

TALLINNA TEHNIKAÜLIKOOL

Majandusteaduskond

Ärikorralduse instituut

Turunduse õppetool

Tiina Keridon

**MÕISTLIKU RAVIMITARBIMISE SOTSIAALKAMPAANIA
MÕJU TARBIJAKÄITUMISELE NING RAVIMIPOLIITIKA
OOTUSTELE**

Magistritöö

Juhendaja: dotsent Oliver Parts

Tallinn 2014

Olen koostanud töö iseseisvalt.

Töö koostamisel kasutatud kõikidele teiste autorite töödele, olulistele seisukohtadele ja andmetele on viidatud.

Tiina Keridon.....

(allkiri, kuupäev)

Üliõpilase kood: 140234TAKM

Üliõpilase e-posti aadress: tiina.keridon@gmail.com

Juhendaja dotsent Oliver Parts:

Töö vastab magistritööle esitatud nõuetele

.....

(allkiri, kuupäev)

Kaitsmiskomisjoni esimees:

Lubatud kaitsmisele

.....

(ametikoht, nimi, allkiri, kuupäev)

SISUKORD

ABSTRAKT	4
SISSEJUHATUS	5
1. TARBIJAKÄITUMINE NING SOTSIAALKAMPAANIA ROLL RAVIMITURUL	10
1.1. Tarbijakäitumise mudelid ning tarbijakäitumine ravimiturul	10
1.2. Sotsiaalne turundus ja sotsiaalkampaania ning nende roll ravimisektoris.....	16
2. ÜLEVAADE EESTI RAVIMITURUST	22
2.1. Eesti ravimiturg ning ravimipoliitika.....	22
2.2. Originaalravim ja geneeriline ravim (mõisted ja olemus)	25
2.3. Patsiendi omaosalus ja selle ohjamine.....	28
2.4. Ravimipoliitika raames tehtud sotsiaalkampaaniate eesmärgid ja tutvustus	32
3. UURIMUSLIK OSA	34
3.1. Metoodika - andmekogumise põhimõtted, uurimisulatus, valim ja ajaline dimensioon	34
3.2. Teiseste andmete analüüs.....	36
3.2.1. Sotsiaalkampaania mõju hindamine varasematele uuringuallikatele ja kokku-	
võtetele tuginedes.....	36
3.2.2. Sotsiaalkampaania mõju ravimikasutusele müügistatistikale tuginedes (analüüs	
enimkasutatud toimeaine metoprolool näitel)	40
3.3. Esmaste andmete analüüs. Pearingstide retseptikirjutamise harjumused ja seos	
kampaaniaga	47
3.4. Sotsiaalkampaaniate vastavus teoreetilistele lähtekohtadele	56
4. JÄRELDUSED JA ETTEPANEKUD	63
4.1. Järeldused.....	63
4.3. Praktilised soovitused ja ettepanekud sotsiaalse turunduse põhimõtete rakendamiseks	
sotsiaalkampaania planeerimisel ja läbiviimisel.....	66
KOKKUVÕTE	71
VIIDATUD ALLIKAD	75
SUMMARY	80
LISAD	82
Lisa 1. Magistritöö struktuur.....	82
Lisa 2. Eesti ravimituru retseptiravimite maht ATC klassifikatsiooni alusel (käive ja	
ühikud)	84

Lisa 3. ATC grupi ravimite keskmised hinnad eurodes	85
Lisa 4. Retseptiravimite müük vaadeldaval perioodil kokku (esimesed 20 brändi)	86
Lisa 5. Toodete (bränd ühtlustatud) keskmised hinnad toimeainegrupis metoprolol. Eurodes.....	87
Lisa 6. Originaaltoote turuosa muutus vaadeldaval perioodil, mahuline ja rahaline	88
Lisa 7. Eesti ravimituru üld- ja retseptiravimite maht (käive ja ühikud)	89
Lisa 8. Keskmise piirhinna arvutamine toimeainegrupis	90
Lisa 9. Piirhinda ületava ja välditava summa arvutamine.....	91
Lisa 10. Ankeetküsitlus perearstidele.....	92
Lisa 11. Ankeetküsitluse vastuste jagunemine tööstaaži alusel.	94
Lisa 12. Ankeetküsitluse vastuste jagunemine vanuse alusel.	95
Lisa 13. Vastusevariantide protsentuaalne jaotumine küsimusele „kas sotsiaal- kampaaniad muutsid ravimikirjutamisharjumust?“ Vanuselise ja staaži alagruppide lõikes	96
Lisa 14. Esmastest ja teisestest allikatest kogutud olulisimad teadmised ja järeldused....	97
Lisa 15. Kehtivad juurdehindluse piirmäärad ravimite hulgi- ja jaemüügil	99

ABSTRAKT

Magistritöö kirjutati põhjusel, et saada selgem ülevaade Eestis hetkel enim fookuses olevast ravimipoliitilisest temast, milleks on patsientide omaosalus retseptiravimite ostul. WHO¹ on oma raportis välja toonud, et Eesti on Euroopas üks kõrgeima patsiendi omaosalusega riike. Sama väitis ka Riigikontroll. Riik on kasutusele võtnud erinevaid meetmeid probleemi lahendamiseks ning üks olulisim neist on mõistlikku ravimitarbimise sotsiaalkampaania. Patsientide soodsama ravimi valikut propageeriv kampaania on ka antud magistritöö uurimisobjektiks. Töö probleemiks oli, et puuduvad ülevaatlikud andmed, mis näitaksid siiani neljal korral läbiviidud sotsiaalkampaania reaalselt tõhusust patsientide omaosaluse ohjamisel. Magistritöö eesmärk oli leida vastus, kas ja millisel määral sotsiaalkampaaniad ennast õigustanud on. Probleemi uurimiseks ja lahendamiseks kasutatavad meetodid olid teiste andmete analüüs ning samuti struktureeritud ankeetküsitluse läbiviimine ja nende esmaste tulemuste analüüs. Analüüsitulemusi hinnates väitis autor, et saadud uutele teadmistele tuginedes võib väita, et senised sotsiaalkampaaniad ei olnud tulemuslikud, kuna need pole toonud kaasa oodatud ravimipoliitilist tulemust, vähendada patsientide omaosalust retseptiravimite ostul.

Olemasolevatele teoreetilistele teadmistele ja magistritöö analüüsitulemustele toetudes ning nende omavahelisel seostamisel lõi autor välja mitmeid reaalseid soovitusi, mis võiksid olla arvestatud nii järgmiste kampaaniate korraldamisel kui ka antud ravimipoliitilist teemat laiemalt lahendades.

Võtmesõnad: ATC kood, geneeriline ravim (geneerik), generaliseerunud turg (toimeaineturg, kuhu on lisandunud geneeriline konkurents), hinnakokkulepe, menukravim (*blockbuster* ing k), omaosalus, originaalravim, originaator, piirhind.

¹ WHO – (*World Health Organization*), Maailma Tervishoiuorganisatsioon

SISSEJUHATUS

Ravimitega seonduvad teemad on olnud ja jäävad väga intrigeerivaks ning oluliseks valdkonnaks. Põhjust pole raske aimata – see valdkond puudutab ju igäüht meist. Euroopa ja samuti Eesti vananev ühiskond toob üha enam esile ravimisektori majanduslikku osatähtsust ühiskonnas. Kulutused ravimitele on Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) andmetel viimasel kümnendil kasvanud kiiremini kui kulutused tervishoiule. See on Euroopa riike ajendanud leidma vahendeid, kuidas ravimikulutusi ohjata. Üheltpoolt on eesmärgiks vähendada haigekassa, ning teisalt patsiendi kulutusi, mis on oluline just ravimsoostumuse seisukohalt. Liiga suur omaosalus, eriti madalama sissetulekuga leibkonna liikmete puhul, võib muutuda teguriks, mis pärsib ravisoovitustest kinnipidamist. Ravimite ostmisega seotud omaosaluse all mõistetakse rahasummat, mille patsient peab temale määratud soodusravimite eest tasuma ise, ehk seda osa ravimi maksumusest, mida ei kata ravikindlustus. Omaosalust rakendatakse patsiendi vastutuse tagamiseks, muu hulgas eesmärgiga vähendada ravikindlustuse ressursikulu olukorras, kus patsient tegelikult ei kasuta temale väljakirjutatud ravimeid. 2009. aastal avaldati Eesti ravimisektorit käsitlev ülevaade Maailma Tervishoiuorganisatsiooni poolt, milles toodi välja, et lisaks ravikindlustuskulude kasvule ravimite kompenseerimisel on Eestis pidevalt kasvanud ka patsiendi omaosalus. Maailma Tervishoiuorganisatsiooni soovitus Eestile oli seada patsiendi omaosaluse vähendamine üheks peamiseks ravimipoliitika eesmärgiks. Alates 2010. aastast on riiklikud institutsioonid hakanudki leidma ja ka rakendama abinõusid nende eelduste realiseerimiseks, mis peaksid omaosalust vähendama. Peamise edutegurina on välja toodud geneeriliste ravimite osakaalu ja kasutuse suurendamine. Kõige olulisemad meetmed patsiendi omaosalust vähendava eesmärgi saavutamisel on: 1) toimeainepõhise retsepti kohustus arstidele, 2) piirhinnaluste või piirhinnaga võrdsete ravimite omamise kohustus apteekritele, 3) sotsiaalkampaniate korraldamine, mille eesmärk on tõsta inimeste teadlikkust originaal- ja geneerilisest ravimist, lootuses vähendada seeläbi inimeste omaosalust retseptiravimite ostul.

Nendest teadmistest lähtuvalt peab magistritöö autor oluliseks uurida, kas need meetmed on olnud ka reaalselt edukad püstitatud eesmärgi saavutamisel. Magistritöö

probleemi, mille sõnastas autor järgmiselt: „Puudub selge ülevaate, kas mõistliku ravimikasutuse sotsiaalkampaania on täitnud peamist püstitatud ootust – vähendada patsientide omaosalust retseptiravimite ostul?”

Töö eesmärk ongi leida vastus, kas sotsiaalkampaaniad, mida siiani on korraldatud juba neljal korral on suurendanud patsientide teadlikkust selliselt, mis aitaks neil langetada mõistlikke ostuotsuseid ravimite ostul ning seeläbi vähendada nende omaosalust. Kuna retseptiravimite ostul ei ole patsiendid ainukesed osalejad otsustusprotsessis, peab töö autor vältimatuks selgitada lisaks, kuidas on sotsiaalkampaaniad mõjutanud ka teisi ostuotsustusprotsessi osapooli, arste ja apteekreid.

Uurimuse motivaatoriks on lisaks üldisele huvile ka autori personaalne huvi antud teema osas, kuna töö autor töötab ravimivaldkonnas. Töö eesmärgist lähtuvalt peaks selle tulemused eeskätt huvi pakkuma näiteks Haigekassale, kes on uurimisobjektiks oleva sotsiaalkampaania korraldaja ja läbiviija. Töö tulemused ja sealt tulenevad ettepanekud võiksid olla arvestatud järgmiste kampaaniate korraldamisel. Samuti peaks töö olema huvitav lugeda ka kõikidel teistel, kes soovivad saada infot, kas riiklike instantside meetmed ühiskondlike huvide kaitsmisel ja tagamisel on olnud tõhusad ning kas nende meetmete tulemuslikkust on üldse piisaval määral hinnatud. Sotsiaalministeerium ja Eesti Haigekassa on täheldanud, et geneeriliste ravimite turuletulek avaldab positiivset mõju ravimi hindade alanemisele ja ravimikulutuste vähenemisele ning just seetõttu on see suund üks kõige enam fookuses olev meede omaosaluse vähendamisel. Samuti on uuritud geneeriliste ravimite turuosa hõlvamise kiirust ning mõju turusituatsioonile. Mõõdetud on ka sotsiaalkampaania märgatavust ning teostatud järelevalvet, hindamaks arstide ja apteekrite tööd just nendest ravimipoliitilistest eesmärkidest lähtuvalt. Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa väitel on need meetmed ka andnud positiivseid tulemusi patsientide omaosaluse vähendamisele ning ravimihindade langusele, ometi on Riigikontrolli raportis ära toodud, et riigi tegevus soodusravimite hüvitamise korraldamisel ei ole olnud tulemuslik. Et endiselt kirjutatakse suur osa ravimeid välja raviminimega, mitte toimeainepõhiselt, et ravimid on kallimad kui enamuses teistes riikides ning patsiendi omaosalus ravimite ostul on üks Euroopa suuremaid. Seega on kättesaadav info ravimipoliitika ühe olulisima eesmärgi saavutamise osas vastuoluline ja vähe informatiivne. Lühidalt, see ei anna vastust, kas kasutusel olevad meetmed on ka realselt tõhusad olnud. Kõige olulisem neist meetmetest on kindlasti sotsiaalkampaania, mis puudutab praktiliselt igapäev täiskasvanud elanikkonnast.

Juhituna nendest olemasolevatest teadmistest ning töö eesmärgist on autor püstitanud järgmised uurimisküsimused:

- 1) Kuidas ja millisel määral sotsiaalkampaania muutis geneeriliste ravimite kasutust?
- 2) Kuidas kampaania muutis patsientide tarbijakäitumist?
- 3) Kuidas mõjutas kampaania arstide retseptikirjutamise harjumusi ja eelistusi?
- 4) Millist ja millisel määral osutas kampaania mõju hindadele geneerilistes toimeainegruppides?
- 5) Milline mõju oli kampaanial patsientide omaosalusele?

Uurimisküsimustele vastuste leidmisel jõuab autor deduktiivset loogikat jälgides viimase, töö probleemile vastust andva küsimuseni - milline mõju oli kampaanial realselt patsiendi omaosalusele? Uurimisküsimustele vastuste leidmiseks on autor formuleerinud uurimisülesanded. Detailse skeemi magistritöö ülesehitusest leiab lisadest (vt Lisa 1). Magistritöö jaotab autor nelja ossa, mis autori seisukohalt on kõige optimaalsem eesmärgi saavutamiseks püstitatud uurimisülesannete lahendamisel.

Töö esimeses osas keskendub autor olemasolevate teoreetiliste teadmiste kogumisele, mis on olulised antud töö eesmärgist lähtuvalt. Täpsemalt selgitab autor tarbijakäitumise mudeleid ning tarbijakäitumist ravimiturul, et leida iseärasusi tarbijakäitumise osas just ravimite ostul. Selleks selgitab autor kõigepealt teoreetilisi lähtekohti sotsiaalsest turundusest ning sotsiaalkampaaniast üldiselt ning spetsiifiliselt ravimisektoris.

Töö teises osas keskendub autor Eesti ravimiturust ülevaate andmisele. See on vajalik seoste loomiseks ning uurimuse paremaks mõistmiseks. Kuna ravimiturg ja ka ravimipoliitika on spetsiifiline valdkond, peab autor oluliseks selgita lugejale detailsemalt seda valdkonda ning uurimusega seonduvaid mõisteid ja definitsioone (originaalravim ja geneeriline ravim, mõisted ja olemus; piirhinnasüsteem; patsiendi omaosaluse mõiste ja olemus jt). Samas osas eraldi alapeatükina kirjeldab autor ka magistritöö uurimisobjekti, sotsiaalkampaaniat. Autor annab ülevaate sotsiaalkampaaniate sisust ja eesmärkidest.

Kolmas osa on uurimuslik osa. See jaguneb omakorda kolmeks. Nendest esimeses kirjeldab autor uurimuses kasutatavaid meetodeid, piiritleb nii uurimusulatuse kui ajalise dimensiooni. Teine ja kolmas alapeatükk keskenduvad andmete analüüsile, esmased ja teisesed andmed. Andmekogumise meetodid on töö eesmärgist lähtuvad, kasutatakse kirjeldavat ja analüütilist lähenemist. Ühte konkreetset meetodit ei kasutata, sest autor ei näe

võimalust ühe analüüsimeetodiga ja vaid ühete andmete foonilt anda vastust püstitatud uurimisküsimusele. Autor lähtub siinkohal nõ pragmatismi paradigmat: „Uurimisprobleem on kuningas“, mis tähendab, et pole oluline, missugust meetodit kasutatakse, peamine on vastata püstitatud uurimisküsimustele. Töös kasutatakse meetodite kombineerimist vastavalt uuringu ülesehitusele, hõlmates kolme uuringuetappi: uuringu planeerimine, andmetekogumine ja analüüs. Uuring on ülesehituslikult kaheetapiline ning analüüs on järjestikune. Esimene osa (teiseste andmete kogumine ja analüüs) on enamasti seletust otsiv. Seejärel püstitatakse teist tüüpi uurimisülesanne, mis on enamasti kinnitust otsiv ning mille rõhk on rohkem respektiivne (esmaste andmete kogumine ja analüüs). Esmaste andmetena kasutab autor perearstidele suunatud ankeetküsitluste vastuseid, mis selgitavad sotsiaalkampania mõju nende retseptikirjutamise harjumustele. Kuna arst on retseptiravimite ostuotsustusprotsessi nõ esimene lüli, siis ei ole võimalik tervikpildi saamiseks ning tarbijakäitumise lõplikuks hindamiseks arsti käitumise hindamist uurimusest elimineerida. Teiseste andmete analüüs on retrospektiivse tähendusega ning annab uurimisküsimusele kas ümberlukkava või kinnitava vastuse. Teiseste andmetena kasutatakse antud teemat puudutavaid või seostuvaid varasemaid uurimusi, statistilisi andmebaase ravimikasutuse, piirhindade, hinnakokkulepete jm kohta. Ravimimüüke käsitlev informatsioon ning muu ravimiteave (hinnakokkulepped, piirhindade info jne) on kättesaadav Sotsiaalministeeriumi ja Ravimiameti infoallikatest. Müügistatistiliste andmeallikatena on töös kasutusel Eesti Haigekassa poolt väljastatavad andmed, mis kajastavad infot ravimipakendite müügi, samuti retseptide ning soodusmäära kohta. Piiratud ligipääsuga allikatest kasutab autor Ravimiameti ja Apteekide Infotehnoloogia OÜ poolt väljastatavat konsolideeritud ravimikasutusinfot. Ravimiameti statistika on kvartaalselt kajastatav ning põhineb hulgemüüjate aruannetel. Apteekide Infotehnoloogia OÜ loodud infosüsteemi Medicube andmebaasid kajastavad andmeid, mida saadakse apteegi tasandil. Andmete kogumisele järgneb analüüs ning mõlema uuringupoole järelduste põhjal luuakse meta-järeldus ehk uuringu kokkuvõte.

Töö neljas osa hõlmab endas järeldusi ja reaalseid soovitusi. Neljanda osa esimeses alapeatükis koondab autor nii kogutud teoreetilised teadmised kui uurimuslikus osas saadud uued teadmised ning teeb nendele toetudes järeldused. Teises alapeatükis aga formuleerib autor järelduste foonil praktilised soovitusel ja ettepanekud järgnevate kampaniate läbiviimiseks ning ravimipoliitika muutusteks patsientide omaosaluse vähendamisel.

Magistritöö valmimise eest võlgneb autor erilise tänu töö juhendajale, kes andis juhtnööre ja sisendeid. Samuti tänab autor oma tööandjat, sest teema valik oli tingitud eeskätt just professionaalsest vajadusest, mis muutis teema valiku lihtsamaks, sest oli ajendatud vajalikkusest. Samuti tänab autor arste, kes olid nõus osalema küsitluses. Autor võlgneb töö valmimise eest tänu ka Eesti Sotsiaalministeeriumile, Eesti Raviametile, Eesti Haigekassale, Eesti Terviseametile, samuti ravimite hulgimüüjatele ning apteekidele, kelle panusena on kasutusel erinevat ravimiinfot puudutavad andmebaasid, mis peegeldavad adekvaatselt kogu ravimituru numbrilist käitumist ning mis on määrava tähtsusega antud töö valmimise osas.

1. TARBIJAKÄITUMINE NING SOTSIAALKAMPAANIA ROLL RAVIMITURUL

1.1. Tarbijakäitumise mudelid ning tarbijakäitumine ravimiturul

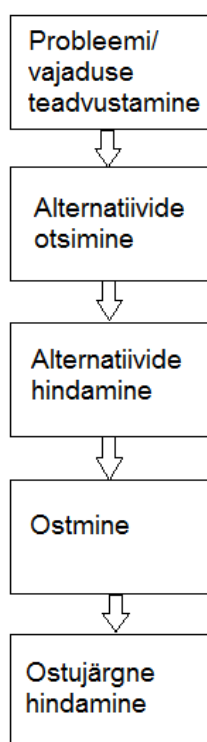
Me teame, et tarbija on isik, kes valib ja ostab toote kas endale või oma pereliikmetele tarbimiseks. Tarbijad pole kunagi ühesugused - kuna inimesed erinevad üksteisest nii vanuse, sissetuleku, hariduse jm alusel, siis see kõik mõjutab ostutoiminguid. Tarbijakäitumine iseloomustab toodete ostmise ja tarbimisega seotud valikuid ning tegevusi. Tarbijakäitumine ei ole aga seotud vaid reaalse tootega, see võib olla seotud ka näiteks teenuste või ideede tarbimisega (Solomon *et al* 2002, 8-9).

Tarbijakäitumine on turundajatele huvipakkuv ja oluline teema, kuna sellest sõltub nii õige turundusstrateegia valik kui ettevõtte edukus (Solomon *et al* 2002, 10). Kui organisatsioon teab, kuidas tarbijad reageerivad erinevatele turundusstiimulitele, siis neil on võimalik kohandada sellised strateegiad, mis annavad soovitud tulemuse vastavalt tarbijate reageeringule (Kotler 2003, 16).

Tarbijakäitumise uurimine annab ülevaate protsessist, mida kas üksikisik või grupp läbib, et rahuldada oma vajadusi, valides ja ostes teatud toote. Tarbijakäitumise uurimiseks kasutatakse erinevaid mudeleid, mille eesmärk on mõista, kuidas tarbijad teevad ostuotsuseid.

Engel, Kollat ja Blackwell mudel (EKB mudel) kirjeldab tarbijakäitumise protsessi ja otsuste tegemise psühholoogiat, valides teatud alternatiivide vahel (vt Joonis 1). EKB mudel koosneb viiest etapist, kus töödeldakse informatsiooni enne ostuotsust. Esimene etapp on vajaduse või probleemi teadvustamine. Vajaduse teadvustamine annab tarbijale algtõuke ostuotsuse poole liikumiseks. Inimesel on palju vajadusi, kuid need ei ole kogu aeg ühtmoodi aktuaalsed. Turunduse eesmärk sellel etapil on konkreetse vajaduse teadvustamine. Esimesele etapile järgneb alternatiivsete lahenduste otsimine, mis hõlmab asjakohase teabe otsimist erinevatest allikatest, nii väliskeskkonnast kui ka sisemiselt (näiteks eelnev kogemus). Turundaja ülesanne on tagada, et tarbija saaks info sealt, kust ta seda otsib, õigel ajal kätte.

