite nimekirjas või on soodusmäär väike. Teine, patsientidele apteekritele palju muret tekitav asjaolu on, et teatud ravimeid saab kõrgema soodusmääraga (100, 90/75) välja kirjutada üksnes eriarst (nt psühhiaater) ja perearst saab sama ravimi ordineerida üksnes 50 % soodustusega. Enamasti on selliste eriarstide vastuvõtule pääsemine väga piiratud (kas aegade vähesuse või patsiendi haigusseisundi, nt lamav haige, tõttu).

Ettepanek: analüüsida retseptikeskuse andmete põhjal ravimite, mille kõrgema soodusmääraga väljakirjutamise õigus on üksnes eriarstil, väljakirjutamist erinevate spetsialistide (eriarst/perearst) poolt ning hinnata madalamast soodusmäärast tuleneva omaosaluse suurust ja põhjendatust erinevatel patsiendirühmadel. Ravimipoliitika dokumenti (p 3.1.6) lisada ka sellekohasne indikaator "*Patsientide osakaal, kellele on ravim ordineeritud madalama soodusmääraga*", eesmärgiga vähendada tulevikus nende patsiendirühmade omaosalust ravimite eest tasumisel.

3. Ravi alustamine odavaima ravimiga

Tihti heidetakse apteekrile ette, et apteegist ei väljastata mitte kõige odavamat ravimit, vaid ravim, mida patsient on varem tarvitanud (mis ei pruugi olla sellel hetkel odavaim ega

piirhinnaalune). Probleemi läte on selles, et üldjuhul jätkab patsient ravi ravimiga, millega ta on ravi alustanud ja mida varem kasutanud. Oluline on, et ravi alustamisel väljastataks toimeainepõhise retsepti puhul apteegist kõige odavam ravim.

Ettepanek: võib lisada p-i 3.1.6 indikaatori "Patsientide osakaal, kellele väljastati ravi alustamisel (esmakordsel ravimi väljastamisel) kõige odavam ravim".

Siinjuures tuleb arvestada, et järgmisel ravimi väljaostmisel ei pruugi see, toona odavam ravim, enam kõige odavam ravim olla. Samuti võib olla, et ükski vajaliku annuse või ravimvormiga ravim ei ole piirhinnaalune. Teine probleem on, et apteeker ei tea, et tegemist on ravi alustamisega ehk esmakordse ravimi väljastamisega. Esmapõhise ravimi väljakirjutamisel (ravi alustamisel, uue ravimi määramisel) peaks retseptil olema sellekohane märge.

4. Patsientide küsitlemine (p 3.1.6)

Indikaatorite hulgas on viimane indikaator "*Küsitletute osakaal, kellele apteegis pakutakse soodsaimat sama toimeainega ravimit*". Enamik patsiente ei oska sellele küsimusele vastata või ei saa nad aru, et neile on tõesti odavamalt alternatiivi pakutud. Millist ravimit on väljastatud, on paremini näha retseptikeskusest (mille andmeid saab kõrvutada tol ajal olemasolnud ravimitega).

Kui soovitakse patsiente küsitleda ja olulist teavet saada, on palju tõhusam küsida: "*Kas teie hinnangul on teie ravi tõhus ehk on andnud soovitud eesmärgi?*". See annab ravi kohta palju rohkem teavet. Algnäit sellisel indikaatoril võib empiiriliste vaatluste järgi olla isegi alla 50 %. Sihtväärtus peaks olema >90 %.

5. Ravimite kvaliteedi, ohutuse ja tõhususe tagamine (p 3.2) ja **ravimite ratsionaalne kasutamine** (p 3.3)

Neid kahte teemat tuleks käsitleda ühes peatükis koos (või kõik ravimi kasutamisega seotud teemad p-s 3.3). Punkti 3.2 temaatika oli aktuaalne 25 aastat tagasi, kui Eestis kasutati müügiloata ravimeid ning ravimite kvaliteet, ohutus ja tõhusus oli sageli kahtluse all. Praegu on see valdkond (ravimi endaga seonduv) EL-s tsentraalselt ja hästi reguleeritud. Probleem on täna selles, et väga head, kvaliteetsed, ohutud ja tõhusad ravimid ei anna patsiendil soovitud tulemust. Probleem peitub ravimite (eba)õiges ordineerimises ja kasutamises - kvaliteetse ravimi vale haiguse puhul kasutamisest ei ole kasu. Samuti ei ole õige ravimi õige haigusseisundi puhul, kuid valesti kasutamine (nt modifitseeritud ravimvormi purustamine või astmaravimi vale inhaleerimistehnika) tulemuslik.