Kolmandas etapis hindab tarbija alternatiive vastavalt oma isiklikele kriteeriumidele ja eelistustele. Alternatiivide hindamisel seab tarbija talle toote või teenuse juures olulised omadused pingeritta ja hindab, mil määral vastab üks või teine pakkumine tema ootustele. See, milliseid omadusi peavad tarbijad valiku tegemisel oluliseks, on juhtnööriks toote kohta info andmisel tootearenduses ja turundussuhtluses. Valimine hõlmab enamasti nii objektiivseid tooteomadusi kui ka emotsionaalseid väärtusi, mida toode või teenusepakkuja kannab. Kui otsus on langetatud, siis tarbija liigub edasi neljandasse etappi, kus toimub konkreetsel ajal ja kohas ost. Viimane etapp on ostujärgne hinnang. Ostu järel annab tarbija hinnangu, mil määral ta ostuga rahule jäi. See mõjutab nii tulevasi ostuotsuseid kui ka nende isikute ostuotsuseid, kellele ta oma reaktsioonist räägib. Seetõttu on oluline teada, kas ja millega tarbija rahule jäi ning millega mitte. (Engel *et al* 1978)



Joonis 1. EKB tarbijakäitumise protsessi mudel

Allikas: (Engel *et al* 1978)

Tarbijate ostukäitumine ei ole püsiv. Nii nagu ümbritsev keskkond, on ka tarbijakäitumine dünaamiline ja pidevas muutumises (Turunduse käsiraamat 2002). Turundaja saab kontrollida oma tegevusi, millega ta mõjutab tarbija käitumist, kuid tarbija oma

tunnustega ei pruugi alluda tema kontrollile. Kontrollitavateks elementideks on näiteks turundaja tegevus, mis puudutab toodet, turustust, hinda ja toetust. Kontrollimatud elemendid on tarbija demograafilised tunnused (näiteks vanus, sugu, sissetulek, elustiil, kultuur, sotsiaalne kiht, isiksus) ja otsused. (Turunduse alused 2008, 76)

Tarbijat ja tema käitumist aitab lahti seletada “musta kasti” ehk stiimuli reaktsiooni mudel (vt Tabel 1), mis kirjeldab, et turunduse ja keskkonna stiimulid sisenevad tarbija “musta kasti” ning põhjustavad seal teatud reaktsiooni. Edukas turundaja peab mõistma, mis toimub tarbija teadvuses, tema “mustas kastis”, ja leidma vastused küsimustele, kuidas mõjutab tarbija taust tema ostuharjumusi ning kuidas läbib tarbija ostuotsustusprotsessi? (Kotler 2003)

Tabel 1. Tarbijakäitumise „musta kasti“ mudel

Turundusstiimulid	Muud stiimulid	Tarbija teadvuse “must kast”	Tarbija reaktsioon
Toode Hind Turustus Toetus Teenindus jne	Majanduslikud Tehnilised Tehnoloogilised Poliitilised Kultuurilised Ökoloogilised	Tarbija isikuomadused Tarbija ostuotsustus- protsess	Toote valik Brändi valik Vahendaja valik Ostuaaja valik Ostukoha valik

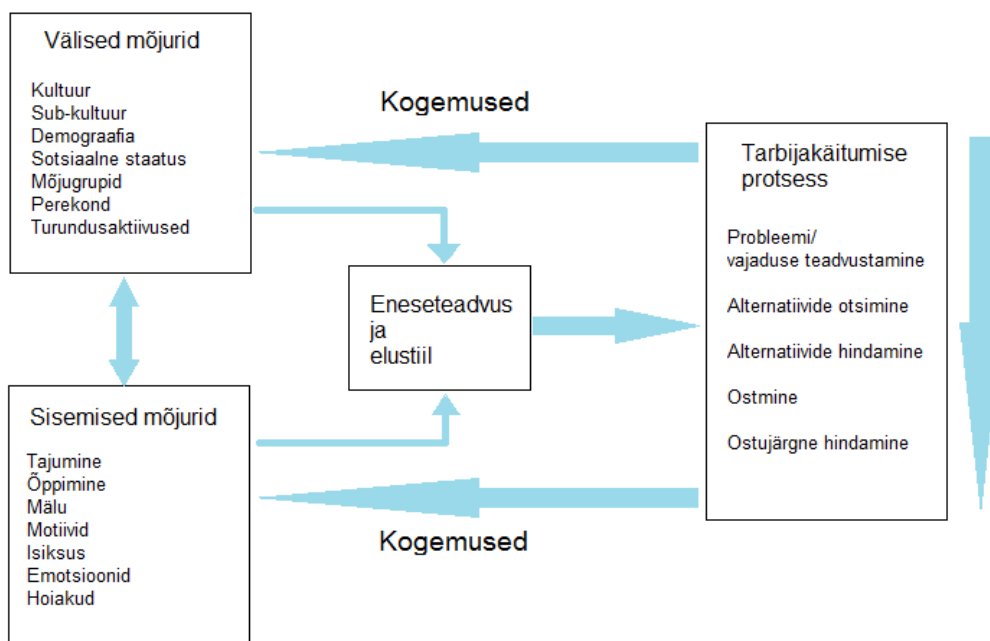
Allikas: (Kotler 2003)

Hawkins, Best ja Coney (1998) tarbijakäitumise mudel (HBC mudel) vaatab tarbija vajadusi kui arvukate sisemiste ja väliste faktorite tulemust, mis kujundavad tarbija eneseteadvuse ja elustiili. Joonisel 2 on näha, et sisemised faktorid nagu inimese taju, emotsioonid ja õppimine, ning välimised aspektid nagu kultuur, pere ja demograafia, genereerivad kogemusi, mis moodustavad tarbija eneseteadvuse ja elustiili. See omakorda kujundab tarbijate ostuvajadused. HBC mudel põhineb EKB tarbijakäitumise protsessi mudelil ja laiendab seda nii väliste kui sisemiste mõjutusfaktorite võrra, mis kujundavad isiksust. (Hawkins *et al.* 1998)

Kuigi ka emotsioonidel on mõju tarbimisele ja ostuotsuste tegemisele, siis nii EKB kui HBC mudel põhinevad eeldusel, et tarbijad kaaluvad enne ostuotsuse tegemist ratsionaalselt oma alternatiive. Mõlemad mudelid vaatlevad otsustamist kui ratsionaalset protsessi, mis on hästi läbimõeldud, näiteks kaaludes kulude-tulude vahekorda ning funktsionaalseid eeliseid.

Mõlemad mainitud mudelid seletavad lahti tarbijakäitumise mõjufaktorid planeeritud ostude puhul, aga ei aita mõista tarbijakäitumist impulssostude puhul. (Hawkins *et al* 1998)

Alati ei läbi tarbija ostuotsustuse protsessi terviklikult. Kui suuremat ostu planeerides paneb tarbija alternatiivid võib-olla ka paberile ning arutab nende eelised ja puudused läbi, siis näiteks kommiostu otsus võib realiseeruda vaid loetud sekundite jooksul. Kuid ka siis teeb tarbija valiku brändide vahel, toetudes kindlatele valikukriteeriumidele, ehkki otsustamine on kiirem (Turunduse käsiraamat 2002).



Joonis 2. HBC tarbijakäitumise mudel

Allikas: (Hawkins *et al.* 1998)

Tarbija ostud saab jaotada kahte rühma: olulised ja ebaolulised (vt Tabel 2). Olulisele ostule on iseloomulik põhjalik otsustamine, kõrge tajatud risk, suur rahasumma, suur aja ja energia kulu, ehk otsus on ratsionaalne. Ebaolulisele ostule on tunnuslik pealiskaudne otsustamine, madal tajatud risk, väike rahasumma, vähene aja ja energia kulu. (Turunduse alused 2008, 77)

Tabel 2. Oluline ja ebaoluline ost

Tunnus	Oluline ost	Ebaoluline ost
Kulutatud aeg	Suur	Väike
Info otsimine	Aktiivne	Väheaktiivne, null
Reageering infole	Kriitiline hindamine	Passiivne vastuvõtmine
Brändi hindamine	Selge, arusaadav	Ähmane, üldine
Brändilojaalsuse tõenäosus	Suur	Väike

Allikas: (Turunduse alused 2008)

Samas on väitnud Nobeli preemia laureaat Herbert A. Simon juba 1947-ndal aastal, et ta ei nägevat majanduslike otsuste tegemisel siiski erilist ratsionaalsust. Ta väidab, et mida põhjalikum on ostueelne analüüs, seda keerulisem on ost ise. Ta ütleb ka, et inimeste infotötluse võime on väga piiratud, mistõttu oletus täiesti ratsionaalsest majanduslikust käitumisest on ebareaalne. Sageli oleme mõjutatud emotsionaalselt ja mitte-otstarbekusest. Seega väidab Simon, et kui me püüame olla ratsionaalsed, oleme parimal juhul vaid osaliselt edukad. (Simon 1947)

Tarbijakäitumine ravimiturul

Üldlevinud arusaama järgi peetakse tänapäeval tarbijat kuningaks. Vastupidiselt sellele on arstid tarbijaid (patsiente) traditsiooniliselt kohelnud hoopis kui passiivseid osalisi protsessis, mis puudutab nende tervist. See mudel on eriti kehtiv ägedate haiguste (nt luumurd) puhul ning patsientidega, kes usuvad, et arst on kõige targem. Kuna viimase kümnendi jooksul on tekkinud patsientidel suurem ligipääs nii haigusi kui ravi puudutavale informatsioonile, siis on tasapisi patsient muutumas selles protsessis aktiivseks osalejaks (Manchanda 2005).

Millised on olulised mõjufaktorid tarbijakäitumisele ravimiturul? Fahey (1996) andmetel ei usalda patsient saajaprotsendilisel ainult arsti retseptiravimi valikul. Tihti patsient isegi ei räägi arstiga väljakirjutatud ravimist, vaid konsulteerib hoopis apteekriga. Uuringust selgus, et paljud patsiendid koguvad informatsiooni mitmest allikast korraga: 83% räägivad arstiga ja 71% räägivad apteekriga. Usku apteekritesse näitab ka see, et 21% tarbijatest laseb apteekril valida brändi. Vaid 9% tarbijatest väidavad, et valivad ravimi hinna järgi. Isegi kui

patsiendid on teadlikud geneerilistest alternatiividest, siis 20% neist ütles, et nad ei ole kunagi eelistanud geneerilist toodet soodsama hinna pärast. (Fahey 1996)

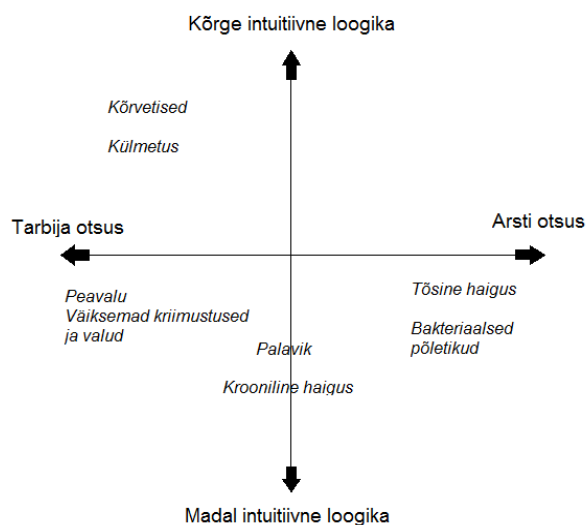
Boström (2011) uuris tarbijakäitumist apteegis. Uuringust selgus, et vaid 39%-le tarbijatest on oluline ravimibränd. Uuring kinnitas ka apteekri soovitusel olulisust: apteekri soovitus ja arvamus küsitakse tihti (59%) ning mõnikord (39%). Veel selgus uuringust, et tihti ostavad apteegikülastajad käsimüügitooteid või toidulisandeid spontaanselt või see eelneb arstikülastusele ja hilisemale retseptiravimi ostule. (Boström 2011)

Tundub loogiline, et tarbijakäitumine erineb vastavalt tootekategooriatele, kuid kas tarbija mõjufaktorid on märkimisväärselt erinevad, kui tarbija valib pesupesemisvahendit ja peavaluravimit? Zhakhalova viis 2010. aastal läbi uuringu pesupesemisvahendite ja käsimüügis olevate peavaluravimite tarbijate hulgas. Ostutihedus oli mõlema tootegrupi osas sarnane – leiti, et peamiselt ostetakse neid mõlemaid üks kord kuus kuni üks kord kvartalis. Uuringust selgus, et peamised mõjufaktorid nii pesupesemisvahendi kui peavaluravimi brändi valikul olid:

- a) Eelnev kogemus (88% pesupesemisvahendi, 78% peavaluravimi puhul).
- b) Soovitused (36% pesupesemisvahendi, 48% peavaluravimi puhul).
Pesupesemisvahendi puhul märgiti soovitajatena peret ja sõpru, peavaluravimi puhul arsti, apteekrit, ja siis alles peret/sõpru.
- c) Saadavus/hind (47% pesupesemisvahendi; 43% peavaluravimi puhul).
- d) Usaldus (37% pesupesemisvahendi, 41% peavaluravimi puhul).

Zhakhalova (2010) uuringu kokkuvõttes leiti, et vähemalt tavatarbekaupade (*FMCG*) ja käsimüügiravimite osas ei ole mõjufaktorid tarbijakäitumisele märkimisväärselt erinevad. Uuringus tehti järeldus, et turundajad ülehindavad sageli tarbijate võimet ratsionaalselt ravimite ostu planeerida ja alahindavad emotsionaalsete ostude osakaalu.

Puri *et al* (2008) kirjeldas tarbijakäitumist ja tarbija intuiitivset loogikat mõnede terviseprobleemide näitel, nagu kujutatud joonisel 3.



Joonis 3. Tarbijakäitumise mudel tarbija intuiitiivse loogikaga mõnede terviseprobleemide näitel

Allikas: (Puri *et al.* 2008)

Nagu jooniselt näha, annab intuiitiivse loogika esinemine tarbijale suurema kindlustunde otsuste tegemisel, sõltumata brändist. See tähendab tarbija iseseisva valiku tegemist, ilma eksperdi soovituseta. Intuitsiooni puudumine iseloomustab kõrge riskitunnetusega tarbijat, mis tähendab, et isegi kui tema kaebused ei ole väga tõsised, vajab ta eksperthinnangut ning ei kaldu tegema iseseisvalt otsuseid.

1.2. Sotsiaalne turundus ja sotsiaalkampania ning nende roll ravimisektoris

Sotsiaalse turunduse juuri peaks otsima 1940. – 1950. aastatest, mil rida autoreid keskendusid oma töödes sotsiaalpsühholoogiale, massikommunikatsioonile ning avalikele suhetele, sotsiaalsele turundusele kui selliseni siiski jõudmata. 1960-ndate lõpus hakkas aga oluliselt mõjukamat kõlapinda haarama turundus üldse. Turunduse kitsast mõistest, mis keskendus vaid jaotusele, hakkas välja kasvama laiaulatuslikum vahetuse ja transaktsiooni süsteem (Rothchild 1997, Andreasen 2001).

Just turunduskontseptsiooni uurimisega turundusteoreetikute poolt hakkas üha enam tähelepanu saama ka sotsiaalne turundus. Sotsiaalse turunduse algusajaks peetakse aega, mil esmakordselt defineeriti mõiste Philip Kotleri ja Gerald Zaltmani poolt 1971. aastal. Autorid

leidsin, et samalaadsete meetoditega nagu kommertsreklaami puhul müüakse tooteid ja teenuseid, saab müüa ka ideid ja suhtumist ning suunata käitumist, ehk sotsiaalse turunduse eesmärgiks on müüa ideid, suhtumist ja soovitavaid käitumisviise (Weinreich 1999, 3). Definiitsiooni sotsiaalsest turundusest formuleerisid Kotler ja Zaltman järgmiselt, „sotsiaalne turundus on programmide loomine, täideviimine ja kontroll eesmärgiga mõjutada sotsiaalsete ideede aktsepteerimist, kasutades selleks planeerimist, hindamist, kommunikatsiooni, jaotust ja turundusuuringuid.“ (Kotler ja Zaltman 1971).

Täna on sotsiaalse turunduse mõisteid väga palju, mille tõttu on keeruline anda ühtset definiitsiooni. Kui Kotler 70-ndatel nägi sotsiaalses turunduses programmide loomist ning nende täideviimist ja kontrolli, et saavutada seatud sotsiaalsete ideede aktsepteerimist, siis oma hilisemas definiitsioonis on Kotler toonud sisse sotsiaalse turunduse puhul üliolulise – vabatahtlikkuse – aspekti. Selle definiitsiooni kohaselt on sotsiaalne turundus turunduspõhimõtete ja turundustehnikate kasutamine eesmärgiga mõjutada sihtgruppi vabatahtlikult aktsepteerima, hülgame või muutama oma käitumisviisi indiviidide, gruppide või ühiskonna kui terviku heaolu tõstmiseks (Kotler 2002, 5-7). Heaolu olulisust on rõhutanud ka Andreasen (1994, 2000) ja Goldberg (1995), kes tõid välja, et ühiskondlikku heaolu saab tõsta läbi selle liikmete füüsilise ja vaimse heaolu parendamise.

Sotsiaalse turunduse kõige olulisem atribuut on sotsiaalkampaania (sotsiaalreklaam), ja seda eeskätt põhjusel, et sotsiaalne turundus sõltub sotsiaalkampaaniast (reklaamist) reaalse toote puudumise tõttu ning et turundajate ja turu vahel puudub tegelik kaubavahetus. Meedia on seega ainus vahend, mille kaudu turundajad sihtgruppi mõjutada saavad. (Goldberg 1995) Sotsiaalse turunduse puhul ongi ideed ja käitumine see „toode“ mida turustatakse – ebasoodsa idee või käitumise muutmine või uute ideede ja käitumiste omaksvõtmine (Kotler ja Roberto 1989). Seega kokkuvõtlikult võib öelda, et sotsiaalse turunduse eesmärk on tuua esile sotsiaalne muutus. Kõige sagedamini kasutatakse sotsiaalset turundust inimeste käitumisviiside mõjutamiseks, eesmärgiga parandada tervishoidu, ennetada vigastusi ning kaitsta keskkonda (Kotler 2002).

Kindlasti ei ole aga reaalse toote olemasolu puudumine ainus erinevus sotsiaalse turunduse ja nõ äriturunduse vahel. Erinevusi leiab nii eesmärkides, tulemustes, kasus, ressurssides jne. Samas aga tuleb tõdeda, et kuigi eesmärk on erinev, esineb väga olulisel määral sarnasusi sotsiaalse turunduse ja ärilistel eesmärkidel tehtud turunduse vahel näiteks nagu kliendi vajaduste rahuldamine, tulemuste hindamine, kasu pakkumine,

turundusmeetmestiku kasutamine jne. Sarnane on ka see, et mõlemal juhul tegutsetakse konkurentsitingimustes, sotsiaalse turunduse puhul on konkurendiks tarbijate praegune eelistatud käitumine. (Kotler 2001, 11)

Nii sotsiaalse turunduse kui ka äriturunduse eesmärk on püüd mõjutada sihtgrupi käitumist soovitud suunas. Erinevus on aga nii saadavas kasus tarbijale kui ka saadavas kasus (kasumis) turundajale. Kommertsreklaam pakub tarbijale käegakatsutavat ja selgelt tunnetatavat kasu, sotsiaalreklaami „toode“ on reeglina aga eba- ja umbmäärane ning suunaga tulevikku. Samuti ootab äriturundaja tehtavast reklaamist kasu oma ettevõttele, samas kui sotsiaalreklaami eesmärk on saavutada kasu just sihtgrupile endale ning sealt edasi ühiskonnale tervikuna. (Weinreich 1996)

Seega sotsiaalse turundusega püütakse eeskätt muuta probleemset käitumist. Sellest lähtuvalt võib defineerida sotsiaalse turunduse ühe olulisema eesmärgi, milleks on leida seos sihtgrupi käitumismotiivide ja soovitava (oodatud) käitumise vahel (Andreasen 2000). Erinevalt tavaturundajatele ei ole sotsiaalturundajatel ka võimalik oma toodet vastavalt sihtgrupi ootustele muuta. Kui äriturunduses saab nii toodet ennast kui ka turundust kohandada vastavalt sihtgrupi ootustele, siis sotsiaalne turundus seda ei võimalda (Andreasen 1995, 60).

Klassikaline ehk tavaturundus baseerub kahele kontseptsioonile. Esiteks nn Kotleri 4P mudel (toode, hind, turustus ja toetus), mille eesmärk on mõjutada kõiki tegureid väärtuse maksimeerimise suunas ning teiseks peab turundus baseeruma sihtrühmade ja muude osapoolte kvantifitseerimisel, ehk siis andmetel, mitte arvamustel. Seega ülioluline roll on siinkohal hindamisel. Need mõlemad tavaturunduses kasutatavad kontseptsioonid võib välja tuua ka sotsiaalse turunduse aspektis. Reaktsioonina turgude ja äritegevuse kasvavale kompleksusele on turundusse lisandunud järjest uusi kontseptsioone. Tavaturunduses räägitakse 4P asemel 4C-st ning sotsiaalset turundust on laiendatud, lisades 4P-le veel 7P-d jne. Kotler järeldeb, et „komplekssust ei saa välja ajada keerukusega“, vaid eesmärk on kõikehõlmav koostöö ja reeglite lihtsustamine. Progressi tarbeks tuleks tänased turunduskillud taasühendada tervikuks. Võitjad on need turundajad, kes sellega hakkama saavad. (Kotler 2002)

Need 7P-d, mis on lisatud sotsiaalses turunduses, väljendavad erinevate institutsioonide kaasamise vajalikkust, samuti poliitilist ja ühiskondlikku toetust, et sotsiaalkampaania raames püstitatud eesmärged saavutada, neid kinnistada ning muuta

harjumuseks. Rida erinevaid autoreid (Weinreich 1999; Andreasen 1995; Martin et al 1998 jt) on sotsiaalse turunduse kontekstis lisanudki veel kokku 7P-d:

- 1) Sihtgrupid (*Publics*) - sotsiaalse programmiga seotud sisemised ja välimised grupid.
- 2) Osalemine (*Participation*) - sisend, mille sihtgrupp tagab sotsiaalse toote arendamiseks ning rakendamiseks.
- 3) Partnerlus (*Partnership*) - sotsiaalprogrammide elluviimiseks vajalike suhete loomine ning koostöö samalaadsete väljakutsetega organisatsioonide vahel.
- 4) Poliitika (*Policy*) - sotsiaalse turunduse efektiivsus on suurem, kui koos inimeste käitumise muutmisega viiakse vajalikke muudatusi sisse ka poliitilises olukorras.
- 5) Diplomaatia (*Politics*) - sotsiaalsed probleemid on reeglina keerukad ning vajavad edukat suhtlemist nii valitsusasutuste kui teiste organisatsioonidega.
- 6) Avalik arvamus (*Public opinion*) - ühiskonna toetus ja avalik arvamus on soovitud tulemuste kinnistamisel üliolulise tähtsusega.
- 7) Eelarve (*Purse strings*) - kampaania elujõulisuse tagamiseks peavad olema tagatud piisavad finantsressursid.

Kui sotsiaalse turunduse rolli vaadata ravimisektoris, siis on ülioluline määratleda, millise ravimiga on tegu, kas käsimüügi- või retseptiravimiga. Kui käsimüügiravimi korral saab patsienti mõjutada suhteliselt sarnaselt tarbekaupadega, siis retseptiravimite puhul on olukord teine. Käsimüügiravimi valiku ja ostu sooritab patsient ise, retseptiravimi puhul on aga peamine otsuse langetaja siiski arst. Tänapäeval on üheks väga oluliseks lüliks selles protsessis ka apteeker. Retseptiravimite reklaam lõpptarbijale on keelatud. Lubatud ei ole ka teised nn traditsioonilised müügiesitused (näiteks reklaam- ja sooduskampaaniad). Seega piirangud laienevad retseptiravimite korral ka sotsiaalse turundusele. Sotsiaalkampaania retseptiravimite puhul saab olla ülesehituslikult suunatud vaid mingi üldise käitumusliku harjumuse muutmisele. See ei saa kuidagi olla mingi ühe haiguse ja veel vähem vaid ühe kindla ravimi või ravimgrupi propageerimisele suunatud. Näiteks vaktsineerimiskampaaniad on endiselt lubatud, kuid need ei tohi olla seotud kindla ravimi või ravimitootjaga.

Nii nagu iga kampaaniat, tuleb hinnata ka sotsiaalkampaaniat. Sotsiaalkampaania võib lugeda üldiselt kordaläinuks, kui saavutatakse probleemkohtade teadvustamine ja sealt tulenevalt nende ennetus, vähendamine ja lahendamine. Kordaläinud sotsiaalkampaania

muudab arusaama ja käitumist. Et seda hinnata, on vaja kampaania tulemusi analüüsida. Sotsiaalkampaaniate puhul on oluliseks hindamiskriteeriumiks selle märgatavus, et jõuda võimalikult tõenäolisemalt sihtgrupini. Arvestades, et sotsiaalkampaania eesmärk on käitumiste ja väärtushinnangute muutmise taotlusega, siis on kampaania mõju väga raske üheselt mõõta, sest tegu on pikaajalise ja keeruka protsessiga. Seetõttu on avaldatud arvamust, et sotsiaalkampaaniad on tihti kas hindamata või alahinnatud. Sotsiaalkampaaniaid puudutav artikkel aastast 1997 tõi välja vajaduse, et samas on sotsiaalse turunduse mõõtmisel oluline hinnata võimalikke alternatiive, st võrrelda asjaolusid, kas ja millisel määral jõuti sihtrühmani ja kuidas see mõjutas rühma liikmete käitumist, on vähem tähtis kui see, kas see lähenemine oli üldse kõige mõistlikum ja efektiivsem valik võimalike meetodite seast (Lefebvre 1997, 52).

Kõige levinum on sotsiaalkampaaniat hinnata läbi nelja erineva hindamistüübi. Neid hindamistüüpe, mida on oma teostes käsitletud ka Kotler, on Weinreich nimetanud kujundavaks, protsessi, tulemusi ja mõju hindavaks. (Weinreich 1999, 204-206).