Ohutuse all on õige käsitleda ka keskkonnateemasid. Dokumentis vajaks käsitlemist ka ravimi ülejääkide ohutu hävitamine, ravimijääkide-metaboliitide väljapuhastamine reoveest, haiglate/hooldekodude (ehk punktravimireostuse kohtade) veepuhastussüsteemid jmt.

Kui soovitakse eristada ravimi endaga seonduvad ja ravimi kasutamisega seonduvad teemad (mis oleks mõistlik), siis ravimi endaga seotud teemad on: ravimi väljatootamine ehk arendus (sh kliinilised katsetused), ravimi tootmine ning säilitamine jm kvaliteedi säilimise tagamine. Ülejäänud, personaliga ja ravimi kasutamisega seotud teemad, tuleks käsitleda ühes koos.

6. Terminoloogia: Ravimite kasutamine ei ole ravimi kasutus (ehk kasutu ravim) p 3.3.1

Erialases kõnes kasutatakse sageli väärterminit "ravimi kasutus" või "ravimikasutus" ravimite kasutamise sünonüümina. Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna teadusnõukogu ei pea seda õigeks. Ravimikasutus või ravimi kasutus on kasutu ravim.

7. Ravimite tõenduspõhine väljakirjutamine (p 3.3.2)

Ravimite tõenduspõhise väljakirjutamise juures tuleks täiendavalt käsitleda:

- a) **eakatele potentsiaalselt ohtlike ravimite** (PIM-ravim, *Potentially Inappropriate Medication*) **kasutamine**, mille kõrvaltoimetest tingitud kahju on tõendatult suurem kui terapeutilisest toimest saadav kasu. Vähemalt ühte PIM-ravimit kasutab 20...79 % eakatest. Levinuimad on omeprasool, digoksiin, NSAID-id jne. Erinevalt teistest riikidest Eestis neile ravimitele erilist tähelepanu ei pöörata (kuigi peaks).

Ettepanek: koostada Eesti PIM-ravimite nimekiri või võtta aluseks mõni teine konkreetne PIM-ravimite nimekiri ning vähendada eakatel PIM-ravimite väljakirjutamist ja kasutamist. Lisada indikaator: "*Eakate (vanuses 70+) patsientide osakaal, kes kasutab vähemalt ühte PIM-ravimit*".

- b) **retseptijäätmete vähendamine retseptisüsteemis.** Praegu jäävad kõik väljakirjutatud, kuid mingil põhjusel ebavajalikud (ravim asendatud, retseptil vale annus või ravim vmt) retseptid retseptisüsteemi üles. Kui vigane retsept on kolmekordne (enamasti on), siis ripub selline retsept retseptikeskuses veel 6 kuud. Kuigi sellise retsepti peaks annulleerima retsepti väljakirjutaja (keegi teine seda teha ei saa), seda valdavalt ei tehta ja vigase retsepti puhul kirjutatakse lihtsalt uus retsept. Viga retseptil avastatakse enamasti pärast patsiendi vastuvõtult lahkumist (enamasti apteegis). Samuti muudab üks arst (nt eriarst) patsiendi raviskeemi, kuid kõik varasemad (teise arsti poolt kirjutatud) retseptid jäävad kenasti retseptikeskusesse alles. Selliseid ebavajalikke retsepte on retseptikeskuses tohutult ja hea on, kui apteeker või patsient selle avastab (hakkab apteegis protesteerima). Tihti ostetakse kõik ravimid (nt sama ravim erineva annusega) apteegist välja ja kasutatakse ära. Probleemile on erinevates tööühmades tähelepanu juhitud aastaid (aastakümneid), kuid kvalitatiivset nihet paremusele ei ole toimunud.

Ettepanek: vajalik on võimalus teha retseptile märge, et tegemist on patsiendi raviskeemi mittek kuuluva ravimi retseptiga. Märke tegija võiks olla ka retsepti väljakirjutajast erinev isik.

- c) **kasutamishend retseptil.** Apteekrid märkavad väga sageli, et retseptil olev ravimi kasutamishend on ebaõige või -loogiline või erineb patsiendile antud juhise retseptile märgitust. Kuna paljudes apteekides trükitakse ravimi pakendile spetsiaalne kleebis patsiendi nime ja annustamisjuhendiga, on probleemid varasemast nähtavamad.