Kujundav hindamine toimub kampaania-eelselt, et hinnata võimalikke tugevusi ja nõrkusi ning välja selgitada, kuidas sõnumit kõige paremini esitada. Protsessi hindamise ülesanne on mõõta kampaania teostust ja tulemusi selle toimumise ajal; anda hinnang, kas ja kui paljudeni jõuti. Tulemuste hindamine järgneb kampaaniale. Mõõdetakse selle teostust ning sihtgrupi hinnanguid sellele. Peamine küsimus on, kas sihtgrupi käitumine või arusaamad muutusid. Mõju hindamine on üks olulisemaid tegureid, mida aga reeglina ei hinnata, nii nagu Lefebvre oma artikliski mainis. Mõju hindamisel mõõdetakse pikaajalisi tulemusi ühiskonnas. Püütakse välja selgitada kampaania osa toimunud muutustes. (*ibid*)

Parimaks peetakse tulemust, kui läbitakse kõik neli hindamisetappi. Iga etapi juures on võimalik kasutada erinevaid mõõdikuid, mille alusel hinnata. Autorid Weiss ja Tschirhart on rõhutanud, et alati tuleks hindamist alustada kujundavast hindamisest, et hinnata probleemi ulatust, planeeritava strateegia efektiivsust, sihtgrupi võimalikku kättesaadavust ja eriti sõnumite õiget valikut ja nende edastamisviise. Sõnum peaks olema selline, mis motiveeriks sihtgruppi oma käitumist ja arusaamu muutma. Oluline on välja selgitada sihtgrupi tahe ja võime oma käitumist muuta. (Weiss, Tschirhart 1994)

Kui rääkida mõistlikust ravimitarbimisest ja geneeriliste ravimite soodustamisest, siis üks oluline sihtgrupp on kindlasti patsiendid, ehk lõpptarbijad. Oluline on tõsta nende teadlikkust. Samas on ülioluline meeles pidada, et ravimi määraja on ikkagi arst ning ravimi

väljastab apteeker, kellest mõlemal on retseptiravimi valikuprotsessis ülioluline roll, mida ei tohiks sotsiaalkampania korraldamisel mingil juhul tähelepanuta jätta. Sellised kampaniad on efektiivsemad riikides, kus patsientide omaosalus on kõrge (nagu Eestis), ja vähem efektiivsed nendes riikides, kus ravimite eest maksab peamiselt riik (Joncheere *et al* 2003). Võimalikud on ka situatsioonid, kus riiklikud institutsioonid korraldavad sotsiaalkampaniaid, mis kutsuvad inimesi üles eelistama ja valima soodsamaid ravimeid, rõhudes nende samaväärsele toimele ja ohutusele kui originaaltoodetel, samas aga korraldavad originaalitootjad vasturünnakuid kampaniatena, mille sõnumiks on, et odavad ravimid ei vii siiski oodatud ravitulemusteni (Izmirleiva 2003). Seega leiab antud töö autor, et kriitilise tähtsusega selliste kampaniate korraldamisel on kaasata võrdväärselt kõik huvigrupid, kes retseptiravimi valikus olulist rolli mängivad – arst, apteeker, patsient.

Antud töö keskendub sotsiaalkampaniale, mille eesmärgiks on tõsta elanikkonna teadlikkust retseptiravimite valikul ja seeläbi vähendada patsiendi omaosalust ravimite ostul. Nagu eelmises lõigus välja toodi, ei ole retseptiravimi puhul ostuotsuse langetaja mitte vaid patsient ise, vaid üliolulist rolli mängivad siin ka nii arst kui apteeker. Seetõttu peaks selline kampania, mis puudutab retseptiravimeid, olema üles ehitatud selliselt, et see haaraks lisaks patsiendile kui tarbijale ka arste ja apteekreid. Konkreetselt selle kampania puhul oleks see pidanud mõjutama arste kirjutama välja toimeainepõhiseid retsepte ning apteekreid erinevaid ravimeid ka pakkuma. Magistritöö autor tahab sellega öelda, et sellise eesmärgiga kampania (patsiendi omaosaluse vähendamine retseptiravimite ostul) ei saa kõnetada vaid ühte sihtgruppi. Või kui see nii on, siis ei oleks alust nimetada kampaniat edukaks isegi juhul, kui ka kogu määratletud sihtgrupp kinnitaks, et on kampaniat märganud, nende teadlikkus on kasvanud ning nad on motiveeritud tulevikus tarbima soodsamaid ravimeid. Aga kui arst retseptikirjutamisega seda otsust ei soosi? Kui apteeker ei telli oma apteeki selliseid ravimeid? Sellisel juhul ei ole teadlikust patsiendist kasu ning ravimipoliitika üks olulisemaid eesmärke - vähendada patsientide omaosalust - jääb siiski täitmata. Täpsem kirjeldus toimeainepõhisest retseptist ning sellega seonduvatest nõuetest ja ootustest nii arstile kui ka apteekrile on kirjas järgmises töö osas, mis annab ülevaate Eesti ravimiturust, ravimipoliitikast ja omaosalusest ning selle kujunemisest. Täpsem ülevaade kampaniast ja selle tulemustest on välja toodud uurimusliku ehk kolmanda osa esimeses peatükis.

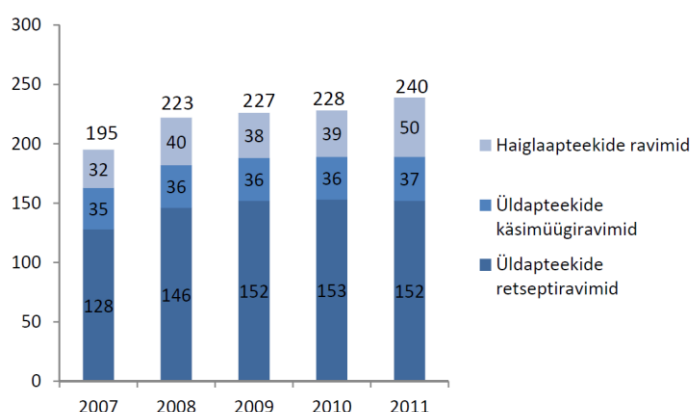
2. ÜLEVAADE EESTI RAVIMITURUST

2.1. Eesti ravimiturg ning ravimipoliitika

Eesti ravimituru maht aastas on umbes 200 miljonit eurot ning näitab stabiilset tõusutrendi. Inimestel kasutatavate ravimite turumaht 2013. aasta II kvartalis oli 58,6 miljonit eurot, mis on ligi 5%-line tõus ravimite kogukäibes, võrreldes eelneva aasta sama kvartaliga. Samas on tegemist väga väikese turuga maailmamastaabis. Eesti ravimiturg moodustab 0,02% maailma ravimiturust. Retseptiravimite osakaal on keskmiselt 85% turumahust, millest umbes pool tasuvad Haigekassa ja riik. (Eesti ravimituru...2013)

Humaanravimeid müüb üld- ja haiglaapteekidele hulgimüügi õigust omavad ettevõtted. Hulgimüügiturul on küll palju osalejaid, kuid kahele suurimale turuosalisele kuulub üle 80% turust. Lisaks on valdav osa apteekide otseselt või kaudselt seotud kahe hulgimüüjaga. Sõltumatuid apteekide on vaid ca 10%. (Eesti ravimituru...2013)

Apteekide ravimikäive on olnud viimaste aastate lõikes sarnane ja endiselt moodustavad suurima osa apteekide käibest retseptiravimid (vt Joonis 4).



Joonis 4. Apteekide ravimikäive (miljonites eurodes)

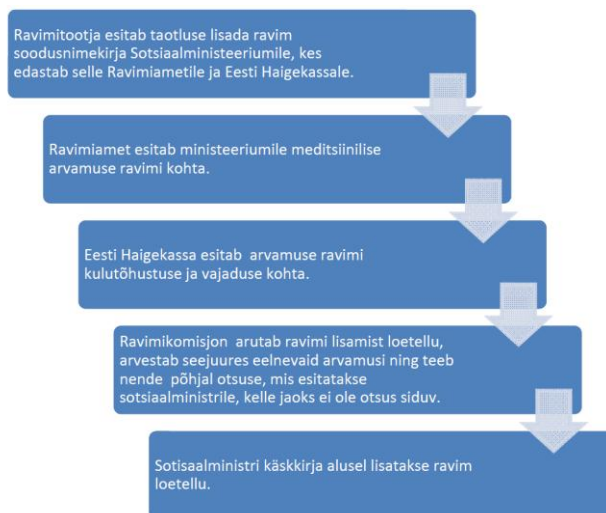
Allikas: (Ravimiameti statistika...2012)

Erinevalt mitmest teisest EL liikmesriigist on ravimi turustamiseks Eestis vajalik Eestis kehtiv müügiluba. Eestis kehtivad vaid müügiload, mis on välja antud Eesti Raviameti või Euroopa Komisjoni poolt. 2012. a lõpul kehtis Eestis 3905 Raviameti poolt antud ning 1824 Euroopa Komisjoni poolt antud ravimpreparaadi müügiluba (Eesti ravimituru...2013).

Maailma Tervishoiuorganisatsiooni andmete kohaselt on põhiravimite kättesaadavuse tagamine esmatasandi tervishoiuteenuse üks oluline osa. Eestit on kritiseeritud, et ravimite kättesaadavus pole euroopalikul tasemel ning et kesine konkurents hoiab ravimihinnad kunstlikult kõrgel ning suurendab nii Haigekassa kui patsientide kulutusi. Siin tuleb mängu ravimipoliitika, mis peaks sõnastama eesmärgid ning strateegilised arengusuunad nende saavutamiseks.

Retseptiravimitest rääkides on ülioluline rääkida soodusravimitest. Ravikindlustuse seaduse kohaselt võtab Eesti Haigekassa üle tasu maksmise kohustuse kindlustatud isiku ambulatoorseks raviks vajalike ning Haigekassa soodusravimite loetellu kantud jaemüügi eest (Ravikindlustuse...2002). See tähendab seda, et teatud haiguste ja teatud ravimite korral kompenseerib haigekassa teatud osa patsiendi ravimihinnast, mille võrra saab patsient selle ravimi soodsamalt. Et ravim soodusravimite loetellu pääseks, on ravimitootjal või maaletoojal vaja esitada Sotsiaalministeeriumile vastavasisuline taotlus, mida arutatakse ravimikomisjonis². Ravimikomisjoni otsuse alusel teeb sotsiaalminister otsuse, mis võib olla negatiivne, positiivne või tingimisi positiivne, mis tähendab, et ravim kantakse soodusravimite loetellu piiratud tingimustel. Skemaatiliselt on seda protsessi kujutatud joonisel 5.

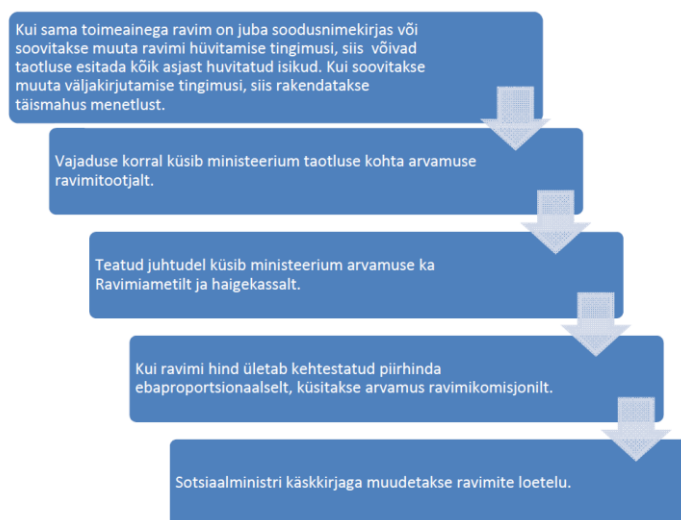
² Ravimikomisjon on Sotsiaalministeeriumis kooskäiv komisjon, mis teeb sotsiaalministrile soovitusi ravimi lisamiseks soodusnimekirja. Komisjoni kuulub kaheksa liiget.



Joonis 5. Uue ravimi lisamine soodusnimekirja.

Allikas: (Ravimiameti statistika...2012)

Käesoleva magistritöö huviorbiidis on eeskätt geneeriline ravim, mille kasutuse suurendamises näeb nii Sotsiaalministeerium kui Eesti Haigekassa võimalust omaosaluse vähendamisel ning samuti Haigekassa kulude vähendamisel. Just seetõttu toimub geneeriliste ravimite soodusravimite loetellu lisamine lihtsustatud korras ning see on kujutatud joonisel 6.



Joonis 6. Geneerilise ravimi lisamine soodusnimekirja.

Allikas: (Ravimiameti statistika...2012)

Ravimite mõistlik kasutamine tähendab ravimipoliitilisest aspektist tulenevalt eeskätt nende tasumisel tehtavaid kulutusi, seda siis nii riiklikul kui eraisiku tasandil. Originaalravimite ja geneerilist ravimite õige vahekord on prioriteet, mis Eesti ravimipoliitikas on viimastel aastatel domineerinud. (Eesti ravimipoliitika...2010)

Seetõttu peab autor vajalikuks peatuda nende kahe mõiste lahtiseletamisel pisut ulatuslikumalt ning käsitleb seda eraldi peatükis.

2.2. Originaalravim ja geneeriline ravim (mõisted ja olemus)

Originaalravim on uus juurutatud ravim, mis on esialgu turgudel patendikaitse all. Originaalravim on seega „esimesena leiutatud ja kasutusele võetud uut toimeainet sisaldav ravim, mille tootja on läbi viinud kõik uue ravimi registreerimiseks vajalikud uuringud“ (Ravimid ja tervis 2011).

Tootja patenteerib reeglina uue toimeaine (ravimi). Uusi originaalravimeid nimetatakse ka innovaatilisteks ravimiteks sellepärast, et iga uue toimeaine molekuli avastamine ja patenteerimine võib osutada tähelepanuväärseks revolutsiooniks haiguse ravis (Ravimid ja tervis 2011). Innovaatiliste ravimite arendustegevuse ja tootmisega tegelevad originaalravimitootjad. Uue toimeainega ravim jõuab patsiendini pärast põhjalikke laboratoorseid ja kliinilisi uuringuid. Toimeaine leiutamisest kuni ravimi registreerimiseni kulub umbes 10-12 aastat. Ravimiks, mis jõuab patsientide kasutusse, saab üksainus molekul-toimeaine 5000-10000 katsetatava molekuli seast. Ravimiohutuse ja uute näidustuste alased uuringud ei lõpe ravimi registreerimisega, vaid jätkuvad ka pärast seda.

Patendikaitse on vajalik, et motiveerida originaaltootjaid panustama arendustegevusse ning uusi ravimeid välja töötama. Kuna uue ravimi väljatöötamine on ülikallis (kohati kuni miljard eurot), siis on patendikaitse ainus vahend, mis võimaldab tehtud kulutused kompenseerida. Patenteeritakse mitte valmis ravim, vaid uus sünteesitud molekul (nn toimeaine patent) või protsess, mille käigus ravim toodetakse (nn protsessi patent). Kuigi uus molekul patenteeritakse 20 ja enamaks aastaks, kulub sellest ajast umbes pool enne, kui ravim patsiendini jõuab. (Ravimid ja tervis 2011)

Patendikaitse lõppemisel muutub enamus ravimit puudutavast teabest kõigile kättesaadavaks. „Geneeriline ravim on originaalravimiga sama toimeainet sisaldav ravim, mis

on mõeldud samade haigusseisundite raviks ning on sama tõhus, ohutu ja kvaliteetne kui originaalravim“ (Soodusravimid 2013).

Kuna kliinilised katsetused antud toimeainega on esmatootja poolt juba tehtud, siis peab geneerilise ravimi tootja tõestama vaid seda, et preparaat sisaldab originaalravimiga võrreldes sama toimeainet ning see on organismi poolt sarnasel hulgal omastatav. Kuna originaalravimite hinna peamise komponendi moodustavad arendusele tehtud kulutused, siis on üldjuhul geneeriliste ravimite hind oluliselt madalam. (Ravimid ja tervis 2011)

Viimased aastad on olnud ravimitööstuses tuntud kui „suurimate menukravimite generaliseerumise“ ajajärk. Paljude ülemaailma tuntud menukravimite patendikaitse on lõppenud või lõppemas. See avab miljardisuuruste käivetega turud geneerilisele konkurentsile.

2011. aasta lõpuks kaotas maailmas 20 enimmüüdud ravimi hulgas 7 oma patendikaitse ning sellel kümnendil kaotab kokku 120 originaalravimit oma patendi ning avanevad geneerilisele konkurentsile. (Nordqvist 2011)

Nagu eelnevalt kirjeldatud, on geneerilisele ravimile müügiloa saamine pärast patentravimi patendikaotust suhteliselt lihtne ja kuluefektiivne. Selle tulemuseks on olnud geneeriliste ravimifirmade esiletõus nii arvuliselt kui müügimahtudelt. Enamikel turgudel müüakse generikuid suuremates kogustes kui patentravimeid. Hinnaerinevus annab olulise hinnavõidu ja seda nii riiklikele institutsioonidele kui ka patsiendile (kui me räägime soodustatud ravimitest – piirhinna süsteem). Soodustuseeta ravimite puhul on hinnavõit otse patsiendile. (EFPIA 2006, Perry 2006)

Mõned ettevõtted on sõlminud “volitatud generikute” tootmise kokkuleppeid, kus patendi omaja sõlmib turustuslepingu geneetikuid tootva ettevõttega. See võimaldab patendi omanikul turgu laiemalt katta ning generikute firmal on juurdepääs patentravimite turule, kus on kõrgemad brutokasumid. (Simoens ja Coster 2006)

Hinnakujundus toimeainegrupis, kuhu lisandub peale patendiaja lõppu geneeriline konkurents, on enamikes riikides reguleeritud. Need regulatsioonid on aga riigiti erinevad. Patendid kaitsevad uusi tooteid 20-aastase nominaalse perioodi jooksul, millele lisandub maksimaalselt 5 aastat täiendava kaitse tunnistuse alusel. Kehtib ka turul ainumüügiõigus kuni 11 aastat. Selle aja jooksul saab patendikaitse alune uudistoode kasu ainumüügiõigusest ja monopoolsest või peaaegu monopoolsest seisundist (Kanavos et al 2011). Paljude riikide regulatsioonid on geneerilisi ravimeid soosivad. Kuid isegi geneeriliste ravimite turud on

reguleeritud ning kontrollitakse ka hinnakujundust. Geneerikute kasutamist reguleerivateks mehhanismideks on näiteks: võrdlevad hinnakujundussüsteemid, mis määravad geneerilise ravimi maksimaalse müügihinna; arstidele ravimieelarvete määramine; geneerilise asenduse kohustus apteekidele; patsientide kaasosalus kallima ravimi valikul; odavamate ravimite kasutamise innustamise tugikampaaniad (Perry 2006).

Näiteks Reutersi väitel trahvis Euroopa Komisjon, kes tegutseb konkurentsijärelevalveasutusena Euroopa Liidu kõigis 27 liikmesriigis, 2009. aastal ravimitootjaid kokku 146 miljoni euroga just odavamate ravimite turulepääsu tõkestamise eest (Foo 2013).

Ravimiturul on pakkumise ja nõudluse pool samamoodi esindatud nagu igal turul. Ravimitööstuse pakkumise poolele kuuluvad ravimite tootjad ning nõudluse poolele patsiendid, ravimite väljakirjutajad ehk arstid ja ravimite väljastajad ehk apteekrid (Kanavos et al, 2011). Pakkumise poolel kasutavad riiklikud instantsid hindade reguleerimiseks näiteks: hinnakontrolli (nn kohustuslik hind); riigivälist hinnavõrdlust; hinna-mahu kokkuleppeid; otsest kulude kontrolli (tagasimaksmisüsteem); kulupõhist hinnakujundust; geneerikute soodustamist; hinnalae süsteemi; riigisisest hinnavõrdlust; hüvituskeeme jne. Nõudluse poolelt toimub reguleerimine peamiselt läbi rahaliste stiimulite: geneerikute väljakirjutamise kohustus; ravijuhised; retseptide seire; apteekides marginaalide reguleerimine ning toodete asendamine (Danzon 2008).

Geneerikutega asendamise poliitikaga võib edendada geneeriliste ravimite kasutust. Samas on riike, kes leiavad, et geneerilise konkurentsiooni soodustamine on vaba konkurentsipärssiv ning seab osad tootjad ebavõrdsesse olukorda (originaaltootjad), mistõttu ei ole isegi EL-s kõik riigid geneerilises ravimipoliitikas ühtsed (Simoens ja Coster 2006). Geneerikutega asendamine võib olla kohustuslik (näiteks Rootsi), vabatahtlik (Prantsusmaa) või keelatud (Austria) (PPRI 2007). Geneerikutega asendamise poliitika erinevad ka selles osas, mis ulatuses tohivad arstid, apteekrid ja patsiendid asendamisest loobuda. Osades riikides, näiteks Rootsis (ka Eestis), võib geneerilise alternatiiviga toimeaine korral kirjutada retseptiga välja konkreetne ravim vaid juhul, kui sellele lisatakse meditsiiniline põhjendus (PPRI 2007). Euroopa Komisjon (2009) järeldas, et liikmesriikides, kus nõutakse apteekidelt geneeriliste ravimite väljastamist nii palju kui võimalik, tuleb geneerik turule varem ja kulutusi tehakse vähem. Lisaks ilmneb Rootsi andmetest, et geneerikutega asendamine on aidanud kaasa turuhindade langusele (umbes 40% asendusravimi turuletulekust 2002. aastal) (PPRI 2007). On riike, kus ravikindlustust omavatele isikutele kompenseeritakse suurem osa ravimite

maksumusest (Saksamaa, Soome, ka Eesti) (PPRI 2007) ning samas on ka neid riike, kus ravimi maksab täismahus kinni patsient ise (Ukraina) (Is there...2014).

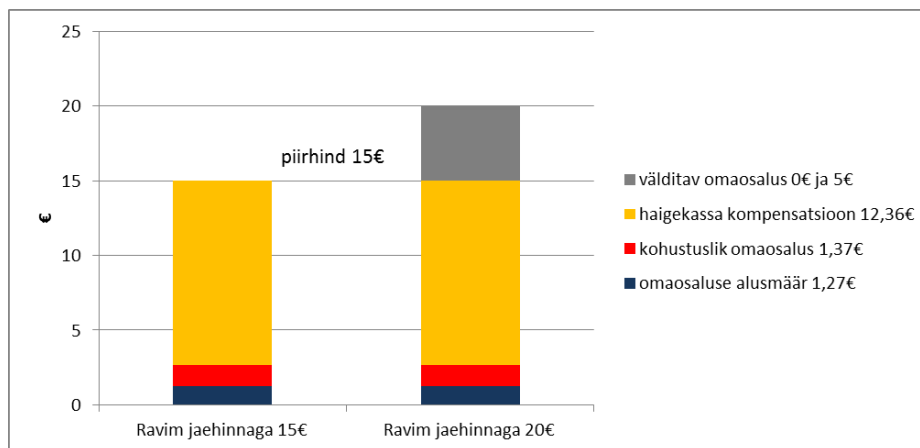
Retseptiravimite puhul mängivad olulist rolli piirhinnasüsteem, hinnakokkulepped ja omaosaluses, millest annab ülevaate järgmine peatükk.

2.3. Patsiendi omaosalus ja selle ohjamine.

Euroopa Liidu liikmesriikidest enamikes on riiklikud kompensatsioonisüsteemid, mis katavad kindlustatud isikutel osa ravimikuludest (Köningbauer 2006). Enamikus neist riikidest on kehtestatud ka teatud piirmäärad, mis tasemel ravimeid soodustatakse, kui on tekkinud geneeriline konkurents. Ka Eestis kehtib geneerilises toimeainegrupis piirhinnasüsteem.

Ravikindlustusseaduse kohaselt võtab Haigekassa õigusaktides sätestatud ulatuses ja korras üle tasu maksmise kohustuse kindlustatud isiku ambulatoorseks raviks vajalike ning Haigekassa ravimite loetellu kantud ravimite jaemüügi eest (Ravikindlustuse seadus 2002).

Piirhinnasüsteem tähendab seda, et sõltumata sellest, kas patsient ostab sama toimeainet sisaldavate ravimite grupist geneerilise ravimi või originaalravimi, jääb Haigekassa kompensatsioonimäär (50%, 75%, 90% või 100%) samaks ning valik mõjutab vaid patsiendi omaosalust. Näiteks kui Eesti ravimiturul on saadaval enam kui kaks sama toimeainet sisaldavat ravimit, siis kehtestab riik ravimitele piirhinna, millest alates hakkab ravikindlustussoodustust arvutama. Piirhind kehtestatakse odavaima või odavuselt teise ravimi hinna järgi. Piirhind on vajalik selleks, et hoida riigi ravimikulusid kontrolli all, tagades samas inimestele vajalike ravimite kättesaadavuse. Kui inimene ostab selle tootja ravimit, mis ei ületa piirhinda, siis on inimese poolt makstav summa väikseim võimalik. Kui inimene eelistab siiski osta selle tootja ravimit, mis maksab piirhinnast enam, siis tasub ta ravimi hinna ja piirhinna vahelise summa ise. Piirhinnad kehtestab sotsiaalminister oma määrusega (Ravimite piirhindade...2010). Näitlikustamiseks on joonist 7, mis iseloomustab omaosaluse kujunemist erineva jaehinnaga ravimite korral, kui toimeainegrupis kehtiv piirhind on 15 eurot ja haigekassa kompensatsioonimäär on 90% (Laidmäe 2013, 92).



Joonis 7. Omaosaluse kujunemine erineva jaehinnaga ravimite korral

Allikas: (Laidmäe 2013, 92)

Hinnakokkulepe on leping, mille sõlmivad sotsiaalminister ja ravimitootja ning kus on fikseeritud ravimi maksimaalne hulgiostuhind ning muud tingimused ravimi järjepideva kättesaadavuse tagamiseks. Hinnakokkulepe on Sotsiaalministeeriumi kohaselt selleks, et tagada ravimite stabiilne turustamine ja vältida hindade tõusu. Hinnakokkulepetega on kaetud lisaks geneerilistele ravimitele ka ainsad sama toimeaine ja manustamisviisiga ravimid ehk siis originaalravimid, mis on soodusravimite loetellu kantud. Geneeriliste ravimite puhul hõlmavad hinnakokkulepped neid piirhinnagruppidesse kuuluvaid ravimeid, mis on piirhinnast odavamad või sellega võrdsed ja seda põhjusel, et nende tootjad hoiaksid nende ravimite hindu muutumatuna (piirhinnaalused ravimid). Sellise piirhinnasüsteemi sees veel omakorda hinnakokkuleppe kasutamise vajadus on tekkinud olukorrast, kus geneeriliste ravimite hind oli mingi toimeaine grupis väga volatiilne, kuna uusi tooteid tuli ja lahkus turult ning see sundis pidevalt muutma ka piirhinda. Ravikindlustuse seadus nimetab põhjuse loomulikult sootuks teistsuguselt: „hinnakokkuleppe sõlmimisel lähtutakse kindlustatud isikute huvidest saada vajalikke ravimeid mõistliku hinnaga ning haigekassa eelarve vahenditest“ (Ravikindlustuse seadus 2002).

Ravikindlustuse seaduse muutmise eelnõu kohaselt soovitatakse aga veel enam rõhuda hindade alandamisele. Eelnõuga muudetakse §45 pealkirja sõnastust. Pealkiri „Hinnakokkuleppe sõlmimine“ asendatakse pealkirjaga „Hinnakokkuleppe sõlmimine ja muutmine“. Eelnõu kohaselt, kui hinnakokkuleppes sätestatud hind on kujunenud kõrgemaks Euroopa Liidu liikmesriikides kehtivast hinnast, esitab Sotsiaalministeerium ravimitootjale hinnakokkuleppe muutmise taotluse ravimi hinna muutmiseks. Seega hinnakokkuleppe

pikendamiseks või muutmiseks võrreldakse Eestis kehtivat hinda määrukses nimetatud kolmes liikmesriigis ning kõrgema hinna korral algatab Sotsiaalministeerium hinnakokkuleppe muutmise (Ravikindlustuse...2013).

Probleemi, et Eestis on ravimite hinnad kõrgemad kui teistes sarnase arengutasemega riikides (Lätis, Leedus, Slovakkias), on välja toonud ka Riigikontroll. Selle peamiseks põhjuseks võib pidada ravimihindade tõhusamat ohjamist nimetatud riikides – regulatsioonid mitte ainult ühekordseks hinna fikseerimiseks vaid ka regulaarseks kaasajastamiseks vastavalt sellele, kuidas on hinnad teistes liikmesriikides muutunud (Ravimite hüvitamise korraldus 2012).

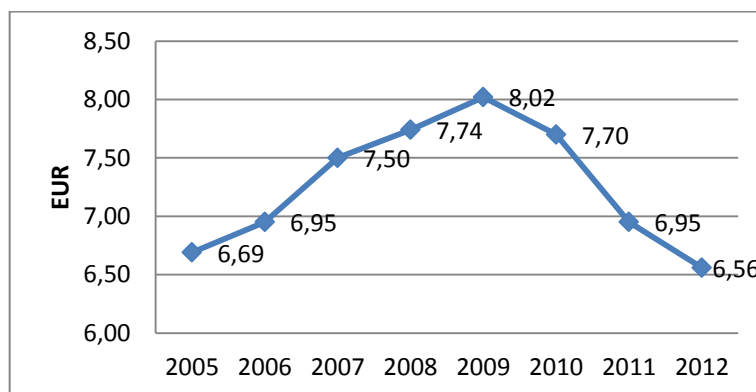
Patsiendi omaosaluse ohjamisel on kaks põhjust - patsiendipoolne ja riiklik tasand. Kui otseselt on omaosaluse probleem justkui vaid patsiendikeskne, siis realselt puudutab see siiski ravikindlustust üldisemalt. Kuna Haigekassa kompenseerib ravimit lähtuvalt piirhinnast (või kokkuleppehinnast), siis tema poolt kompenseeritav summa ei sõltu tõepoolest ostetavast ravimist, küll aga mõjutab inimese poolt apteegis makstava summa suurust. Kaudselt aga mõjutab inimeste tehtav ravimivalik ravikindlustust küll. Kui Eestis ostetakse piisaval määral odavamaid geneerilisi ravimeid, siis on geneerilistel ravimitootjatel huvi siin oma ravimeid turustada. See tähendab, et ravimite hinnad võivad langeda ning Haigekassa saab sama raha eest võimaldada rohkem vajalikke teenuseid, ravimeid vms. Lisaks paraneb ravisoostumus, ei jäeta ravikuuri pooleli ravimi kalli hinna tõttu ja haigused saavad paremini ravitud. Kui inimesed on tervemad, siis on kogu ühiskond võitnud sh ka rahaliselt, sest ei teki ravimtarbimise häiretest tingitud alternatiivkulusid (Terviseedenduse prioriteedid 2013).

2009. aastal avaldati Eesti ravimisektorit käsitlev ülevaade ka Maailma Tervishoiuorganisatsiooni poolt, milles toodi välja, et lisaks ravikindlustuskulude kasvule ravimite kompenseerimisel on Eestis pidevalt kasvanud ka patsiendi omaosalus. Maailma Tervishoiuorganisatsiooni soovitus Eestile oli teiste meetmete kõrval rakendada omaosaluse vähendamiseks ka geneeriliste ravimite suuremat kasutuselevõttu (Kanavos et al 2009).

Selles valguses on Eesti ravimipoliitikas joonistunud selgelt kaks suunda, millest üks on geneeriliste ehk analoogravimite osakaalu suurendamine ning teine patsientide omaosaluse vähendamine ravimite ostul.

Aastani 2009 kasvas patsiendi osalusmäär pidevalt, ulatudes 2009. aasta lõpus 8,02 euronit ühe soodusretsepti kohta. Samas 2012. aasta Raviameti statistika kohaselt oli

soodusretseptiga määratud ravimite omaosaluse tase, võrreldes 2009. aasta tipptasemega, 17% soodsam, makstes 6,65 eurot retsepti kohta (vt Joonis 8).



Joonis 8. Patsiendi omaosalus retsepti kohta

Allikas: (Ravimiameti statistika...2012)

Omaosaluse minimeerimise peamiste eeldustena on Haigekassa nimetanud (Laidmäe 2013):

- a) toimeainepõhine retsept;
- b) piirhinda mitteületavate ravimite reaalne olemasolu apteekides;
- c) teadlikkuse kasv ning reaalne toimimine – arst, apteeker ja patsient on valmis soodsamaid ravimeid nii soovitama kui ka ostma.

Üheks olulisemaks meetmeks patsiendi teadlikkuse tõstmisel ning seeläbi oma käitumise muutmisel ravimivalikul on sotsiaalkampaania. Haigekassa ongi tänaseks juba neli korda korraldanud sotsiaalkampaania, mille eesmärk on juhtida patsientide tähelepanu nn mõistliku ravimitarbimise suunas – see tähendab tõsta inimeste teadlikkust originaal- ja geneerilisest ravimist, lootuses vähendada seeläbi inimeste omaosalust ravimite ostul.

Järgnevas alapunktis kirjeldab autor kasutusele võetud sotsiaalkampaaniate sisu ja eesmärged.

2.4. Ravimipoliitika raames tehtud sotsiaalkampaaniate eesmärgid ja tutvustus

Ravimipoliitika raames on tänaseks läbiviidud kaks erinevat kampaaniat (kokku neli tsüklit, 2x2). Kampaania üldnimed olid: „Erinevus on ravimi hinnas” ning „Sama kvaliteet, soodsam hind“. 2010. aasta septembris alustas Haigekassa sotsiaalkampaaniat „Erinevus on ravimi hinnas“, eesmärgil vähendada nende patsientide hulka, kes teevad apteegis ebasoodsaid valikuid teadmatusel või tagasihoidlikkuse tõttu. Kampaania on suunatud peamiselt täiskasvanutele (eeskätt üle 40-aastastele).

Haigekassa reastas kampaania eesmärgid järgnevalt (Ravimikasutuse...2011):

- 1) teavitada patsienti, et tihti on võimalik valida toimelt ja kvaliteedilt samaväärsete kuid erineva hinnaga ravimite vahel;
- 2) julgustada patsienti küsima endale soodsaimat alternatiivi nii arstivisiidil kui apteegist ravimit ostes;
- 3) vähendada inimese omaosalust ravimite ostmisel, tulenevalt sellest, et tema teadlikkus valikuvõimalustest paraneb, ning seeläbi tehakse ratsionaalsemaid valikuid.

Eesti patsientide ravimikasutusanalüüsid on näidanud, et ostetakse kallimaid ravimeid, kuigi odavamad samaväärsed alternatiivid on samuti apteekides müügil. Mõnede toimeainete korral valiti kõige odavam ravim koguni vähem kui 5% juhtudest. Ravimite kasutust puudutavat kampaaniat korraldati 2011. aastal kahel korral - märtsis ja novembris – ning kampaania kanaliteks olid: (Ravimikasutuse... 2011)

- a) Uudis Haigekassa koduleheküljel.
- b) Kanal2, Tv3, PBK jt seotud kanalites kampaania teleklipi esitused.
- c) Bussiootepaviljonid ja piilarid Tallinnas, Tartus, Pärnus, Narvas, Viljandis,
- d) Kuressaares, Rakveres, Haapsalus ja Jõhvis.
- e) Reklaam maakonnabussides.
- f) Veebileht.
- g) Bänner Haigekassa kodulehel.
- h) Artiklid suuremates päeva- ja nädalalehtedes.
- i) Muud tegevused (nt esinemised teabepäevadel, konverentsidel)

Kuna Haigekassa info kohaselt kampaaniajärgselt toimeainepõhiste retseptide osakaal tõusis, korraldati Eesti Haigekassa eestvedamisel jätkukampaania, mille eesmärk oli sama kui eelmiselgi kampaanial, tõsta elanikkonna teadlikkust retseptiravimite valikul ja vähendada omaosalust ravimite ostul. Selle kampaaniaga püüti aga kaasata ka arst ja apteeker. Kampaania tunnuslause oli seekord, „Küsi arstilt toimeainepõhist retsepti ja apteekrilt soodsaimat ravimit!“. Kampaania üldnimetus oli „Sama kvaliteet, soodsam hind“. Kampaania periood oli 21.10-02.12.2012. Kampaania kanalid olid samad kui eelmise kampaania korral.

Kokkuvõtlikult toimusid vaadeldavad kampaaniad järgmistel aastatel ja järgmistel täiskuudel:

- 1) september 2010,
- 2) märts 2011,
- 3) november 2011,
- 4) november 2012.

”Soodusravimite omaosaluse vähendamine on haigekassa lähiaastate prioriteet. Peame väga oluliseks, et ravimite kõrge omaosalus ei oleks takistuseks vajaliku ravimi kasutamisel ning üks oluline samm omaosaluse vähendamisel on patsientide teadlikkus oma õiguste osas retseptiravimite ostmisel“, on rõhutanud Haigekassa juhatuse esimees Tanel Ross (Uudiste arhiiv 2013).

3. UURIMUSLIK OSA

3.1. Metoodika - andmekogumise põhimõtted, uurimisulatus, valim ja ajaline dimensioon

Uurimusliku osa eesmärk on selgitada, kas ravimipoliitika peamine meede, sotsiaalkampaania, on aidanud reaalselt saavutada ravimitarbimise valdkonna peamist eesmärki, milleks on geneerilistes ravimigruppides patsientide omaosaluse vähenemisele. Teised kaks peamist meedet sotsiaalkampaania kõrval on toimeainepõhise retsepti kohustus arstidele ja soodsaima ravimi olemasolu apteegis geneerilises ravimgrupis.

Autor ei vii läbi sotsiaalkampaania märgatavust hindavat uurimust, sest seda on juba tehtud. Esimese kampaania märgatavust hinnati magistritööga (Trumm 2012) ning mõlema kampaania ühe tsükli märgatavust jt tulemusi on kokkuvõtlikult hinnanud TNS Emor (EMOR 2011, 2013). Probleem on aga selles, et need tulemused ei anna alust väitmaks, kas kampaania oli edukas või mitte. Teoreetilisest osast selgus, et märgatavuse hindamine on vaid üks osa sotsiaalkampaania vajalikest hindamisetappidest. Samuti ei anna märgatavuse hindamine vastust, kas ja millisel määral muutsid kampaaniad reaalselt patsientide omaosalust, mis oli kampaania korraldamise eesmärk.

Uurimisülesannete teostamisel (vt Lisa 1) viib autor läbi põhjaliku teiseste andmete analüüsi ning teostab ankeetküsitluse, et saada vastused nendele küsimustele, mille osas autoril andmeid leida ei õnnestunud. Teiseste andmete statistiline analüüs jääb ajavahemikku kaks aastat enne esimese kampaania algust kuni 2013 aasta lõpuni, seega vaadeldavasse perioodi jäävad mõlema korraldatud kampaania mõlemad tsüklid (2x2), täpsemalt on uurimuse ajaline dimensioon 01.01.2009 kuni 31.12.2013.

Andmekogumismeetodeid on töös kaks:

- 1) esmaste andmete kogumine (struktureeritud ankeet),
- 2) teiseste andmete kogumine (kirjeldav, arutlev (avastav), analüütiline).

Andmekogumise meetodid on töö eesmärgist lähtuvad, kasutatakse kirjeldavat ja analüütilist lähenemist. Ühte konkreetset meetodit ei kasutata, sest autor ei näinud võimalust ühe analüüsimeetodiga ja vaid ühtede andmete foonilt anda vastust püstitatud uurimisküsimusele. Töös kasutatakse meetodite kombineerimist vastavalt uuringu ülesehitusele, hõlmates kolme uuringuetappi: uuringu planeerimine, andmetekogumine ja analüüs. Uuring on ülesehituslikult kaheetapiline ning analüüs on järjestikune. Esimene osa (teiseste andmete analüüs) on enamasti seletust otsiv. Seejärel püstitatakse teist tüüpi uurimisülesanne, mis peaks olema enamasti kinnitust otsiv ning mille rõhk on rohkem respektiivne, ehk annab olulise aluse järelduste ja sealt edasi ettepanekute tegemiseks. Teiseste andmete analüüs on retrospektiivse tähendusega ning annab uurimisküsimusele kas ümberlukkava või kinnitava vastuse. Andmete kogumisele järgneb analüüs ja järelduste tegemine. Kahe uuringupoole järelduste põhjal luuakse meta-järeldus ehk uuringu kokkuvõte.

Analüüsis kasutatakse programmi MS Excel. Teiseste andmetena kasutatakse antud teemat puudutavaid või seostuvaid varasemaid uurimusi, statistilisi andmebaase ravimikasutuse, piirhindade, hinnakokkulepete jm kohta. Ravimimüüke käsitlev informatsioon ning muu ravimiteave (hinnakokkulepped, piirhindade info jne) on kättesaadav Sotsiaalministeeriumi ja Ravimiameti infoallikatest. Müügistatistiliste andmeallikatena on töös kasutusel Eesti Haigekassa poolt väljastatavad andmed, mis kajastavad infot ravimipakendite müügi, samuti retseptide ning soodusmäära osas. Info allikana kasutab autor veel Ravimiameti ja Apteekide Infotehnoloogia OÜ poolt väljastatavat konsolideeritud ravimikasutusinfot (piiratud ligipääsuga allikad). Ravimiameti statistika on kvartaalselt kajastatav ning põhineb hulgimüüjate aruannetel. Apteekide Infotehnoloogia OÜ loodud infosüsteemi Medicube andmebaasid kajastavad andmeid, mida saadakse apteegi tasandil.

Teiseseid andmete analüüsi peamine eesmärk on uurimisküsimustele vastust otsiv. Andmeid kasutatakse, et hinnata toimeaineturgude suurust, geneeriliste ravimite esinevust, originaalravimi osakaalu, geneeriliste ja originaalravimi hinnasuhet, keskmist ravipäeva maksumust, ravimite hinda, piirhinna muutuseid, välditavat hinda jne, ehk seda, mis on vajalik uurimisküsimustele vastamiseks. Teiseste andmete uurimuses kasutab autor nii juhtumi- kui võrdleva uurimuse meetodeid. Esmalt teostatakse kvantitatiivne analüüs, seejärel võrreldakse saadud näitajaid eelnevate ravimikasutuse kohta toodud hinnangutega (Haigekassa hinnang, Ravimiameti andmed, Riigikontrolli aruanne jt), samuti kampaniate märgatavuse kokkuvõtetega (EMOR 2011, 2013; Trumm 2012).

Esmaste andmetena kasutatakse struktureeritud ankeetküsitluse vastuseid, millele tuginedes viib autor läbi andmete analüüsi (võrdlev statistiline analüüs). Esmaste andmete kogumiseks koostatud ankeetküsitlus (Lisa 9) jagati sihtgrupile 3 erineval, just perearstidele mõeldud koolitusüritustel. Küsimustiku jagamisel rõhutati anonüümsust ning täitmine toimus loengusaalis, mis tagas väga kõrge täitmise protsendi (93% ankeedi saanutest täitsid selle ka ära). Kokku sai kasutada jagatud ankeetidest 84%, sest osad olid kas poolikult või valesi täidetud. Valimi suurus oli 150 ning analüüsi liideti vastavalt 126 ankeeti. Vastamises osalenud arstid olid Tallinnast ja Harjumaalt (48%, so 61 arsti), Tartu, Viljandi ja Valgamaalt 32%, so 40 arsti) ja Lääne- ja Ida-Viru maakonnast (20%, so 25 arsti). Autor analüüsib saadud esmaseid andmeid ka regionaalselt, vanusegrupiti ja tööstaaži alusel, et leida vastus, kas nende näitajate ning retseptikirjutamise harjumuste vahel on olemas korrelatsioon.

Esmaste andmete analüüsis kasutab autor vajadusel Microsoft Office Exceli analüüsi- ja statistikatarkvara. Tunnuste vaheliste seoste kirjeldamiseks kasutab autor korrelatsiooni. Seejärel liidetakse nii esmased kui teisesed andmeanalüüsi tulemused, mille põhjal luuakse meta-järeldus ehk uuringu kokkuvõte.

Saadud tulemusi kasutab autor aruteluks, mille eesmärk on teha ettepanekuid ja anda soovitusi edasiseks. Täpsemalt on analüüsimeetodid ja andmekogumise põhimõtted ära toodud mõlemas uurimuslikus osas eraldi (esmaste ja teiseste andmete analüüs).

3.2. Teiseste andmete analüüs

3.2.1. Sotsiaalkampania mõju hindamine varasematele uuringuallikatele ja kokkuvõtetele tuginedes

Uurimisprobleemi lahendamiseks vajaliku info kogumisel töötas autor läbi rida allikaid, et kasutada maksimaalselt ära juba olemasolevad teadmised ning siduda need hiljem autori enda poolt kogutud andmetega, mille kohta teadmised puuduvad. Autor kaasas analüüsi suhteliselt suurel hulgal erinevaid algallikaid, et välistada uurimuste dubleerimist. Järgnevalt toob autor välja kõige olulisemad andmed teisestest allikatest, mis käesoleva töö kontekstid ning uurimisprobleemi lahendamise seisukohalt on olulised.

- 1) Haigekassa hinnangul on toimeainepõhiste retseptide osakaal (2013. aasta 9 kuud) võrreldes möödunud aastaga kasvanud ligi 10%. Seega on paranenud inimeste võimalus apteegis valida endale soodsam ravim. Haigekassa andmete analüüsist selgus, et kulud ravimitele on küll vähenenud (vt Joonis 8), kuid puudub info, milliste ravimite arvelt see on tekkinud. Kuna sotsiaalkampaania puudutab just geneerilisi ravimeid, siis neid eraldi väljatoomata ja analüüsivõimaluseta ei saa seda võtta sotsiaalkampaania mõjuna. Haigekassa toob välja, et sotsiaalkampaaniad on olnud tulemuslikud, kuid samas puuduvad andmed, mis seda tulemust objektiivselt hindaksid. Samuti oli Eesti endiselt ka 2013. aasta andmete järgi patsiendi omaosaluselt Euroopa kõrgemate seas. Kokkuvõtvalt on Eesti Haigekassa hinnangul teavituskampaania tulemused olnud positiivsed kuid hinnangud on vaid subjektiivsed ning puuduvad analüütilised andmed nende seisukohtade kinnitamiseks.
- 2) Esimese sotsiaalkampaania märgatavust hinnanud magistr töö hindas sotsiaalkampaania kokkuvõtlikult, et kampaania on osaliselt tõstnud tarbijate teadlikkust kuid käitumismuutusi on see kaasa toonud vähe (Trumm 2012). Töö hindas esimese kampaania („Erinevus on ravimi hinnas“) märgatavust ning mõju ostukäitumisele. Uurimusest selgus, et kampaaniat märkas 44% vastajatest ning nendest 57% oli ka juba varem teadlik originaalravimi ja koopiaravimi erinevustest. Mittemärkajaid oli enim kõrgemas eas olevate patsientide hulgas (üle 80 eluaasta) ning nende seas, kes tarvitasid vaid ühte ravimit (31%). Kampaania märkajate proportsioon oli oluliselt kõrgem kolme ja enama retseptiravimi tarvitajate hulgas (58%), mida autor seostas juba varasema teadlikkusega antud valdkonnas. Käesoleva magistr töö autor peab neid teadmisi oluliseks, et patsientide arvates mõjutab retseptiravimi valikut kõige enam arst ja alles siis hind, samas kui arstid arvavad vastupidi. See teadmine on käesoleva töö autori arvates väga oluline aspekt uute kampaaniate korraldamisel. Seda teadmist plaanib autor kindlasti arvesse võtta ettepanekute tegemisel, sidudes seda statistilise analüüsi ja esmaste (ankeetküsitluse) andmete tulemustega.
- 3) **TNS Emori hinnangul** oli esimese kampaania märgatavus 41% (EMOR 2011) , mis kattub eelnevalt kirjeldatud magistr töös väljatooduga. Oluline tähelepanek on siinkohal see, et jätkukampaania märgatavus oli juba oluliselt kõrgem, mis kinnitab sotsiaalkampaaniate kordamise vajalikkust, nii nagu teooria osas oli välja toodud

(EMOR 2013). Allikatest nimetati kõige enam välimeediat, millel järgnes televisioonis ja apteek. Jätkukampaaniaga (novembris-detsembris toimunud) jõuti telemeedia monitooringu andmetel 1 122000 inimeseni (87,8% kogu mõõdetavast rahvastikust). Neist peaaegu pooltele on kampaania hinnanguliselt avaldanud positiivset mõju. Järgnevas tabelis koondab töö autor antud töö konteksti kohaselt olulisimad näitajad ühtsesse tabelisse, et näha näitajate muutumist kahe kampaania järgselt. Selle muutusega soovib autor hiljem leida seoseid reaalselt ravimitarbimist peegeldava analüüsi käigus (müügi- ja retseptistatistika).

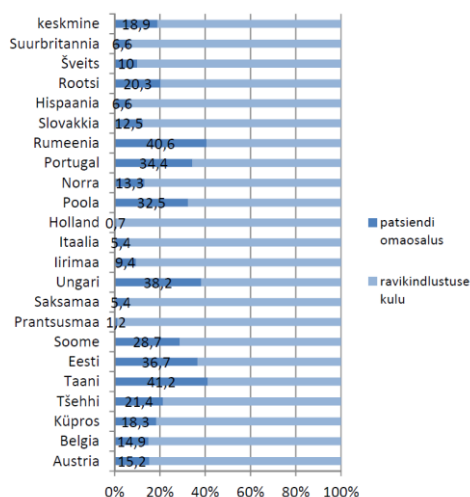
Tabel 3. Sotsiaalkampaaniate peamiste tulemuste võrdlus

Näitajad	Kampaania "Erinevus on ravimi hinnas."	Kampaania "Sama kvaliteet, soodsam hind!"
Märgatavus (vähemalt 15-aastased ja vanemad)	41%	90%
Märgatavus (esmasest sihtrühmas, 50-aastased ja vanemad)	45%	89%
On arstiga vestelnud erinevatest ravimitest (kampaania ajendil)	30%	32%
Teadlikkus toimeainepõhisest retseptist	48%	61%
On kirjutatud toimeainepõhine retsept	32%	41%
Apteeker on pakkunud soodsama ravimi	33%	40%
Patsient on ise küsinud soodsama ravimi	7%	12%
Pidasid kampaaniat õnnestunuks	72%	73%

Allikas: (TNS Emori 2011 ja 2013 aasta uuringute põhjal). Autori koostatud.