Ettepanek: arutada läbi ja leida toimiv lahendus, et retseptile märgitud ravimi kasutamishend vastaks ravimi tegelikule (arsti poolt patsiendile antud) kasutusjuhendile.

8. Patsiendi ravisoostumuse/ravijärgimuse suurendamine

See teema on uude valgusesse kerkinud seoses Covid-19 vaksineerimisega, kus rolli ei mängi ei ravimi hind ega vajalikkus, vaid teised sotsiaalsed ja käitumuslikud tegurid.

Erinevad empiirilised vaatlused näitavad, et umbes 50 % patsientidest ei ravi ennast spetsialisti (arst, apteeker, õde) soovitatud viisil. Ravimi väljakirjutaja ülesanne on veenda patsienti ravi vajalikkuses. Apteekri ülesanne on tagada, et ravi toimuks arsti määratud viisil (määratud ravimiga, annuses, viisil jmt). Nt koduõde saab seda veel koduvisiitidel toetada.

Ravimite kasutamise hindamine on ravijärgimuse tagamisel oluline, kuid mitte selle eelduseks. Ravijärgimust ei toeta patsiendi poolt soovitud ravimite automaatne väljakirjutamine nt telefonikõne alusel. Ravijärgimuse tagamisel on oluline, et kontakt patsiendiga oleks vahetu ning patsiendile antaks tema ravi kohta vajalikku teavet.

Ettepanek: pikendada ravimi väljakirjutamise võimalust 1 aastani (6 kuu asemel) ehk korraga võiks välja kirjutada kuni 6 korduvretsepti. Samas lõpetada (välistada) ravimite väljakirjutamine telefonikõnede, "retseptitellimiskeskuste" jmt patsiendi tervislikku seisundi vahetut hindamist mittevõimaldavatel viisidel.

Ravijuhendid soovivad kroonilise haige seisundit hinnata vähemalt 1 kord aastas. Seega oleks ravimi väljakirjutamise aeg 1 aasta sobiv (Soomes pikendati seda aega 2 aastani). Arstil on alati võimalik patsienti tihedamini vastuvõtule kutsuda. Ravimite liigostmise vältimiseks võib ravimite väljaostmise perioodi piirata endiselt 6 kuuga (või lühendada isegi neljale kuule).

9. Apteegiteenuse kättesaadavuse tagamine (p 3.4.2)

Apteegiteenuse (nagu ka teiste teenuste) tagamine maapiirkondades on oluline teema. Eelkõige on apteek vajalik asustusüksuses kus tegutseb perearst.

Ettepanek: töötada apteekidele välja uus apteegiteenuse rahastusmudel (riikliku ravimite juudehindluse asemel). Apteekrite Liit ei pea tõenäoliseks, et erinevad rahastusmudelid linnas ja maal oleksid toimivad.

Ka ei tähista terminid "maa" ja "linn" enam vähese ja suure nõudlusega piirkondi. On mõttekas käsitleda ühes grupis enam kui 4000 elanikuga asustusüksustes ja teises rühmas vähem kui 4000 elanikuga asustusüksustes asuvaid apteeke, sõltumata sellest, kas tegemist on linnaga või mõne muu asulaga ja sõltumata sellest, kas tegemist on põhi- või haruapteegiga.

Ettepanek: eristada apteegivaldkonna reguleerimisel enam ja vähem kui 4000 elanikuga asustusüksusi ja neis paiknevaid apteeke.

10. Apteekri lähtetoetus

Apteekri lähtetoetus on vajalik ja oleks töötajate leidmisel kindlasti abiks.

Ettepanek: võimaldada lähtetoetuste saamist kõigil vähem kui 4000 elanikuga asustusüksuses asuvasse apteeki tööle asuvatele proviisoritele ja farmatseutidele. Kindlasti ei saa eelduseks olla esmakordne tööleasumine uude apteeki (nagu praegu). Mõttekas on loobuda ka kõrgkooli äsjase lõpetamise nõudest.

11. Valveapteegid

Valveapteekide teema on aeg-ajalt arutlusel olnud juba 20 aastat. Täiendava rahastaja puudumine on senini ka öövalveapteekide tekkimist pärssinud.