- 4) Riigikontrolli hinnangul ei ole riigi tegevus soodusravimite hüvitamise korraldamisel olnud tulemuslik, kuna suur osa ravimeid kirjutatakse endiselt välja raviminime, mitte toimeainenime järgi, ravimid on kallimad kui mitmetes teistes riikides ning patsiendi omaosalus on ravimite ostmisel üks Euroopa suuremaid. Riigikontrolli audit tõi võrreldavate andmetena välja, et auditeeritava perioodil (1.08.2011-6.09.2012) kirjutati toimeainepõhisena välja kõigest 45% retseptidest, mis auditi jooksul suurenes 68%ni. Riigikontrolli hinnangul on mitte-toimeainepõhise retsepti väljakirjutamine üks oluline põhjus, miks on Eestis üks kõrgemaid patsiendi omaosalusi. Joonisel 9 on ära toodud erinevate riikide patsientide omaosaluse tase. Eestis on see Euroopa riikidest üks kõrgemaid. Riigikontroll nägi suure omaosaluse juures ohtu ka patsientide ravisoostumusele, suur omaosalus võib olla üheks takistuseks ravimite

väljaostmisel ning nende korrapärasel tarbimisel, mis omakorda mõjutab tuleviku tervishoiukulutusi. Riigikontrolli ühene arusaam oli, et praegune ravimipoliitika ei ole vastuvõetav ja ei ole suutnud tagada patsientide omaosaluse vähenemist. Riigikontrolli hinnangul tuleks kaasata kõik osapooled, et tulemuseni jõuda ning kasutama peaks erinevaid võimalikke meetodeid. Ühe olulise taksitusena omaosaluse vähendamisel nägi Riigikontroll arstide ja ka apteekrite määrustest mitte kinnipidamist. Sotsiaalministeeriumi määruse kohaselt tuleb kirjutada toimeainepõhist retsepti. Kui aga kirjutatakse ravimi nimega retsept, peab retseptil seisma ka põhjendus. Määruse järgi peaks see olema meditsiiniline. Ometi sai autor oma ankeetküsitlusega teada, et otseselt „meditsiinilist põhjust“ siiski pole, kui eelistatakse kindlat ravimit (vt Peatükk 3.3.3.). Riigikontrolli hinnangul tuleks need põhjused üle vaadata ning välja selgitada millised neist võiksid olla aktsepteeritavad kõikidele osapooltele ja teha nende järgimine kohustuslikuks³. Riigikontroll hindas ka soodusravimite väljaostmist piirhinnaga või sellest madalama hinnaga. Analüüsi tulemused näitasid, et 75%-100% soodustatud ravimitest ostetakse piirhinnaga või sellest madalama hinnaga välja umbes 65% ravimitest. Seega välditav patsientide omaosalus on 45%, mis kattub täiesti ka antud magistritöö autori analüüsiga enim kasutatava retseptiravimi näitel (vt Peatükk 3.4.).



Joonis 9. Ravimite omaosalus erinevates riikides 2008. Aastal.

Allikas: (EFPIA 2010)

³ Retseptide väljakirjutamist saavad kontrollida Terviseamet ja Eesti Haigekassa. Terviseametil on järelevalve kohustus, Haigekassa kontrollib ravimite hüvitamise õigsust ja põhjendatust.

Sotsiaalkampaaniat näeb Riigikontroll vaid ühe osana meetmetest patsiendi omaosaluse vähendamisel. Täpselt samal arvamusel on ka käesoleva töö autor.

3.2.2. Sotsiaalkampaania mõju ravimikasutusele müügistatistikale tuginedes (analüüs enimkasutatud toimeaine metoprolool näitel)

Eesti ravimiturg on pidevalt kasvav. Antud töös vaadeldava perioodi jooksul kasvas Eesti ravimiturg rahas 22%. Täpselt samapalju kasvas ka retseptiravimite osa. Retseptiravimid moodustavad ravimituru kogukäibest keskmiselt 86% ja see on olnud läbi aastate muutumatu.

Antud töö kontekstist lähtuvalt on aga oluline vaadata ravimihindade ning -ühikute suhet. Vaadeldaval perioodil kasvas ravimiturg ühikutes aga vaid 10% ehk kasvutempo oli enam kui kaks korda madalam kui hindade kasv, mis kindlasti ei toeta mõistliku ravimitarbimise mõõdikuid.

Nagu teada, on retseptiravimite seas ka uued ja innovaatilised ravimid, mis liituvad turule kõrge hinnaga. Kõige kallimad ravimid kuuluvad reeglina kasvajatevastaste ja immuunmoduleerivate ainete hulka. ATC klassifikatsioon⁴ järgi gruppi „L“. Vaadeldaval perioodil (2009 – 2013) tõusis selle grupi keskmine ravimihind 36,8% (vt Tabel 4). Kui aga rääkida mõistliku ravimitarbimise kontekstis, siis on oluline vaadelda neid turge, kuhu on lisandunud geneeriline konkurents.

Tabelis 4 toodud hinnamuutus on ka aluseks valimile, mida magistr töö autor hakkab analüüsima, et saada vajalikud sisendid vastamaks uurimisküsimustele, mis püstitati Magistr töö probleemist lähtuvalt. Autor peab õigeks võtta valikusse see ravimgrupp ATC klassifikatsiooni alusel, mis on geneerilisele konkurentsile olnud kõige enam avatud ning milles on kogu vaadeldava perioodi jooksul ka olnud geneeriline konkurents. Tegemist peaks olema laialt kasutatava toimeainegrupiga ning selles grupis peaks olema olnud hinnaerosioon, ehk mis hüpoteetiliselt peaks toetama mõistliku ravimitarbimise eesmärki – vähendada patsiendi omaosalust. Sellest lähtuvalt valis autor analüüsiks grupi „C“

⁴ ATC klassifikatsioon - Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) poolt välja töötatud ravimite anatoomilis-terapeutilis-keemiline klassifikatsioon, kus toimeained ja nende kombinatsioonid on jagatud erinevatesse rühmadesse vastavalt elundile või elundüsteemile, millesse nad toimivad, ning nende farmakoloogilistele ja keemilistele omadustele. Klassifikatsioon sisaldab kokku 14 põhirühma koos alamrühmadega.

(kardiovaskulaarsüsteemi ravimid). Lisaks on selles ravimgrupis toimunud ka kõige enam generaliseerumist, ehk on liitunud enim geneerilisi tooteid.

Tabel 4. ATC grupi ravimite keskmiste hindade muutus vaadeldaval perioodil

ATC grupp	Aasta					
	Muutus 2008/ 2009	Muutus 2009/ 2010	Muutus 2010/ 2011	Muutus 2011/ 2012	Muutus 2012/ 2013	Muutus 2009/ 2013
A- seedetrakt ja ainevahetus	0,2%	-3,3%	0,2%	3,2%	0,9%	0,9%
B- veri ja vereloomeorganid	15,4%	-2,0%	-18,3%	10,5%	4,3%	-7,8%
C- kardio- vaskulaarsüsteem	2,6%	-3,3%	-10,3%	-3,4%	-2,8%	-18,5%
D- dermatoloogilised ravimid	-1,1%	1,7%	3,0%	-1,3%	-2,9%	0,4%
G- urogenitaalsüsteem	-3,7%	-0,5%	-2,7%	-0,1%	3,0%	-0,4%
H- süsteemsed hormoonpreparaadid	8,6%	10,0%	1,8%	1,2%	3,3%	17,0%
J- infektsioonivastased ained süsteemseks kasutamiseks	12,2%	-0,5%	-0,8%	7,9%	2,8%	9,4%
L- kasvajavastased ja immuunmoduleerivad ained	6,6%	8,7%	14,6%	2,6%	7,1%	36,8%
M- skeleti- ja lihassüsteem	2,5%	-7,5%	-2,3%	-0,2%	-1,1%	-10,8%
N- kesknärvisüsteem	0,5%	-1,2%	-3,5%	-4,6%	-2,9%	-11,7%
P- parasitidevastased ained	5,0%	3,9%	-3,4%	-3,7%	-6,2%	-9,4%
R- hingamissüsteem	1,7%	4,2%	-1,5%	3,1%	-3,4%	2,2%
S- meeorganid	4,7%	-5,9%	-5,3%	-1,1%	0,4%	-11,4%

Allikas: (Ravimiameti statistika 2007-2013). Autori koostatud

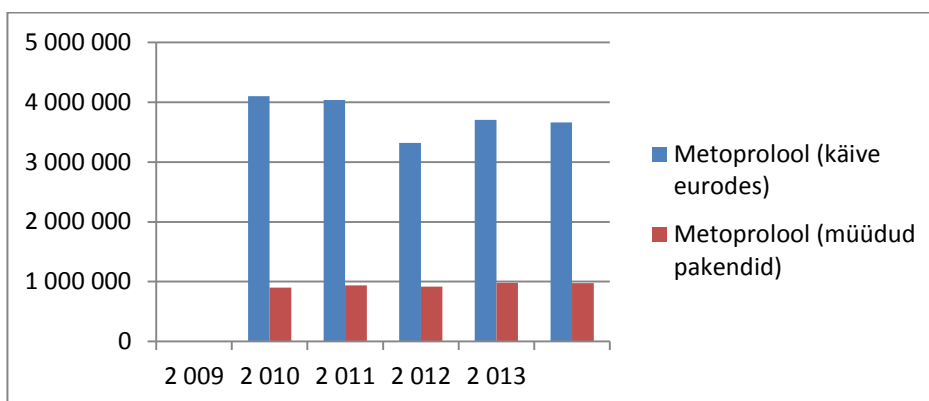
Südame-veresoonkonna haigused on Eestis üks levinumaid haigusi ning kui järjestada Eestis enimkasutatud ravimid, siis esikümnesse mahub kuus südame- veresoonkonnahaiguste ravimit (vt Lisa 4). Suurim alagrupp selles rühmas on hüpertensiooni⁵ ravimid. Enimmüüdüd toimeaine on metoprolool. Metoprolool kui erinevate raviminimede toimeaine kokku on ülivõimsalt enimtarbitud retseptiravim Eestis. Seetõttu valiski autor analüüsiks just selle toimeainegrupi.

Käesoleva analüüsi eesmärk on analüüsida suurima toimeaineturu näitel, kas ja kuidas on geneeriline konkurents ja sotsiaalkampaaniad mõjutanud ravimitarbimist. Autor jälgib vaadeldaval perioodil toimeineturu käibe, kasutamise, keskmiste hindade, piirhindade ning patsientide omaosaluse muutusi, samuti originaalravimi turukäitumist, eraldatuna

⁵ Hüpertensioon – ehk kõrgvererõhutõbi on püsivalt normaalsest kõrgem arteriaalne vererõhk

geneerilisest turust, nende hinna ja ravikasutuse muutusi ning nendevahelisi seoseid. Näitajate ajaline dimensioon oli kaks aastat enne kampaaniat kuni eelmise aasta lõpuni, täpsemalt siis 1.01.2009 – 31.12.2013.

Metoprolooli puhul on tegemist väga tugeva turupositsiooniga toimeainega ning väga tugeva originaaltoote brändiga. Originaaltoote (Betoloc Zoc) positsioon nii arsti, apteekri kui ka lõpptarbija teadvuses on endiselt väga tugev. Tegemist on originaalravimiga, millele ei lõpetatud turundustoetust ka pärast geneerilise konkurentsi lisandumist. Tavaliselt lõpetab originaaltootja geneerilise konkurentsi lisandumisel oma tootele toetustegevuse ning ettevõtte toetusvõimekus suunatakse ümber uutele või uuematele originaaltoodetele, kus kogu müügitulu jääb vaid originaaltootjale. Metoprolooli tarbimine vaadeldaval perioodil (2009 – 2013) oli kasvava, kuid käive seevastu langeva trendiga (vt Joonis 10).

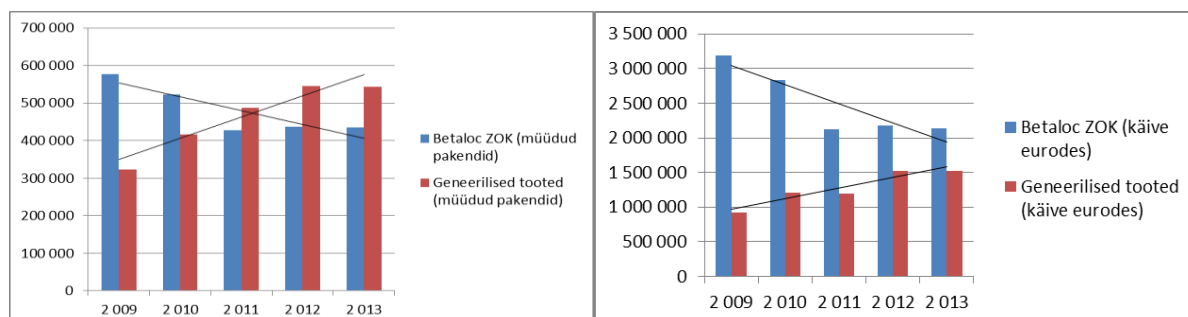


Joonis 10. Metoprolooli maht müüdüd pakendites ja käive eurodes vaadeldaval perioodil
Allikas: (Ravimiameti statistika 2007-2013). Autori koostatud

Vaadata neid trende koos, siis on näha, et käibe langus on oluliselt laugem kui seda on tarbimise kasv. Vastassuunaline seos on küll olemas, aga see on suhteliselt nõrk ($r = -0,2$). Hinna suhtelise muutuse ja tarbimise muutuse elastsuskoeffitsient perioodi alguse ja lõpu muutusena oli $E = 0,4$ (hinna muutus -21% ja tarbimise muutus 9%). Tegemist on alaelastse ehk mitteelastse nõudlusega, mis tähendab, et hinna suhteline muutus tingib nõutava koguse suhteliselt väiksema muutuse.

Vaadates toimeaineturu siseselt originaaltoote ja geneeriliste toodete trende perioodi jooksul eraldi, siis on nende trendid oluliselt erinevad. Joonisel 11 on näha, et originaaltoote

ja geneeriliste toodete kasutamine on selgelt vastassuunalises sõltuvuses ($r = -0,95$), mis näitab, et originaaltoote tarbimise vähenemine suurendab geneeriliste toodete kasutamist.



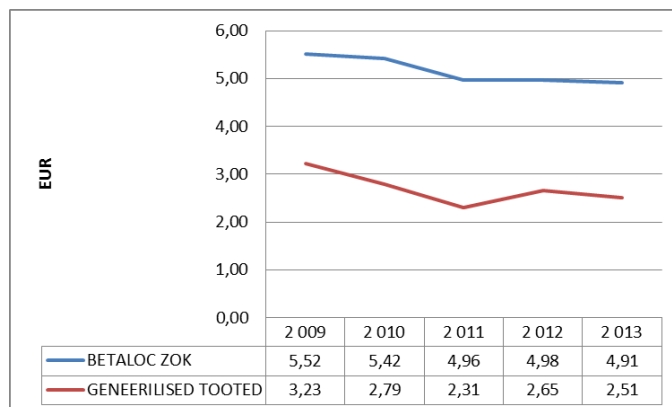
Joonis 11. Metoprolooli maht müüdü pakendites ja käive eurodes vaadeldaval perioodil (originaaltoode vs geneerilised tooted kokku)

Allikas: (Ravimiameti statistika 2007-2013). Autori koostatud

Samasugust trendi näitavad ka käibed. Perioodi jooksul oli originaaltoote ja geneeriliste toodete käibe vastassuunaline seos ($r = -0,8$). Samas on oluline täheldada, et kuigi käive originaaltootel langes ja tõusis geneerilistel toodetel, siis oli käibe langus toimeainegrüü kokku suhteliselt lauge. Märkimist väärü kindlasti asjaolu, et originaaltoote puhul oli ravimi kasutamise ja ravimi käibe omavaheline seos 1, mis tähendab, et ravimi tarbimine ei sõltunud originaaltoote puhul hinnast (vt Lisa 5 ja 6).

Nagu eespool mainitud, siis toimeainegrüü keskmiste hindade suhteline muutus tingis tarbimise suhteliselt väikesema muutuse ehk tegemist oli mitteelastse nõudlusega, mis tähendab, et hinnalangus ei ole piisav motivaator tarbimise suurenemiseks. Lisas 5 on toodud toimeainegrüü olevate ravimite keskmised hinnad.

Vaadeldava perioodi jooksul langes küll keskmine hind antud toimeainegrüü -21% võrra, aga seda eeskätt geneeriliste toodete arvel. Originaaltoote hind langes perioodi jooksul -11% võrra ja geneerilistel toodetel kokku -23% võrra. Hinnamuutus oli nii originaaltoote kui geneeriliste toodete puhul sarnase dünaamikaga, kuid originaaltoote hind jäi kogu vaadeldava perioodi jooksul keskmiselt 48% kõrgemaks kui geneerilistel ravimitel (vt Joonis 12).



Joonis 12. Originaaltoote ja geneeriliste toodete keskmiste hindade muutus vaadeldaval perioodil. Allikas: (Ravimiameti statistika 2007-2013). Autori koostatud

Metoprolooli puhul on väga oluline välja tuua, et kogu vaadeldava perioodi jooksul muutus selle toimeainegrupi piirhind vaid ühel korral, mil turule lisandus kaks uut toodet, mõlemad oluliselt madalama hinnatasemega kui oli varasem keskmine hind⁶. See viis loomulikult piirhinna langusele ja seda märkimisväärselt (-24%). Tänapäevaks on need mõlemad tooted turult lahkunud ning hinnatase selles toimeainegrupis on püsinud muutumatuna. Kuna piirhinna langetamisel alandasid oma toodete hinda ka teised tootjad, siis ei toonud nende kahe kõige odavama ravimi lahkumine turult kaasa piirhinna tõusu, mida on praktikas samuti ette tulnud.

Antud töö kontekstis on aga oluline siduda neid näitajaid toimunud sotsiaalkampaaniatega. Nii nagu Riigikontrolli raportist ja samuti antud töö ankeetküsitluste vastustest selgus, siis tunnistasid arstid, et kampaania mõju on nende puhul kõige enam täheldatav vahetult peale kampaaniat (Järgmises peatükis toob autor välja tulemused ankeetküsitlusele, millest selgus, et 2,3 korda enam arste leidis, et sotsiaalkampaania mõju oli nende retseptikirjutamise harjumustele pigem vahetu ja lühiajaline kui pikaajaline kui pikaajaline toimega). Samasuguse seose tõid välja ka patsiendid, keda oli küsitletud Trummi magistratöös. Seetõttu on kõige õigem otsida kampaania peamist mõju vaadeldes eeskätt aega, mis jääb vahetult kampaania järgsesse perioodi. Esimene mõistliku ravimitarbimise kampaania algas septembris 2010, seega kampaania mõju võiks otsida alates 2010. aasta viimasest kvartalist. Samas eelmises lõigus kirjeldatud hinnamuutus langeb täpselt esimese kampaania aega.

⁶ Keskmine hind toimeainegrupis oli 3,8 eurot, uute lisandujate keskmine hind 2,26.

Põhjalikumat analüüsi teostamata võiks esimese kampaania ja kampaaniale seatud eesmärkide osas tõmmata paralleele ning väita, et kampaania mõju sellele toimeainegrupile oli edukas, sest kampaania toimumise kuul või selle järgneval kvartalil oli näha positiivseid muutusi mõõdikute osas, mis toetavad edukuse mõõtmist:

- a) langes ravimite keskmine hind toimeainegrupis (-13%),
- b) kasvas ravimitarbimine (+26%),
- c) käibe kasv oli oluliselt väiksem kui tarbimise kasv (10%), mis viitab hinnaelastsusele,
- d) hinnalangus viis piirhinna langetamisele (-24%),
- e) tõusis geneeriliste ravimite turuosa (+21%),
- f) langes originaaltoote turuosa (-16%).

Kui aga mitte keskenduda vaid numbrilisele statistikale, siis võib väita, et otseselt kampaania mõju selles toimeainegrupis täheldatav pole, sest hinnalangus oli põhjustatud mitte kampaaniast, vaid uute geneeriliste ravimite turuletulekust ja seda vahetult enne esimese kampaania algust. Seega kõik need loetletud näitajad, mis küll täpselt sobituvad kampaania eesmärkidega, olid vaid ajutised ja olid kampaaniajärgse ajaga seotud juhuslikult. Kõik järgmised kampaaniad selliseid muutusi kaasa ei toonud, kohati toimis kampaania isegi vastupidiselt. Samade näitajate dünaamika järgmiste kampaaniate järgselt on toodud järgmises tabelis.

Tabel 5. Kampaanialt oodatavate tulemustenäitajate protsentuaalne muutus vahetult kampaaniajärgsel perioodil.

Muutujad	1. kampania-järgne kvartal	2. kampania-järgne kvartal	3. kampania-järgne kvartal	4. kampania-järgne kvartal	vaadeldav periood kokku
Keskmise hinna muutus toimeainegrupis	-13%	-1%	5%	1%	-21%
Ravimitarbimise muutus	26%	19%	-2%	-9%	9%
Käibemuutus	10%	18%	3%	-9%	-11%
Piirhinna muutus	-24%	0%	0%	0%	-24%
Geneeriliste toodete turuosa muutus (ühikuline)	21%	5%	0%	-1%	55%
Originaaltoote turuosa muutus (ühikuline)	-16%	-5%	0%	1%	-31%
Välditava (piirhinda ületava) summa osakaalu muutus	-7%	-2%	15%	2%	2%

Allikas: (Ravimite piirhinnad 2013). Autori koostatud

Antud töö kontekstis, mille probleem on, kas sotsiaalkampaaniad aitavad vähendada patsientide omaosalust retseptiravimite ostul, on aga kõige olulisem välja tuua nõ välditava, ehk piirhinda ületava summa osakaal. Metoprolooli toimeainegrupis on see keskmiselt olnud 45%, mis kampaania eesmärkidega võrdluses on väga kõrge. Üks oluline põhjus seisneb kindlasti väga tugevas originaaltoote turupositsioonis, mis on peale piirhinna langetust püsinud suhteliselt muutumatuna kogu vaadeldava perioodi jooksul, muutusega vähem kui 10% (vt Lisa 6).

Lisas 8 on toodud arvutuskäik keskmise piirhinna leidmiseks toimeainegrupis ning lisa 9 on näha piirhinda ületav ehk välditav summa. Nagu mainitud, keskmine välditava summa osakaal oli kogu perioodi jooksul 45%, mis tähendab, et peaaegu pool toimeainegrupi käibest moodustab välditav osa. Osa, mida ei oleks pidanud patsient maksma, kui oleks kasutatud piirhinna aluseid või piirhinnaga samapalju maksvaid odavamaid geneerilisi ravimeid.

Protsentuaalne muutus välditava (piirhinda ületava) summa osas just vahetult kampaania järgselt võrreldes sellele eelnenud perioodiga on ära toodud samuti tabelis 5. Nagu näha, siis välditav osa näitas olulist langustrendi vaid peale esimest kampaaniat (-7%), mis oli aga tingitud peamiselt ravimigrupi piirhinna langusest. Piirhinna langus andis mitmeid tulemusi, mis sobituvad kampaania ja ravimipoliitika ootustega, kuid analüüs näitas, et see seos oli juhuslik ning hilisemad kampaaniad sarnaseid muutusi kaasa ei toonud. Kohe, kui originaaltootja peale piirhinna muutust oma ravimihinda kohendas, jäi piirhinda ületav summa, mille enamuses moodustabki just originaalravim, samale tasemele, moodustades keskmiselt 45% käibest. Kolmanda kampaania järgselt, mil nii geneeriliste kui originaalravimi turuosa jäi muutumatuks, kuid langes selle toimeaine tarbimine 2%, tõusis kallima ravimi arvel ka patsientide omaosalus. Välditav summa kasvas eelmise kvartaliga võrreldes lausa 15%. See kampaaniajärgne aeg oli kõige kõnekamalt kõikide ootuste vastu, mis sotsiaalkampaaniaga olid püstitatud.

Kokkuvõttes saab väita, et sotsiaalkampaaniad ei mõjutanud metoprolooli, kui ühe kõige enam kasutatava toimeaine kasutamist selliselt, et see toetaks kampaania ja ravimipoliitika ootusi. Täpsemalt, patsientide omaosalus selles ravimigrupis ei langenud.

Järgmises peatükis teeb autor kokkuvõtliku ülevaate esmaste andmete osas, mis koguti ankeetküsitluse käigus ja mille tulemusi seob autor töö kokkuvõtvast osas teiseste andmete

analüüsidega, et saada laiahaardeline ülevaade, millelt teha järeldusi ja konkreetseid ettepanekuid.

3.3. Esmaste andmete analüüs. Perearstide retseptikirjutamise harjumused ja seos kampaaniaga

Käesolevat magistritööd kirjutama hakates otsis autor võimalikult palju informatsiooni selle kohta, mis puudutas mõistliku ravimitarbimise kampaaniaid, nende mõju, tulemuste analüüse ning erinevate instantside seisukohti. Autor leidis erinevate statistiliste analüüside tulemusi, hinnanguid ja ka ühe magistritöö, mis käsitles esimese mõistliku ravimitarbimise kampaaniat ning mille raames oli läbi viidud ankeetküsitlus. Ankeetküsitlusega hinnati eeskätt kampaania märgatavust. Paralleelselt patsientide küsitlusega oli läbi viidud ka arstide küsitlus, selgitamaks nende hinnanguid kampaaniasse. See uurimistöo ei peegeldanud aga arstide retseptikirjutamise harjumusi ning sotsiaalkampaania mõju nende retseptikirjutamise harjumustele. Kuna autor ei suutnud leida ka ühtki teist allikat, mis annaks infot arstide retseptikirjutamise harjumustest ja eelistustest ning kampaania mõjust sellele, siis viis autor läbi ankeetküsitluse, mille eesmärk on selgitada toimeainepõhise retsepti kirjutamise või mittekirjutamise põhjused. Küsimustik on ülesehitatud selliselt, et saaks vastused ka kampaania mõjust arstile, tema tegevusest ja hoiakutest sõltub kampaania tulem üliolulisel määral. Küsitlus sisaldab ka küsimust, mis on arsti peamine põhjus, kui ta kirjutab kindla raviminimega retsepti? Selline uurimus on Riigikontrolli poolt küll teostatud, aga see oli väikesemahuline ning piirdus kitsalt vaid kahe kardioloogilise ravimiga. Autor tahab näha, kas needsamad põhjused on ekstrapoleeritavad ka kogu retseptiravimite turule või on kardioloogilised ravimid kuidagi teistmoodi käituvad. Kuna toimeaineturu käitumist analüüsis autor just kardioloogilise ravimi näitel, siis on sellise seose olemasolu või puudumise fakt määrava tähtsusega.

Töö eesmärgi täitmiseks koostas autor ankeetküsitluse, mis oli suunatud perearstidele. Esmaste andmete kogumiseks koostatud ankeetküsitlus (Lisa 10) jagati sihtgrupile kolmel erineval, just perearstidele mõeldud koolitusüritustel (ajavahemik 12.03-17.04.2014). Küsimustiku jagamisel rõhutati anonüümsust ning küsitluse täitmine toimus loengusaalis, mis tagas väga kõrge täitmise protsendi. Jagatud ankeetidest sai siiski kasutada vähemaid, kui oli

täidetud, sest osad olid täidetud kas poolikult või valesti. Ankeetide jagunemist vastajate lõikes saab jälgida tabelis 6.

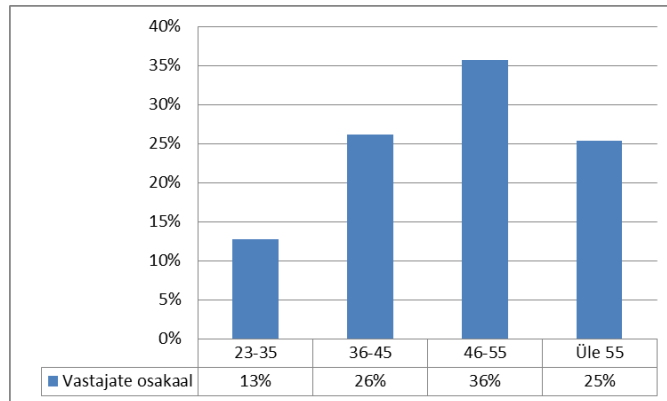
Tabel 6. Perearstidele suunatud küsitluse ankeetide jagunemine vastamiste ja maakondade järgi.

Ankeetide jagunemine	Absoluut- arv	Protsent
Jagatud ankeete kokku	150	100%
Vastanuid kokku	140	93%
Analüüsiks kasutatud ankeete kokku	126	84%
Vastajaid Tallinnast või Harjumaalt	61	48%
Lõuna Eesti (Tartumaa, Viljandimaa, Valgamaa)	40	32%
Lääne- ja Ida-Virumaa	25	20%

Allikas: (Ankeetküsitluse vastused). Autori koostatud

Autor analüüsib saadud esmaseid andmeid ka regionaalselt, vanusegrupiti ja tööstaaži alusel, et leida vastus, kas nende näitajate ning retseptikirjutamise harjumuste vahel on olemas korrelatsioon, kasutades selleks Microsoft Office Exceli programme (võimalusel korrelatsiooni või Pearsoni hii-ruut statistikut). Kuna aga valim on suhteliselt väike (126), siis kasutab autor seda võimalust vaid juhul, kui seos on selge, sest muidu võib tõlgendamisel eksida, kuna antud test (hii-ruut) on kasutamiseks suuremate valimite jaoks.

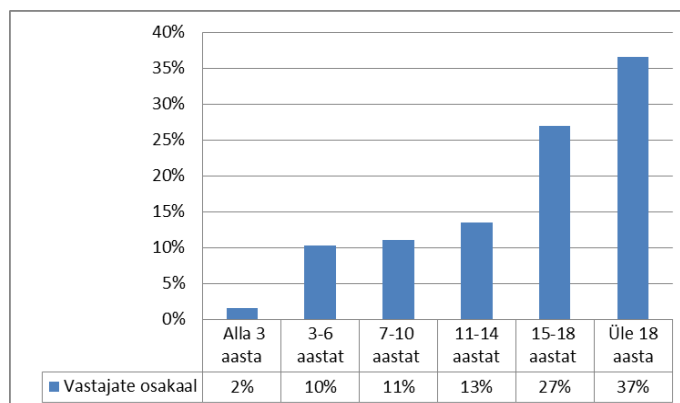
Küsitlusele vastanute keskmine vanus oli 48 eluaastat, mis on neli aastat vähem kui Riigikontrolli andmetel kogu Eesti perearstidel kokku, seega valim väljendas üldpopulatsiooni. Noorim vastaja oli 27. aastane ning vanim 67. aastane. Kõige rohkem vastajaid kuulus vanusegruppi 46-55 eluaastat. Nooremaid kui 36 eluaastat oli 13% vastanutest (vt Joonis 16). Keskmine vanus oli regionaalselt kõige kõrgem Virumaal, 53 eluaastat, ning kõige madalam Tallinnas ja Harjumaal, 43 eluaastat. Lõuna-Eesti piirkonna keskmine vastajate vanus oli 49 eluaastat.



Joonis 16. Küsitlusankeedile vastanute vanuseline jaotumine

Allikas: (Ankeetküsitluse vastused). Autori koostatud

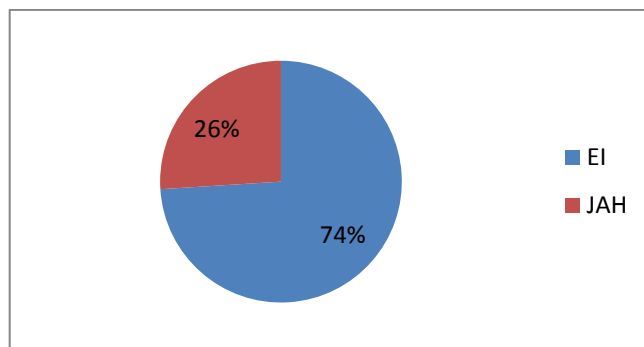
Tööstaaži järgi jaotas autor vastajad 6 vahemikku. Kõige enam oli vastajaid grupis, kelle tööstaaž arstina oli enam kui 18 aastat. Nagu näha jooniselt 18, oli kõige vähem vastajaid tööstaažiga alla 3 aasta.



Joonis 17. Küsitlusankeedile vastanute jaotumine tööstaaži alusel

Allikas: (Ankeetküsitluse vastused). Autori koostatud

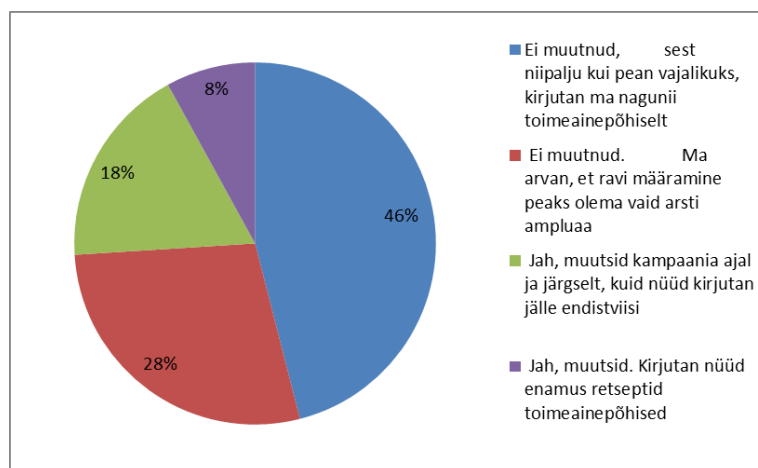
Kui vaadelda näitajaid kõikide vastanute ulatuses, siis küsimusele, kas sotsiaalkampaaniad muutsid nende ravimikirjutamisharjumust, vastasid 74% ehk 93 arsti eitavalt ning 26% ehk 33 arsti jaatavalt (vt Joonis 18).



Joonis 18. Jah/ei vastuste protsentuaalne jaotumine (arstid kokku) küsimusele „kas sotsiaalkampaaniad muutsid ravimikirjutamisharjumust?“

Allikas: (Ankeetküsitluse vastused). Autori koostatud

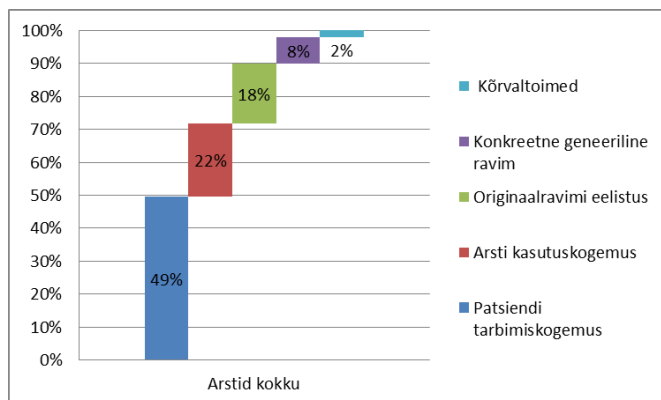
Kui aga arvestada, et vastusevariantidest väljendas püsivat muutust vaid esimene vastusevariant (Lisa 10, küsimus 3), siis püsivamalt muutsid läbiviidud kampaaniad vaid 8% vastanute retseptikirjutamise harjumusi. Täpsem jaotumine vastusevariantide lõikes on näha joonisel 19. Jooniselt on näha, et 18% vastanutest muutsid oma harjumusi kampaania ajal või vahetult pärast seda, mis näitab, et kampaania sõnum jõudis küll kohale, aga sotsiaalkampaania eesmärk – muuta käitumist või arusaama – ei olnud püsiv, mistõttu ei saa siiski selle grupi osas kampaaniat pidada edukaks.



Joonis 19. Vastusevariantide protsentuaalne jaotumine (arstid kokku) küsimusele „kas sotsiaalkampaaniad, muutsid ravimikirjutamisharjumust?“

Allikas: (ankeetküsitluse vastused). Autori koostatud

Kui vaadata kõikide vastanud arstide puhul jaotuvust mitte-toimeainepõhise retsepti väljakirjutamise peamiste põhjuste kohta, siis ülekaalukalt domineerib patsiendikogemus, see tähendab, et kui arst kirjutab retseptile kindla raviminimetuse, siis eeskätt põhjusel, et patsient on seda ravimit juba kasutanud ning tal on selle ravimiga positiivne kogemus ja edukas ravivastus (vt Joonis 20). Patsiendikogemusele järgneb 22%-ga arsti enda kogemus. Kolmandal kohal põhjustest on 18%-ga kindla originaaltoote eelistamine ja seda eeskätt kvaliteedi ja kogemuse kaalutlusel. Suhteliselt kõrge oli ka konkreetse geneerilise ravimi eelistamine, mida põhjustas soov olla kindel, et patsient saab soodsa, aga samas nõ hea ravivastusega toote. Kõrvaltoimeid nimetas põhjuseks väga väike proportsioon vastanuist, täpsemalt 13 arsti ehk 2% vastanutest. Eesti ongi kahjuks Euroopa Liidus üks viimaseid riike kõrvaltoimete raporteerimise osas (Kõrvaltoimete...2013).



Joonis 20. Vastusevariantide protsentuaalne jaotumine mitte-toimeainepõhise retsepti väljakirjutamise peamiste põhjuste kohta.

Allikas: (Ankeetküsitluse vastused). Autori koostatud

Üks autori eeldus oli, et nii vanus kui ka tööstaaž on seotud toimeainepõhise retseptikirjutamise harjumusega ja seda eeskätt põhjusel, et eakamad arstid ei ole oma õpingute ajal geneeriliste ravimite temaatikaga kokku puutunud. Geneeriliste ravimite tähtsus tõusis Eestis aktuaalseks alles eelmisel kümnendil, seega on kogemusele tuginemine eeldatavasti nende arstide seas domineerivam. Uuring seda ka kinnitas. Analüüs näitas, et kindla raviminimega retsepti kirjutavad teatud juhtudel välja kõik küsitluses osalenud arstid, sõltumata vanusest või tööstaažist. Samuti olid kõikides vanuse- ja tööstaažigruppides esindatud kõik vastusevariandid küsimusele „kas sotsiaalkampaaniad muutsid nende

ravimikirjutamise harjumust?“ Täpsed jaotused erinevate gruppide alusel on ära toodud lisades 5 ja 6. Küsitluses oli tööstaaž jaotatud 5 gruppi ning vanus 6 erinevasse gruppi. Kuna aga analüüs näitas, et suurimad erinevused näitajate osas tekkisid vanuses üle ja alla 45. eluaasta ning tööstaažiga üle ja alla 10 aasta, siis toob autor siinkohal välja näitajad sellise jaotuse alusel, mis annab parema ja jälgitavama ülevaate. Järgnevas tabelis on välja toodud protsentuaalne jaotumine mitte-toimeainepõhise retsepti väljakirjutamise peamiste põhjuste kohta eelmises lõigus kirjeldatud vahemike osas.

Tabel 12. Vastusevariantide protsentuaalne jaotumine mitte-toimeainepõhise retsepti väljakirjutamise peamiste põhjuste osas. Vanuselise ja staaži alagruppide lõikes

	Patsiendi tarbimiskogemus	Arsti kasutuskogemus	Originaalravimi eelistus	Konkreetne geneeriline ravim	Kõrvaltoimed
Staaž kuni 10 a	38%	17%	24%	14%	7%
Staaž üle 10. a	53%	24%	16%	6%	1%
vanus kuni 45 ea	41%	22%	18%	14%	4%
vanus üle 45. ea	53%	23%	18%	4%	1%

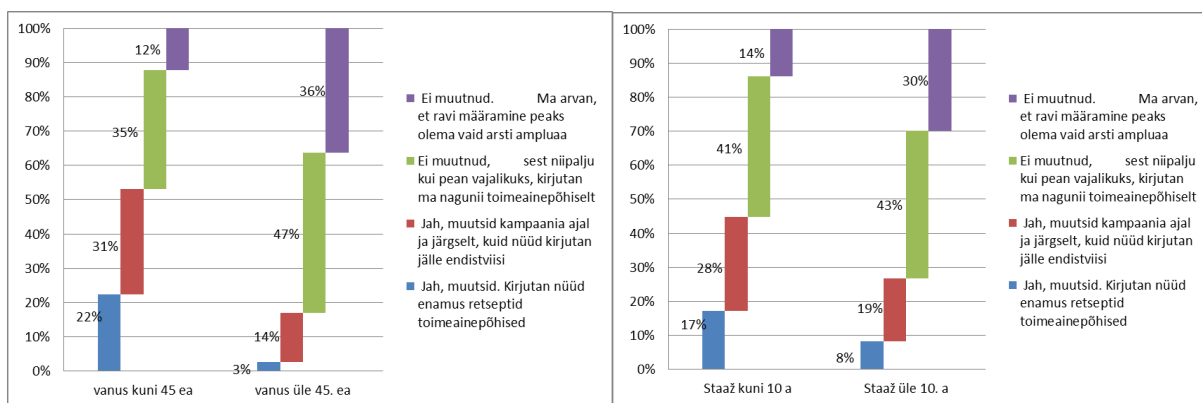
Allikas: (Ankeetküsitluse vastused). Autori koostatud

Korrelatsioon staaži ja vanuse vahel on väga selge, eriti teises grupis (staaž üle 10 aasta ja vanus üle 45 eluaasta). Need andmed korreleeruvad täielikult, ehk korrelatsiooniindeks on 1. See on ka loogiline, sest arvestades arstiks saamise ajalist völdet, siis üle 10 aastase staažiga ei saagi olla noorem kui 45-aastane. Kuid grupis staaž alla 10 aasta ja vanus alla 45 eluaasta on seos nõrgem ($r=0,95$). Kui võrrelda omavahel kahte vanusegruppi ja kahte staažigrupi, siis on vastuste lahknevus juba märgatavam. Seos väiksema ja suurema tööstaažigrupi vahel on 0,93, mis peegeldab küll selget samasuunalisust aga see on nõrgem kui see on vanuselises grupis ($r=0,97$).

Kuigi põhjused, miks arstid valivad kindla raviminimetusega retseptikirjutamise, on nii vanusegrupiti kui ka staaži alusel sarnased, siis suhtumine toimeainepõhisesse retsepti ning kampaania mõju arsti retseptikirjutamisharjumustele olid selgelt erinevad nii vanuse kui ka töötatud aja alusel (vt Lisa 13). Näiteks oli kahe erineva vanusegrupi puhul see seos väga nõrk ($r=0,11$), mis näitab, et vanus on üks oluline mõjur retseptikirjutamisharjumustele ning nende muutmisele. Ka tööstaaži võrreldes võib öelda, et seos on nõrgem, kui oli seda raviminimega

retseptide põhjenduste osas ($r= 0,63$). Seega võib öelda, et nii perearsti vanus kui tööstaaž muudavad tema hoiakuid, harjumusi ning sotsiaalkampaania mõju nendele.

Joonisel 21 on jaotuvus vanuse järgi, millel on näha, et vaid 3% ehk 2 arsti üle 45-aastastest perearstidest tunnistasid, et mõistliku ravimitarbimise kampaaniad muutsid nende retseptikirjutamisharjumust selliselt, et nad kirjutaksid edaspidi enamuse retsepte toimeainepõhiselt. Samas alla 45-aastaste puhul oli selline muutus täheldatav 22%-l juhtudest ehk 11 perearstil. Kampaania mõju retseptikirjutamise harjumustele oli enam täheldatav lühiajaliselt. Üle 45-aastastest 14% ja alla 45-aastastest 31% tunnistasid, et vahetult kampaania ajal ja selle järel muutsid nad oma retseptikujutamise harjumusi ning hakkasid kirjutama enam toimeainepõhiseid retsepte, kuid nüüd on see muutunud tagasi selliseks, nagu see oli enne kampaaniat. Absoluutarvudes siis vastavalt 11 ja 15 arsti. Eakamad perearstid olid võrreldes oma nooremate kolleegidega oluliselt vähem mõjutatud kampaaniast ning lausa 83% sellesse gruppi kuuluvatest perearstidest ei tunnistanud ei lühi- ega pikaajalist kampaania mõju oma ravimikirjutamise harjumustele. Neist 47% ehk 36 arsti tõid vastusena välja, et kampaania ei muutnud nende ravimikirjutamise harjumusi, vaid niipalju, kui arst peab vajalikuks, kirjutab ta toimeainepõhise retsepti kampaaniast sõltumata (vt Joonis 21). Samas vanusegrupis 36% ehk 28 arsti olid veendunud, et ravi määramine peaks üldse olema siiski vaid arsti valdkond. Noorematest kolleegidest julgesid selliselt väita siiski vaid 12% ehk 6 arsti.

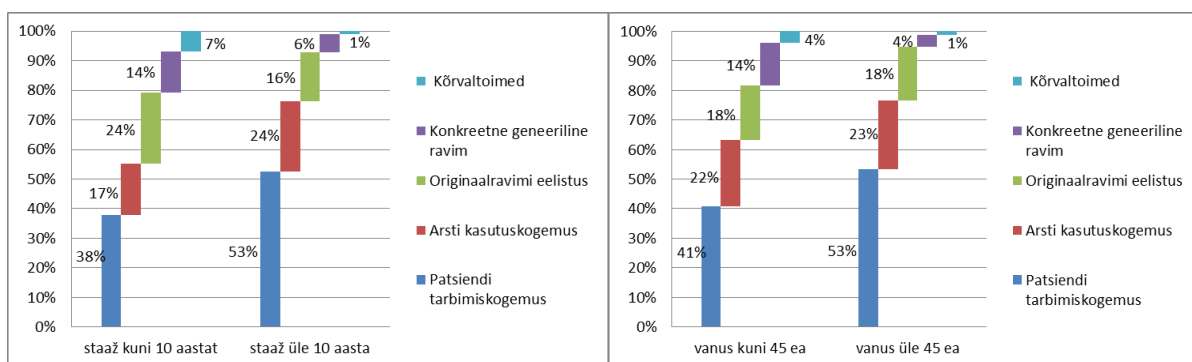


Joonis 21. Vastusevariantide protsentuaalne jaotumine küsimusele „kas sotsiaalkampaaniad muutsid ravimikirjutamist?“ Vanusegruppide ja staaži lõikes

Allikas: (Ankeetküsitluse vastused). Autori koostatud

Tööstaaži alusel jaotatuna oli protsentuaalselt neid, kelle ravimikirjutamise harjumus muutus püsivalt ja kes kirjutavad nüüd enamuse retsepte toimeainepõhiselt, täpselt sama palju, kui vanuse järgi jaotatuna ehk kokku 25% (13 arsti). Erinevus alla ja üle 10-aastase staažiga perearstide vahel oli aga väiksem. Väiksema staažiga perearstidest tunnistas 17%, et nad kirjutavad edaspidi enamuse retsepte toimeainepõhiselt, kuid neid arste oli arvuliselt vaid 5. Staažiga üle 10 aasta oli sama näitaja 8% (8 arsti). Sarnaselt jaotus staaži alusel ka lühiajaline mõju, mis tähendab, et väiksema staažiga arstide seas oli protsentuaalselt neid, keda kampaania mõjutas, enam (28%) ning suurema staažiga arstide jaotuses oli selliseid protsentuaalselt vaid 8%. Samas kaldus arvuline jaotus jällegi teise grupi ehk suurema staažiga arstide kasuks, sest nende valim oli märgatavalt suurem. Kõik ülejäänud vastusevariandid jaotusid osakaaluti sarnaselt kui seda oli arstide vanuse järgi (vt Joonis 21).

Kui vaadata alagruppide lõikes jaotuvust mitte-toimeainepõhise retsepti väljakirjutamise peamiste põhjuste kohta, siis ülekaalukalt domineerib kõikides gruppides patsiendikogemus, ehk kui arst kirjutab retseptile kindla raviminimetuse, siis seda kõige enam põhjusel, et patsient on seda ravimit juba kasutanud ning tal on sellega positiivne kogemus. Niimoodi vastas 53% eakamatest (51 arsti) ja samuti 53% suurema staažiga vastajatest (41 arsti). Vanuse järgi nooremad arstid olid sama meelt pisut enam kui need, kellel staaži alla 10 aasta, vastavalt 41% ehk 20 arsti ja 38% ehk 11 arsti (vt Joonis 22).



Joonis 22. Vastusevariantide protsentuaalne jaotumine mitte-toimeainepõhise retsepti väljakirjutamise peamiste põhjuste kohta erinevates vanuse ja staažiga gruppides

Allikas: (Ankeetküsitluse vastused). Autori koostatud

Arsti enda kogemust mingi kindla ravimiga pidasid enam-vähem võrdselt oluliseks kõik vastajad. Olulisem erinevus tekkis aga konkreetselt originaalravimi või geneerilise

ravimi valiku osas. Kui vanuselises jaotuvuses oli originaalravimi eelistuse suhe üldvalimisse sarnane (18%), siis staaži alusel oli kauem töötanud arstide seas kindla originaalravimi kasuks otsustajaid vähem, kui seda oli vähem töötanute seas. Retseptile kindla geneerilise ravimi tootenime kirjutamine oli enam levinud nooremate arstide ja lühemat aega perearstina töötanud arstide seas. Noorematest ning vähemstaažikamatest arstidest leidis 14%, et see otsus on õigustatud, vanematest aga vaid 4% ning staažikamatest 6% vastanutest. Kõrvaltoimeid pidas kindla ravimi eelistamisel põhjuseks vai 1% vastanutest eakamate ja staažikamate hulgas. Nooremad ja lühemat aega perearstina töötanud aga pidasid kõrvaltoimeid olulisemaks, vastavalt 4% ja 7% (vt Joonis 22).