Ettepanek: kuna erakorralise meditsiini osakonnaga haiglates asub enamasti ka üldapteek (ei asu teadaolevalt Läänemaa haiglas ja Kärdla haiglas), on öise apteegiteenuse korraldamine haigla (kui apteegi ruumide rendileandja) võimuses. Vastastikuseel kokkuleppel ja vajaduse olemasolul on võimalik apteegi tegevus haiglas ka öötundidel.

12. Ravimite valmistamine apteegis

Eesti Apteekrite Liit ei pea võimalikuks ravimite valmistamise kohustust kaotada enne, kui on tagatud ravimite valmistamine mõnel muul viisil. Kindlasti ei tohiks valmistamist vajavate ravimite kättesaadavus võrreldes praegusega (mis on päris halb) veel väheneda. Kui on ravimite valmistamine plaanis üle viia eraldi keskustesse, peab enne olemas olema toimiv keskuste rahastamise mudel, samuti tagatud nendes ravimite valmistamine ja korraldatud logistika.

Meie hinnangul peab igas apteegis/haruapteegis, sõltumata tema asukohast, olema võimalik ravimi manustamiseks ettevalmistamine (enamasti puhastatud vee lisamine), kahest tööstuslikult toodetud ravimist ühe valmistamine või tööstuslikult toodetud ravimile indiferentse(te) abiaine(te) lisamine. Aina enam on suurenenud vajadus ka ravimite personaalse jaendamise järele.

Ettepanek: muudatused ravimite valmistamise süsteemis vajavad sisulist arutelu ja kaalumist. Ravimite valmistamise koondamine eraldi keskustesse on võimalik alles pärast seda, kui need keskused on loodud ja on paika pandud ravimite valmistamist toetavad süsteemid (sh ekstemporaalsete ravimite valmistamise rahastamine, valmistatud ravimite hinna hüvitamine).

13. Apteegis valmistatavate ravimite hüvitamine

Mõningate üksikute eranditega on Eestis soodusravimina hüvitatavad kõik retseptiravimid (vähemalt 50 % ulatuses). Senini on apteegis valmistatud retseptiravimite hüvitamist takistanud andmekogus selleks vajaliku koodi olemasolu.

Ettepanek: leida lahendus ekstemporaalse ravimi hüvitamist võimaldavale koodiprobleemile.

13. Apteegis pakutavad lisateenused

Eesti Apteekrite Liit peab õigeks, et apteegis pakutakse eelkõige ravimitega seotud tõendus põhiseid teenuseid. Toetame seisukohta, et eelkõige tuleb apteegis osutada teenuseid, mida ükski teine teenuseosutaja ei osuta ning mis on apteegi- ja apteekrispetsiifilised. Apteegis osutatavad teenused jagunevad põhi- ja lisateenusteks.

Põhiteenused on: ravimi õige kasutamise ja säilitamisega seonduv nõustamine, ravimi väljastamine, ravimi valmistamine ja jaendamine. Lisateenused on eelkõige ravimite kasutamise hindamine, uue ravimi kasutamise seonduv nõustamine jmt.

Lisateenuste osutamine apteegis peaks olema võimalik üksnes siis, kui see ei piira ega vähenda põhiteenuste osutamist ja lisateenuste osutamiseks on apteegis piisavalt vajaliku ettevalmistusega proviisoreid ja farmatseute. Apteekrite Liit ei pea õigeks, et apteegis osutavad teenuseid või müüvad tooteid apteegiga mitteseotud isikud.

14. Dokumendi redaktsioonilised soovitused

Ravimipoliitika dokument on väga pikk ja suurem osa tekstist on praeguse olukorra kirjeldus.

Ettepanek: koondada olukorra kirjeldus (mis oma olemuselt kohe vananeb) dokumendi lissasse, kuid püüda poliitikadokumendi põhiosa struktureerida viisil: lahendamist vajav probleem ja selle võimalikud lahendused koos mõõdikutega. Lahendusi on enamasti mitu, kuid igaühel on omad eelised ja puudused, mille analüüsi iga poliitikadokumendi lugeja ootab.

Ravimite otstarbeka kasutamise ja apteegivaldkonna osa vajaks probleemi ja lahenduse võtmes veel kitsamas erialaringis arutamist.

Lugupidamisega

Kaidi Sarv *M.Sc.Pharm*
Eesti Apteekrite Liidu peaproviisor