Ankeetküsitluse põhitulemustena tooks autor teiste seast välja järgmised punktid:

- a) Sotsiaalkampaania mõju retseptikirjutamise harjumusele täheldas vaid 26% vastanutest.
- b) Nendest vaid 8% tunnistas, et kampaanial oli püsivam mõju, teised (18%) nägid muutust vaid lühiajaliselt (kampaania ajal või vahetult pärast seda).
- c) 46% eitasid küll kampaania mõju, aga tõdesid, et niipalju kui nad peavad oluliseks ja vajalikuks, kirjutavad nad toimeainepõhiseid retsepte nagunii.
- d) 28% arstidest olid veendumusel, et ravimi määramine ja sh retseptikirjutamise otsus toimeaine- või mitte-toimeainepõhisena peaks olema siiski vaid raviarsti valik ja otsus.
- e) Vastustest joonistus välja, et nii perearstina töötatud aeg kui eriti arsti vanus on tegurid, mis mõjutavad retseptikirjutamise harjumusi.
- f) Vanemad kui 45-aastased arstid tunnistasid sotsiaalkampaania mõju kolm korda vähem kui alla 45-aastased vastajad.
- g) Vanematest arstidest tunnistasid kampaania püsivamat toimet vaid 3% vastanutest, noorematest aga 22%.
- h) Üle 45-aastaste arstide puhul väitis 36%, et ravimi määramine peaks olema vaid arsti ampluaa, noorematest vaid 12% vastajatest.
- i) Oluline hulk arste nii nooremas kui vanemas grupis kinnitasid, et kuigi kampaania ei mõjutanud nende ravimikirjutamise harjumust, siis nii palju kui nad vajalikuks peavad, kirjutavad nad toimeainepõhise retsepti nagunii. Vastavalt vanematest arstidest 47% ja noorematest 35%.

- j) Ülekaalukalt esikohal oli kõikides gruppides raviminimega retseptikirjutamise puhul põhjus, et kui patsient on mingit konkreetset ravimit juba võtnud ning ravivastus on hea, siis ei tohiks seda asendada mõne teise preparaadiga.
- k) Võrdne oli arvamus ka arsti enda kogemuse ja originaalravimi eelistamise osas.
- l) Selge erinevus joonistus aga nii vanusegrupi kui staaži alusel mingi konkreetse geneerilise ravimi eelistamisel. Nooremad ja vähem staažikad perearstid leidsid teevad seda 3 korda enam kui vanemad arstid.

Nendele teadmistele toetudes julgeb töö autor väita, et perearste ei saa võtta kitsalt kui ühte sihtgruppi. Kampania sõnumid peaksid kindlasti arvestama nende iseärasusi. Vastuseid analüüsid jõudis autor tõdemusele, et vanemad arstid on oma raviotsustes kindlamad, mis tähendab, et sotsiaalkampania sõnumiga nendeni jõudmine on reeglina raskem ning nende harjumusi muuta märkimisväärselt keerukam kui nooremate ja väiksema töökogemusega arstide puhul. Põhjus on kindlasti osaliselt selles, et vanemate ja nooremate arstide õpingukavad on olnud erinevad. Nagu eelpool juba kirjeldati, eakamad arstid lõpetasid arstiteaduskonna ajal, kui mõiste, geneeriline ravim, oli veel tundmatu. Seega on alust arvata, et rolli mängib selgelt ka harjumus. Seda teadmist, mis oli autori jaoks uudne ja mille kohta ta ei leidnud ühtki varasemat uuringut või kogemust, kasutatakse järeltule ja ettepanekute tegemisel töö lõpuosas, tuginedes sotsiaalkampaniate teoreetilistele lähtekohtadele erinevate sihtgruppide ja alapopulatsioonide mõjutamisel.

3.4. Sotsiaalkampaniate vastavus teoreetilistele lähtekohtadele

Järgnevalt seob autor empiiriliselt saadud teadmised teoreetiliste seisukohtadega, ning toob välja võimalikud üldistused ja arvamused, milliseid seisukohti on võimalik tulemuste põhjal kujundada.

Peamise probleemina, miks sotsiaalkampania ei toonud kaasa oodatud tulemust, näeb magistr töö autor põhjust, et inimese ravimivalikut mõjutab suur hulk erinevaid asjaolusid, alates sellest, kas arst kirjutab retsepti välja toimeaine- või pakendipõhiselt ja millise tootja ravimit apteeker patsiendile võrdväärsete alternatiivide hulgast pakub. Seega puudub traditsionaalne tarbijakäitumise protsess. Teoreetilises osas kirjeldatud tarbijakäitumise protsessi kohaselt on tarbija kaasatud kõikidesse etappidesse, alates vajaduse või probleemi

teadvustamisest kuni ostuotsuseni ja ostujärgse hindamiseni. Retseptiravimi ostul on tarbija võimalus ostuotsuses kaasa rääkida aga suhtelist väike. Kõnealuste kampaaniatega tuletab Eesti Haigekassa patsiendile meelde tema õigusi ja julgustab olema ravimivalikut tehes senisest aktiivsem. Kampaania käigus antakse patsiendile ka teavet selle kohta, milles seisneb geneerilise ja originaalravimi erinevus, miks on samaväärsete ravimite hinnad erinevad ning kuidas peaks arst ravimit välja kirjutama ja apteek väljastama. Samas aga näitas analüüs, et riigi tegevus ei ole olnud soodusravimite hüvitamisel tulemuslik, sest regulatsioonidest hoolimata puudub arstidel soov välja kirjutada toimeainepõhiseid retsepte ning apteekritel motivatsioon järgida soodusretseptide väljastamise reegleid. Olulise põhjusena näeb autor siin ka apteekide ketistumist ning piisava konkurentsi puudumist apteegi ja hulгимүүgi tasandil. Eesti ravimite hulгимүүgiturul domineerivad kaks hulгимүүijat, kellele kuulub üle 80% turust. Lisaks on need hulгимүүjad ka paljude apteekide omanikud ja varustajad, mis teeb kolmandatele osapooltele turule sisenemise barjäärid väga kõrgeks. Seega võib sotsiaalkampaania puhul turundaja (antud situatsioonis siis Haigekassa) küll püüda mõjutada tarbija käitumist, aga tarbija ei pruugi reageerida ja seda siis eeskätt põhjusel, et ta pole tarbijakäitumise protsessi lõpuni kaasatud. Magistritöö autor leiab, et sotsiaalkampaania puhul on eriti oluline mõista, mis toimub tarbija teadvuses, ehk tema „mustas kastis“ nagu teooria osas kirjeldati. Tuleb teada saada selged seosed retseptiravimi ostuprotsessis osalevate erinevate poolte vahel ning välja selgitada, millised stiimulid milliseid reaktsioone ja millistes osapooltes esile kutsuvad. Neid sidudes peaks välja töötama nõ ühiskampaania, mis ei oleks suunatud vaid ühele sihtgrupile, vaid haaraks oma ulatusse kõik osapooled.

Teoreetilises osas välja toodud EKB ja HBC tarbijakäitumise mudelid põhinesid eeldusel, et tarbijad kaaluvad enne ostuotsuse tegemist oma alternatiive ratsionaalselt. Soodusravimite puhul on aga ratsionaalne aspekt väga segane, kuna ostuotsusesse on kaasatud mitu erinevat osapoolt, kelle ootused on erinevad. Magistritöö autori hinnangul võiks olla sotsiaalkampaania korraldamise üks prioriteetidest ühisosa leidmine erinevate osapoolte vahel, millest lähtuvalt formuleerida kampaania põhisõnumid, mis kõnetaksid kõiki osapooli sarnaselt kuid personaalselt ning tagaksid võimalikult ootuspärase ja sünergilise mõju. Teoreetilises osas tõi autor välja Puri *et al* tarbijakäitumise ja intuiitiivse loogika seosed mõnede terviseprobleemide näitel. Selle uuringu kohaselt annab intuiitiivse loogika esinemine tarbijale suurema kindlustunde otsuste tegemisel ja seda sõltumata brändist. Intuiitiivse loogika puudumine iseloomustab aga kõrge riskitunnetusega tarbijat, kes vajab

eksperthinnangut ega kaldu vastu võtma iseseisvaid otsuseid. Tuginedes Trummi poolt läbiviidud magistritöö tulemustele, tõi pea 2/3 vastajatest retseptiravimi valiku kõige olulisema faktorina välja arsti soovitus. Seega võib väita, et eksperthinnangu tähtsus on retseptiravimi puhul väga oluline faktor, ning sotsiaalkampaania korraldamisel on ülioluline sõnumid formuleerida selliselt, et need kõnetaksid sarnaselt mõlemat ostuotsustusprotsessis osalejat – nii intuiitiivse loogikaga tarbijaid kui ka neid, kelle see puudub või on madal.

Teooria osas välja toodud Kotleri definitsioon sotsiaalsest turundusest rõhutas vabatahtlikkuse aspekti, mille eesmärk on mõjutada sihtgruppi vabatahtlikult aktsepteerima, hülgama või muutma oma senist käitumisviisi. Magistritöö autor on selle definitsiooniga vääramatult nõus, aga näeb teemaks olnud sotsiaalkampaaniate juures just seda peamise miinusena. Sotsiaalkampaania mõjus pealesuruvalt ning tõrjus kahjuks osad olulised osapooled nõ kaitsepositsioonile. Ankeetküsitluse vastuste analüüs näitas, et vaid 8% kõikidest vastanud arstidest nägi kampaaniasõnumites püsivat mõju enda retseptikirjutamise harjumustele. Vastused, „nii palju kui ma vajalikuks pean, kirjutan ma nagunii toimeainepõhiselt“ ja „ravi määramine peaks olema siiski vaid arsti ampluaa“ ei peegelda vabatahtlikkuse aspekti, vaid pigem oponeerib sellele. Selliselt vastas aga 74% arstidest. On selge, et seda osa vastanutest peaks käsitlema kui erinevat sihtgruppi ning leidma teistsugused motivaatorid, millega oleks võimalik nende senist käitumist muuta suunas, mida eeldavad ravimipoliitilised eesmärgid.

Autori arvates jäi vaatluse all olevate sotsiaalkampaaniate puhul arvestamata asjaoluga, et ka sotsiaalse turunduse puhul tegutsetakse konkurentsitingimustes. Nii nagu teooria osas välja toodi, on sotsiaalse turunduse puhul konkurendiks tarbijate praegune eelistatud käitumine. Autori arvates olid kõnealused kampaaniad üles ehitatud informatiivselt kuid neis puudus püüd mõjutada teatud sihtgruppi (arsti ja ka apteekri) käitumist soovitud suunas. Esimese kampaania korral ei olnud need kaks üliolulist osapoolt sihtgrupina isegi määratletud. Teise kampaania („sama ravim, soodsam hind“) puhul olid arst ja apteeker küll sihtgrupina valitud, kuid puudus igasugune fokuseerimine sihtgrupiti. Sõnumid olid üldised, arvestamata nende erisusi. Teooria osas oli Andreseni (2000) poolt defineeritud sotsiaalse turunduse üks olulisim eesmärk seose leidmine sihtgrupi käitumismotiivide ja soovitava (oodatava) käitumise vahel. Käsitletud kampaaniate puhul seda seost autori arvates leitud ei olnud. Arstide ja apteekrite paralleelsel mõjutamisel keskenduti pigem nõ hoiatusmeetmestikule, see tähendab, et ainsad motivaatorid olid regulatsioonid, millega tehti

kohustuslikuks toimeainepõhise retsepti kirjutamine arstidele ning piirhinnaaluste või hinnakokkuleppega ravimite väljastamine apteekritele. Nagu aga peegeldasid kaankeetküsitluse vastused, kontrollitud, hoiatused, ettekirjutused ja trahvid tekitasid paljudes arstides ja apteekrites hoopis vastupidise reaktsiooni. Eriti selgelt peegeldub see vastusevariandis, mille kohaselt ravi määramine peaks olema kitsalt vaid arsti pädevus ning sinna ei tohiks olla kaasatud teised osapooled. Nii vastasid pea kolmandik arstidest. Vabatahtliku mõjutamise asemel olid selgelt kontrollfookuses ka apteekrid, kes samuti peaksid olema üks sotsiaalkampaania sihtgrupp. Raviamet viis 2013. aastal läbi inspeksioone 190 üldapteegis ja nende haruapteekides, mille eesmärgiks oli selgitada olukord soodusravimite väljastamisel, eeskätt nende ravimite kättesaadavuse osas, millele on kehtestatud piirhind ja sõlmitud hinnakokkulepe. Järelevalve tulemus oli, et odavamate ravimite kättesaadavus on küll aastatega paranenud (vt tabel 15) kuid see ei ole piisav.

Tabel 15. Piirhinnaaluste/hinnakokkuleppehinnaga ravimite kättesaadavuse kontrolli tulemused 2010-2013.

Aasta	2010	2011	2012	2013
Kontrolliti	112 apteeki	171 apteeki	135 apteeki	182 apteeki
Ühe või mitme toimeaine osas puudus piirhinnaalune ravim	62 apteegis (55,36%)	74 apteegis (43,27%)	30 apteegis (22,22%)	46 apteegis (25,27%)

Allikas: Raviameti järelevalve... 2013 (autori koostatud)

Siiski täheldas Raviamet, et hinnakokkulepperavimi olemasolu ei tähenda automaatselt ka selle pakkumist. Jälgimise ja kontrollitududega oli täheldatav, et tihti apteeker ei pakkunud toimeainepõhise retsepti korral odavamat ravimit ning mõnel juhul tegi apteeker automaatselt ise valiku väljastatava ravimi osas (Raviameti järelevalve...2013). Seega see näitab, et kui see sihtgrupp on kaasamata ja puudub koostöö valmidus oma käitumishajumust muuta, siis on vaid patsiendile suunatud kampaania juba suures osas läbikukkunud, sest isegi kui patsiendid suudetakse kampaaniaga kaasata, ei ole neil võimalik vähemalt kolmandiku apteekides mõistiku ravimitarbimise ostuotsusega midagi reaalselt peale hakata. Sellist ravimit neile lihtsalt kas ei väljastata või seda polegi. .

Teooria viimases osas käsitles magistritöö autor nn 7P kontseptsiooni, mis oleks vaja sotsiaalse turunduse korral lisada tavaturunduse (Kotleri) 4P mudelile. 7P kontseptsiooni järgi

on ülioluline erinevate institutsioonide kaasamine, et tagada nii poliitiline kui ühiskondlik toetus, mis aitaks sotsiaalkampaania raames püstitatud eesmärged saavutada, neid kinnistada ning muuta harjumuseks. Kõnealuste sotsiaalkampaaniate puhul oli 7P kontseptsioon autori arvates kaasamata või see oli kaasatud vaid osaliselt. Autori arvates oli 7P-st kaasatud vaid kaks. Poliitika ja eelarve. Poliitika (*POLICY*) kohaselt on sotsiaalse turunduse efektiivsus suurem, kui koos inimeste käitumise muutmisega viiakse vajalikke muudatusi sisse ka poliitilisse olukorda. Tõepoolest erinevaid regulatsioone ja seadusemuudatusi rakendati, millel kõigil oli vähemalt kaudselt sama eesmärk (toimeainepõhine retsept, piirhinnaaluse ravimi väljastamine, geneeriliste ravimite soodusnimekirja lisamise lihtsustamine, ristrefereerimised⁷, 50% soodusravimite ülempiiri kaotamine jne). Miinuseks on aga see, et need muudatused olid sotsiaalkampaaniast eraldiseisvad ega moodustanud ühest tervikut.

Teine P seitsmest, mis oli kaasatud, oli eelarve ehk finantsressursid (*PURSE STRINGS*). Kampaaniad olid piisavalt mahukad, mõistliku tsüklilisusega ning märgatavus oli pidevalt kasvav (nagu selgus EMOR 2011, 2013 ja Trummi 2012). Teised 7P kontseptsiooni tegurid, mis peaksid olema täidetud kampaania edukuse tagamiseks, olid autori arvates aga kaasamata.

Sidusgrupid (*PUBLICS*), sotsiaalse programmiga seotud sisemised ja välimised grupid ja nende määratlemine ning kaasamine on magistritöö autori arvates kriitilise tähtsusega. Nende sidusgruppide kaasamine ning samuti osalemine (*PARTICIPATION*) sotsiaalkampaania eesmärkide väljatöötamisel ning eluviimisel on tegurid, mis autori arvates kindlustaksid edu. Kui arste oleks kaasatud arutellu, mis võiksid olla need tegurid, mis ajendaksid neid nii kaasa mõtlema kui ka kaasa töötama, oleks kampaania tulem olnud kindlasti mõjukam. Selle asemel, et kehtestada vaid piirangud ning rakendada kontrolltegevus arstide retseptide kirjutamise üle, oleksid võinud erinevad riiklikud institutsioonid kaasata arstid arutellu, millisel juhul peaks kindlasti kirjutama toimeainepõhise retsepti ja mis võiks olla need erandis, millal võiks jääda raviminimetuse juurde. Teatud juhtudel lubab seadus kirjutada raviminimega retsept, kui selleks on „meditsiiniline põhjus“. Samas puudub selge ja ühene arusaam, millised põhjendused selle klausli alla mahuvad. Kõik huvitatud osapooled

⁷ Ristrefereerimise mõiste tähendab mittegeneraliseerunud toimeaineturul piirhinna kehtestamist, võttes arvesse sarnase toimega teiste toimeainegruppide hinda või võrreldavate (referentsiks olevate) riikide keskmist hinda samas toimeainegrupis.

võiksid kokku leppida ning täpselt määratleda, millised on aktsepteeritavad meditsiinilised põhjused ravimi väljakirjutamiseks selle nime järgi. Autor usub, et selline osapoolte kaasamine viiks eesmärgile oluliselt lähemale. Siit edasi rakendubki järgmine 7P mudeli tegur, partnerlus (*PARTNERSHIP*), ehk sotsiaalprogrammide elluviimiseks vajalike suhete loomine ja koostöö ühise eesmärgi nimel. On tõestatud, et kaasamine tõstab motivatsiooni ja et määruste või regulatsioonide vastuvõtmise juures olemine vähendab oluliselt hilisemat soovi neid mitte täita. Seega oleks artside/apteekrite kaasamine seadusloomesse autori arvates olulisem, kui hilisem järelevalvetegevus seda suudaks tagada. Määrav on konkurents. Nagu töös juba kirjutati, on Eestis ravimite hulgi- ja jaemüügiturul konkurents ebapiisav. Seega, kui seda ei ole suudetud teema aktuaalsusele vaatamata kõrvalda, peaks veelgi enam kaasama need sidusgrupid ravimipoliitika eesmärkide saavutamiseks vajalike tegevuste väljatöötamise ning arutellu. Sotsiaalsed probleemid on keerukad ning vajavad edukat suhtlemist nii valitsusasutuste kui teiste organisatsioonide ja huvigruppide vahel. Sellest tulenebki viies P mudelis, ehk diplomaatia (*POLITICS*). Diplomaatia korral on aga avalik arvamus prevaleeriv. Avalik arvamus on ka 7P mudeli osa (*PUBLIC OPINION*). Kui kampaania korraldamisel oleks võetud aluseks antud töö teoreetilises osas kirjeldatud Weinreichi sotsiaalkampaania hindamine läbi nelja erineva hindamistüübi, oleks juba enne kampaania korraldamise algust saanud kaardistada peamised kitsaskohad. Samamoodi oleks saanud infot ka tugevuste osas. Need teadmised oleks võimaldanud sõnumeid paremini ja vastavalt sihtgrupile aj tema iseärasustele esitleda. Autori arvates seda ei tehtud, sest sõnumid olid adresseerimata, üldised ja „sundivad“. Kui eelnevalt oleksid välja selgitatud lõpptarbija vajadused paralleelselt arsti ja apteekri ootustega, oleks saadud ühtne kogum nõ katmata vajadustest. Kui need sihtgrupi vajadused siduda sotsiaalkampaania eesmärkidega, on autor veendunud, et kampaania tulemuslikkus oleks teistsugune, kui see oli.

Weinreich tõi oma sotsiaalkampaania hindamismudelis kampaaniaeelsele hindamisele (kujundav hindamine) järgnevate etappidena välja protsessi, tulemuste ja mõju hindamised. Protsessi hindamise ülesanne on mõõta kampaania teostust ja tulemusi selle toimumise ajal. Käesoleva töö autoril ei õnnestunud leida ühtki allikat, mis oleks viidanud sellisele hindamisele. Küll aga on kättesaadav kampaaniajärgsete tulemuste hindamine. Haigekassa poolt tellitud ja TNS Emori poolt läbiviidud sotsiaalkampaania hindamistulemused (EMOR 2011, 2013) on kättesaadavad ja need hindavad kampaania märgatavust ning sõnumite jõudmist sihtgrupini. Käesoleva töö paragrahvis 3.3.1. on ära toodud mõlema

sotsiaalkampaania põhikampaaniajärgsed mõõdetud tulemused. Nendekohaselt oli paranemine märgatav kõikides mõõdetavates kriteeriumides.

Sotsiaalkampaania olulisim küsimus on „kas sihtgrupi käitumine ja arusaamad muutusid?“. Käesoleva magistritöö probleem oli formuleeritud just selliselt: „puudub ülevaade, kas tänaseks juba kaks korda läbiviidud mõistliku ravimikasutuse sotsiaalkampaania on täitnud peamist püstitatud ootust – vähendada patsientide omaosalust retseptiravimite ostul?“ Kuna töö autoril ei õnnestunud sellist ülevaadet leida, saab väita, et ka see osa hindamisprotsessist ei olnud teostatud. Oli küsimus ja eesmärgid, kuid vastust selle ei olnud. Käesoleva töö eesmärk oli see puudujääk kõrvaldada ning siinkohal saab autor väita, et sotsiaalkampaaniad ei olnud edukad ega täitnud püstitatud eesmärki – vähendada patsientide omaosalust retseptiravimite ostul.

Kuna sotsiaalkampaaniate puhul oleks vaja mõõta ka pikaajalisi tulemusi ühiskonnas, siis see osa jääb lahtiseks. Näiteks Jaapanis korraldatud samalaadse sotsiaalkampaania mõju hinnati mitmes etapis. Esimestes etappides, mis langesid vahetult kampaaniajärgsesse aega, olid tulemused oodatust tagasihoidlikumad. Hilisemad hindamised aga näitasid, et tulemuste paranemine oli progresseeruv (Matsuda 2008). Seega ei saa töö autor väita, et korraldatud sotsiaalkampaaniatel puudub pikemas perspektiivis oodatud tulemuslikkus.

4. JÄRELDUSED JA ETTEPANEKUD

Eelnevas peatükis andis autor ülevaate erinevate andmete analüüsi tulemustest. Selles peatükis teeb autor teoreetilisest ja empiirilisest osast järeldused, mis on esitatud uurimisküsimuste kaupa. Järeldustele toetudes esitab autor oma soovitused ja ettepanekud, mida võiks arvestada järgmiste ravimitarbimise sotsiaalkampaaniate läbiviimisel.

4.1. Järeldused

Teoreetilisest ja empiirilisest osast saab teha järgnevad järeldused, mis on esitatud uurimisküsimuste kaupa:

- 1) Kuidas ja millisel määral muutis sotsiaalkampaania geneeriliste ravimite kasutust?

Vastus: toimeaineturu analüüsi ja arstidele suunatud ankeetküsitluse kohaselt ei muutnud sotsiaalkampaaniad geneeriliste ravimite kasutust.

Teiseste andmete analüüsist selgus, et vaadeldaval perioodil (2009-2013) suurenes oluliselt geneeriliste ravimite kasutuselevõtt. Suurenemine oli enam tingitud uute ravimite lisandumisest kui orgaanilisest kasvust. Antud töös analüüsis autor Eestis enim kasutatava retseptiravimi toimeaineturgu. Üldiselt peegeldasid selle toimeaineturu trendid teistest allikatest saadud tulemusi. Turuanalüüs näitas, et geneeriliste ravimite kasutuselevõtt suurenes vaadeldava perioodi jooksul 55%. Kuna töö eesmärk oli aga leida seos just toimunud kampaaniatega, siis vaatles autor muutusi erinevate näitajate osas nii enne kui ka pärast kampaaniat. Esmaste andmete analüüs näitas, et perearstid, kes tunnistasid sotsiaalkampaania mõju nende retseptikirjutamise harjumustele, muutsid oma käitumist eeskätt vaid lühiajaliselt (kampaania ajal või vahetult selle järel), kusjuures püsivaid muutusi täheldas vaid 8% vastanud perearstidest. Ka Riigikontrolli raportis oli välja toodud, et sotsiaalkampaania mõju oli täheldatav eeskätt vahetult kampaania järgselt. Samasuguse järelduse tegi ka Trumm oma magistratööga patsientide osas, kes täheldasid kampaania mõju eeskätt selle ajal ja

järgselt. Seepärast vaatles töö autor lisaks üldistele trendidele toimeainegrupis aega, mis järgnes vahetult kampaaniate toimumisele. Analüüs näitas, et geneeriliste ravimite kasutuselevõtu suurenemise ja toimunud sotsiaalkampaaniate vahel puudub otsene seos. Samuti puudub sotsiaalkampaaniatel selline seos ka originaaltoote tarbimisega. Kuigi originaaltoote tarbimine vähenes perioodi jooksul 31%, siis seos kampaaniatega polnud täheldatav, kuna muutused olid tingitud peamiselt uute geneeriliste toodete turule lisandumisest ja selle tulemusena piirhinna langemisest.

2) Kuidas kampaania muutis patsientide tarbijakäitumist?

Vastus: sotsiaalkampaania tõstis osaliselt tarbijate teadlikkust, kuid käitumismuutusi tõi see kaasa vähe.

Toimeaineturu analüüsi kohaselt ei muutnud sotsiaalkampaaniad patsientide tarbijakäitumist, sest kampaaniajärgselt ei kasvanud geneeriliste ravimite tarbimine statistiliselt olulisel määral. TNS Emori kampaaniajärgsed küsitlused (Emor 2011, 2013) näitasid ulatuslikku kampaania märgatavuse, mis oli teise kampaania järgselt veel omakorda kasvanud, siis kahjuks tunnistasid vastanud patsiendid, et kampaania toimel on nad ise küsinud soodsamat ravimit vaid 7% juhtudest. Trummi magistritöö ankeetküsitluse tulemused näitasid samuti, et kampaania tõstis osaliselt tarbijate teadlikkust, kuid käitumismuutusi kaasnes sellega vähe.

3) Kuidas mõjutas kampaania arstide retseptikirjutamise harjumusi ja eelistusi?

Vastus: analüüsi tulemusi hinnates võib öelda, et sotsiaalkampaaniad muutsid arstide retseptikirjutamise harjumusi väga vähesel määral.

Toimeaineturu analüüs otseselt kampaania mõju selles toimeainegrupis ei näidanud. Statistiliselt kampaaniad selliseid muutusi kaasa ei toonud, mis kinnitaksid arstide retseptikirjutamise harjumuste muutust määral, mis oleks näidanud vastavaid trende ka ravimistatistikas. Esimese kampaania ajal toimusid küll oodatud muutused, kuid analüüs näitas, et need olid ajutised ja ajaliselt sobitusid esimese kampaaniaga vaid juhuslikult. Kõik järgmised kampaaniad selliseid muutusi kaasa ei toonud, vaid kohati toimis kampaania püstitatud eesmärkidele isegi vastupidiselt.

Magistritöö esmaste andmete analüüs näitas, et sotsiaalkampaania püsivat mõju oma retseptikirjutamise harjumusele täheldas vaid 8% vastanud perearstidest. Seega 92% arstidest leidsid, et kampaania ei mõjutanud või mõjutas vaid lühiajaliselt nende

retseptikirjutamise harjumusi. Kampania mõju oli perearstide seas küll täheldatav, aga muutusi retseptikirjutamise harjumustes tõi see kaasa vähe.

- 4) Millist ja millisel määral osutas kampania mõju hindadele geneerilistes toimeainegruppides?

Vastus: toimeaineturu analüüsi kohaselt ei osutanud sotsiaalkampaniad geneerilise toimeainegrupi hindadele oodatud mõju.

Antud magistritöö raames keskenduti analüüsis vaid ühele konkreetsele toimeainegrupile ning autor ei ekstrapoleeri antud tulemust kogu geneerilisele turule. Konkreetselt töös käsitletud toimeaineturu analüüs näitas, et sotsiaalkampaniad ei toonud kaasa oodatud muutust. Vaadeldava perioodi jooksul langes küll keskmine hind antud toimeainegrupis, aga seda eeskätt geneeriliste toodete arvel. Originaaltoote hind langes perioodi jooksul vaid -11%, seega toimeaineturu generaliseerumine ei toonud kaasa märkimisväärset hinnalangust. Originaaltoote hind jäi kogu vaadeldava perioodi jooksul keskmiselt 48% kõrgemaks kui geneerilistel ravimitel. Kui toimeaineturu geneeriliseks muutumisel oodatakse hindade langust, mis omakorda viiks piirhindade jätkuva languseni, siis metoprolooli puhul on oluline välja tuua, et kogu vaadeldava perioodi jooksul muutus selle toimeainegrupi piirhind vaid ühel korral, mil turule lisandus kaks uut toodet, mõlemad oluliselt madalama hinnatasemega, kui oli varasem keskmine hind. See viis küll piirhinna langusele, aga tänaseks on need mõlemad tooted turult lahkunud ning hinnatase selles toimeainegrupis on püsinud muutumatuna (vt Peatükk 3.3.2.). Seega võib väita, et konkreetselt analüüsitud toimeaineturu puhul ei avaldanud sotsiaalkampania toimeainegrupi ravimihindadele soovitud mõju.

- 5) Milline mõju oli kampanial patsientide omaosalusele?

Vastus: patsientide omaosalus on vaadeldava perioodi jooksul langenud, kuid analüüs ei kinnitanud selle seost kampaniatega.

Haigekassa hinnangul on kampania avaldanud patsientide omaosalusele positiivset mõju. Enne kampania algust suurenes inimeste omaosalus ravimite ostmisel pidevalt, ulatudes 2009. aasta andmeil keskmiselt kaheksa euronit ühe retsepti kohta. Tänapäevaks on märgata langustrendi. 2013. aasta 9 kuu andmete alusel tuli ühe soodusretsepti eest tasuda juba oluliselt väiksem summa – 6,41 eurot. Samas Riigikontrolli hinnangul ostab patsient apteegist kõige soodsama ravimi ainult umbes 10% juhtudel.

Riigikontrolli hinnangu kohaselt on umbes 40-50% patsiendi omaosalusest välditav. Antud magistritöös analüüsitud toimeaineturg (umbes 85 000 kasutajat) kinnitas samasugust tulemust. Välditava summa osakaal oli kogu perioodi jooksul keskmiselt 45%. Seega võib öelda, et peaaegu poole toimeainegrupi käibest moodustab välditav osa ehk see, mida ei oleks pidanud maksma, kui oleks kasutatud piirhinnaaluseid või piirhinnaga samapalju maksvaid odavamaid geneerilisi ravimeid.

Informatsioon, mis on saadud teoreetilistest allikatest, varasematest uurimustest ja teistest allikatest ning töö empiirilises osas läbiviidud uuringutulemuste analüüsist, on autori arvates piisav, et saaks formuleerida konkreetseid ettepanekud ja soovitused, mida võiks aluseks võtta tulevikus ravimitarbimise sotsiaalkampaniad läbi viies. Nendest soovitustest annab autor ülevaate järgmises peatükis.

4.3. Praktilised soovitused ja ettepanekud sotsiaalse turunduse põhimõtete rakendamiseks sotsiaalkampania planeerimisel ja läbiviimisel

Tuginedes töö teoreetilisele ja empiirilisele osale toob autor välja endapoolsed ettepanekud ja soovitused sotsiaalse turunduse põhimõtete rakendamise kohta mõistliku ravimitarbimise sotsiaalkampaniates:

- a) Kampania korraldamisel tuleks arvestada, et tegemist ei ole traditsionaalse tarbijakäitumise protsessiga. Komplekse tarbijakäitumise protsessi moodustavad kõik olulised osapooled koos – arst, kes teeb raviotsuse; apteeker, kes ravimi väljastab ning patsinet, kes ravimi ostab. Et tarbijakäitumise protsess oleks toimiv ning kaasneks ka alternatiivide hindamine, peaks kampaniad haarama kõiki kolme osapoolt ühtselt ja võrdselt.
- b) Enne järgmise kampania korraldamist peaks tagama ravimiturul piisava konkurentsi. Juurdunud on kahe ravimimüüja väga tugev vertikaalne integratsioon. Kahe hulgemüüja domineerimine ning nendepoolne enamike apteekide omamine võib oluliselt halvendada osade ravimite kättesaadavust. Apteekides hoitakse ja pakutakse

nö lepingupartnerite tooteid. Muutused selles suunas õnneks käivad (apteekide asutamispiirangute kaotamine, apteekide soetamise piiramine⁸ jt).

- c) Järgmise kampaania korraldamisel peaks läbiviija (Haigekassa) arvestama juba olemasolevate teadmistega (Trumm 2012, EMOR 2011, 2013), et retseptiravimi valikul ei kehti tarbijakäitumise mudelite eeldus ja et tarbija kaalub enne ostuotsuse tegemist oma alternatiive ratsionaalselt. Täpsemalt, enamus patsiente ei tee retseptiravimi osas iseseisvaid valikuid, vaid tugineb arsti soovitusel (2/3 vastajatest). Seega kampaania sihtgruppi peab haarama kõik olulised osapooled ostuotsustusprotsessis ning sõnumid tuleks formuleerida selliselt, et oleks sünergia kõikide osapoolte otsuste vahel.
- d) Järgmisi kampaaniaid üles ehitades peaks silmas pidama sotsiaalses turunduses olulist, vabatahtlikkuse aspekti. Kampaania sõnum peaks näitama lisaks patsiendi kasule ka teisi, arstile, apteekrile ning kogu ühiskonnale kasulikke nüansse. Kampaania, kus ostuotsusesse on kaasatud mitu osapoolt, ei tohiks üheaegselt anda ühele neist vabatahtlikku ja soovituslikku valikuvõimalust, samal ajal teist kaht osapoolt vaid regulatsioonide ja järelevalvega survestades. Sotsiaalkampaania puhul peavad kõik osapooled tajuma võrdselt vabatahtlikkuse aspekti. Arstide ja apteekrite regulatsioonikuulekust ei peaks mitte järelevalvetegevusega kontrollima, vaid võiks kehtida teatud motivatsiooniskeemid. Oleks vaja täpseid mõõdikuid, mis näitaksid, mitu protsenti, mis ajaks peab olema toimeainepõhiseid retsepte. Parimatele järgijatele võiks kaasuda näiteks lisatasu, täiendkoolituspunktid, laienenud retseptikirjutamise luba uute innovaatiliste ravimite osas vms.
- e) Uute kampaaniate ettevalmistamisel peaks täiendavalt arvestama asjaoluga, et ka sotsiaalse turunduse puhul tegutsetakse konkurentsitingimustes. Konkurendiks on sihtgrupi praegune eelistatud käitumine. Oluline on fookus - tuleks enne kampaaniat täpselt selgitada, milline ja mis põhjusel on teatava sihtgrupi praegune käitumine selline ning sellest lähtuvalt leida parim viis, kuidas seda käitumist muuta. Kindlasti ei

⁸ Konkurentsiamet sai 10.12.2007 koondumise teate hulгимүүija Magnum Medical'i tütarettevõttelt Terve Pere Apteek OÜ soetada veel üks apteek (suurim apteek Saku), konkurentsiamet aga peatas selle tehingu ja keelas Saku apteegi ostmise. Terve Pere Apteek vaidlustas otsuse ja küsimust arutatakse tänaseni kohtus (Koondumise 2010)

saa seda teha ühe, universaalse sõnumiga. Sõnumid peavad kõnetama iga osapoolt personaalselt.

- f) Järgmiste kampaaniate korraldamisel soovib käesoleva töö autor võtta aluseks 7P kontseptsioon (vt põhjendusi lk 84-86).
- g) Eelmiste kampaaniate puhul puudus terviklik hindamismudel. Järgmine kampaania peaks algama kampaaniaeelse hindamisega, millele järgneb protsessi, tulemuste ja mõju hindamine. Eelmiste kampaaniate puhul oli hinnatud vaid tulemusi (märgatavust, hinnangulist mõju).
- h) Kuna esmaste andmete analüüs näitas, et sotsiaalkampaania mõju hindasid erinevas vanusegrupis olevad arstid erinevalt ning samuti oli erinevus märgata ka töötatud aja osas, soovib töö autor seda asjaolu kindlasti arvesse võtta sihtgrupile lähenemise meetodikat ja sõnumeid valides. Tuleb arvestada, et nooremad arstid on lõpetanud arstiteaduskonna hoopis teistsugusel ajal kui nende vanemad kolleegid, mis tähendab ka kaasajastatumat infot ravimite osas. Arstid, kelle vanus on üle 45 ea. ei saanud õpingute käigus infot geneerilisest konkurentsist, kuna selline asi puudus. Seega on nende puhul isikliku kogemuse domineerimine ravimi valikul ilmselge.
- i) Nagu korduvalt mainitud, näeb töö autor ühe olulisima puudusena sihtgrupi määratlemist. Täpsemalt mittemääratlemist. Sihtrühma määratlemise puhul püüti haarata vaid patsienti ning nende puhul kogu täiskasvanud elanikkonda koos. Samas TNS Emori hilisemates mõõtmistes (EMOR 2013) erinevad sihtrühmad siiski sätestati aga seda siis mõõtmiste paremaks läbiviimiseks. Teoorias on konkreetse sihtrühma tundmine see, mis võimaldab töötada välja sõnumi, mis mõjutab sihtrühma ning aitab valida kõige efektiivsemad kanalid selle sõnumi edastamiseks.
- j) Autor näeb sellise kampaania korraldamisel ka eeltestimise vajalikkust. Eeltestimine annab võimaluse saada kinnitust, kas kampaania planeerimisel on tehtud õiged valikud, samuti annab see võimaluse näha ette võimalikke arvamusi ja reaktsioone.
- k) Lisaks leiab töö autor, et kampaaniate sõnumid olid liiga pikad ja laialivalguvad. Teoreetilised lähtekohad hindavad pigem lühikesed sõnumite efektiivseks. Sellest järeldub taas, et sõnumi koostamine on väga oluline. Lihtne, kuid selge sõnum jääb meelde pikemaks ajaks.
- l) Kampaaniad (nii olnud kui tulevased) tuleks siduda ühtseks tervikuks, et taktikalised plaanid ja eesmärgid töötaksid ühtse strateegilise (pikaajalise) eesmärgi nimel. Iga

järgmine kampaania peaks nõ välja kasvama eelmisest, mis on eelnevalt põhjalikult analüüsitus ja hinnatud ning kitsaskohad kaardistatud.

Kokkuvõtteks võib öelda, et üks olulisim puudujääk kampaaniate korraldamisel oli just sihtgrupi täpne mittemääratlemine, mis on teoorias nimetatud kui kriitilise tähtsusega tegur. Andreasen (1995, 14) on välja toonud, et sihtgrupi käitumine on sotsiaalkampaania puhul peamine ning kõik strateegiad saavad alguse sihtgrupist. Autori järeldus on, et sotsiaalse turunduse põhimõtteid ei rakendatud või rakendati puudulikult ning need ei järginud sotsiaalse turunduse ja sotsiaalkampaaniate teoreetilisi põhitõdesid. Kas see on ka põhjus, miks ei ole lühiajaliselt kampaaniad olnud edukad, on siiski hüpoteetiline. Vaja oleks jälgida ka pikaajaseid tulemusi. Sotsiaalse turunduse puhul on sihtrühma vaja oluliselt rohkem veenda, kui kommesturunduse puhul ja see peab toimuma järjepidevalt. Järjepidev teema käsitlemine ning kampaaniate korraldamine võib osutud efektiivseks ka juhul, kui lühiajaline mõju puudub. Seega võivad läbiviidud kampaaniad pikemas perspektiivis näidata positiivsemat tulemust. Selleks oleks vaja läbi viia vastav uurimus tulevikus.

Sotsiaalkampaania peamine eesmärk ei olnud mitte patsientide teadlikkuse tõstmine (mida aga ainsana mõõdeti), vaid omaosaluse vähendamine. Seega minnes pisut antud töö temaatikast kõrvale, leiab autor, et selle eesmärgi saavutamiseks võiks kasutada hoopis radikaalsemaid lahendusi, mis viiksid geneeriliste ravimite kasutamise kasvule ja sealt edasi patsientide omaosaluse vähenemisele:

- a) Autori arvates võiks generaliseerunud toimeaineturul näiteks kaotada nõ raviminimed ehk kõik tootjad viiksid oma sama toimeainega ravimid ühtse toimeainenime alla.
- b) Riik võiks kehtestada piirhinna, mis ei oleks nõ korreleeruv ravimite müügihinnaga (välistaks hinna tõstmist uuesti juhul, kui mõni odav geneerik turult kaob ning mille järgi hinda enne langetati).
- c) Lisaks võiks kehtestada nõ hinnalae, ehk määratleda hind, millest kõrgem ei tohi antud toimeainegrupis toote jaehind olla (ristrefereerimisel seda tehaksegi). Kui hinnasurve võib originaaltoodete puhul (kui ei ole geneerikuid kõrval) olla ohtlik, sest tootja võib kaotada motivatsiooni ning ravimi turult ära võtta, mis aga halvendaks ravi kättesaadavust ja ravivalikuid, siis geneerilise konkurentsi korral ei ole see probleemiks, kui mõni tootja turult lahku.

- d) Võiks kehtestada vajadusel nõ erijuhud. Kui on siiski mõni arst ja patsient, kes soovib kindlasti originaaltoodet ja seda siis meditsiinilistel põhjendustel, võiks olla kaasatud protsessi ka tootja. Ehk kui originaator siiski toote hinda langetada ei taha (või ei saa), siis kehtib talle nõ kuludejagamise skeem, mille kohaselt kannab esialgu kulud ravimitootja, ning ravikindlustuse rahast kaetakse alates sellest, kui originaaltoote ravivastus ennast tõepoolest õigustab.
- e) Regulatsioonid võiksid olla ka apteekide osas rangemad. Piirhinnaalused ravimid peaksid sees olema. Kui ei ole, peaksid järgnema sanktsioonid, mis selle tulemuse ikkagi tagaksid. Samas on apteekide puhul tegemist eraettevõtetega. Seega peaksid kehtima vabaturumajanduse tingimused. Et apteeker ei oleks motiveeritud müüma just kallimat ravimit kasumi maksimeerimise põhjusel, tuleks geneeriliste ravimite puhul muuta üldisi ravimitele kehtestatud juurdehindlusmäärasid, mis ei oleks siis mitte protsendina, vaid fikseeritud summana (näiteks sõltudes piirhinnast). Ravimitele kehtivad juurdehindlusmäärad on toodud lisas 7.

Töö autor toetab igati geneeriliste ravimite kasutuselevõtu suurenemist ning leiab, et toimeainepõhine retsept, ravimpreparaatide olemasolu apteekides ning võimalik asendamine on kõik õiged meetmed patsiendi ravimikulude vähendamisel. Autor toetab kõiki võimalikke meetmeid genraliseerunud ravimituru reformimisel eesmärgiga tagada minimaalsed kulutused nii patsiendile kui Haigekassa eelarvele ning seda eesmärgiga suurendada ressursse uute ja innovaatiliste ravimite kättesaadavuse parandamiseks. Patsientide kõrge omaosaluse kõrval on kahjuks uute ravimite müügiloa saamine ning soodusnimekirja lisamine järgmine valupunkt, mille osas Eesti, võrreldes teiste Euroopa riikidega, on väga halvas seisus. Ravimite lisamine soodusnimekirja võtab ettenähtust keskmiselt kolm korda kauem aega ning Eestis on turul oluliselt vähem soodusravimeid kui teistel sarnastel turgudel. (Surveying... 2011)

KOKKUVÕTE

Magistritöö uurimisobjekt oli mõistliku ravimitarbimise sotsiaalkampaania. Magistritöö eesmärk oli analüüsida mõistliku ravimitarbimise sotsiaalkampaania reaalsel mõju tarbijakäitumisele kampaania eesmärgist lähtuvalt. Mõistliku ravimitarbimise sotsiaalkampaania eesmärk on vähendada patsientide omaosalust retseptiravimite ostul.

Töö kirjutamisel lähtus autor ühiskondlikust ja isiklikust huvist. Tervisega seonduv on aktuaalne igal ajahetkel kuna puudutab meist igapäev. Samuti on ühiskonnas alati kõrgendatud huvi riiklike institutsioonide poolt korraldatud tegevuste tulemuslikkuse ja mõttekuse osas. Kuna töö autor ei suutnud erinevaid allikaid läbi töötades leida vastust, kas Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa poolt korraldatud mõistliku ravimitarbimise kampaania täitis oma eesmärgi, tõstatas töö autor sellele vastuse leidmise antud magistritöö eesmärgiks. Autorit, kes ka ise töötab ravimite valdkonnas, motiveeris lisaks soov anda panus tulevaste sotsiaalkampaaniate korraldamise efektiivsemaks muutumisele ning võimalike ettepanekute väljatöötamine ravimipoliitika ühe olulisema eesmärgi saavutamisel, milleks on patsientide omaosaluse vähendamine.

Töös püstitatud eesmärk saavutati läbi erinevate uurimisülesannete täitmise. Töös kajastas autor teoreetilisi seisukohti seoses sotsiaalse turundusega, sotsiaalkampaaniatega ning nende seostega ravimisektoris. Töö paremaks mõistmiseks andis autor ülevaate ka Eesti ravimiturust ja selle spetsiifikast. Empiirilises osas keskendus autor erinevatele andmetele ning kasutas erinevaid meetodeid nende andmete analüüsimiseks. Andmekogumise meetodid olid töö eesmärgist lähtuvad, kasutati nii kirjeldavat kui analüütilist lähenemist. Ühte konkreetset meetodit ei kasutatud põhjusel, et autor ei näinud võimalust ühe analüüsimeetodiga ja vaid ühete andmete foonilt lahendada lõpuni töö eesmärk. Autor lähtus nõ pragmatismi paradigmat: „Uurimisprobleem on kuningas“, mis tähendab, et pole oluline, missugust meetodit kasutatakse, peamine on vastata püstitatud uurimisküsimustele. Vaid üht analüüsimeetodit kasutades (teiseste andmete analüüs) oleks saanud vastata töö probleemist juhitud küsimusele, ehk analüüsiandmetele tuginedes saab väita, et sotsiaalkampaaniad ei

olnud tõhusad, sest need ei toonud kaasa ravimipoliitikaga kampaaniale püstitatud eesmärki, vähendada patsientide omaosalust retseptiravimite ostul. Kuna aga autori motivatsioon töö teema valikul oli anda panus tuleviku ravimitarbimise sotsiaalkampaaniate korraldamise efektiivsemaks muutmisele ning võimalike ettepanekute väljatöötamisele ravimipoliitikas, siis kaasas autor ka teise uurimuse, mis selgitas arstide retseptikirjutamise harjumusi ning sotsiaalkampaania mõju sellele. Just see osa uurimusest võimaldas laiendada uurimisküsimust „kas“ laiendiga „miks“. Täpsemalt, autor leidis esimese empiirilise osaga vastuse küsimusele, „kas sotsiaalkampaania vähendas omaosalust?“, mille lühivastus on, et ei muutnud. Teine uurimus aga andis sisendeid vastamaks küsimusele, „miks sotsiaalkampaania ei muutnud patsientide omaosalust?“ Siin ühest vastust välja tuua on keerulisem, seepärast loetleb autor kõige märkimisväärsamad:

- a) Sotsiaalkampaaniate mõju arstidele oli marginaalne, vaid 8% vastanud arstidest tunnistas kampaania püsivat mõju nende retseptikirjutamisele.
- b) On suur hulk arste, kes leiavad, et retseptiravimi määramine peaks olema ainult arsti ampluaa.
- c) Enamus arste on veendunud, et kui patsient on mingit ravimit juba kasutanud, siis seda muuta ei tohiks.
- d) Arsti vanus on tegur, mis väga oluliselt mõjutab arsti retseptikirjutamise harjumusi ja ka suhtumist sotsiaalkampaaniasse.

Neid teadmisi aluseks võttes ning nende sidumisel töö teoreetilises osas koondatud teadmistega, tegi autor rida ettepanekuid tuleviku mõistliku ravimitarbimise kampaaniate läbiviimiseks. Autor leidis, et üks olulisim puudujääk kampaaniate korraldamisel oli just sihtgrupi täpne mittedääratlemine, mis on teoorias nimetatud kui kriitilise tähtsusega tegur. Patsient üksi ei ole õigustatud sihtgrupp, kuna ta ei ole retseptiravimi ostul ainus ostuprotsessi liige. Kampaania korraldamisel ei arvestatud, et retseptiravimi ostul puudub traditsionaalne ostuotsustusprotsess ning et ei saa lahutada selle protsessi liikmeid teineteisest. Retseptiravimi ostul hõlmab tarbijakäitumine mitut osapoolt ning ostuotsus valmib samuti ühiselt, arst-apteeker-patsient kooslusena. Autori arvates on see teadmine kõige olulisem alustala järgmiste kampaaniate korraldamisel.

Kampaaniate korraldamisel ja läbiviimisel oli suureks puuduseks kampaania hindamismudeli eiramine. Teoorias käsitletud mudel kajastas 4 erinevat hindamisetappi, kus

ükski ei olnud teisest vähemtähtis. Uuritud sotsiaalkampaaniate puhul hindas korraldaja aga vaid selle märgatavust. Märgatavus oli väga hea ja jätkukampaaniatega kasvav, kuid see ei olnud kampaania eesmärk. Seega kokkuvõtlikult tegi autor tööga järelduse, et mõistliku ravimitarbimise kampaaniate puhul oli olulisemaks probleemiks see, et ei rakendatud sotsiaalse turunduse põhimõtteid, või rakendati puudulikult ning need ei järginud sotsiaalse turunduse ja sotsiaalkampaaniate teoreetilisi põhitõdesid. Peamised ettepanekud, mis magistritöö autor välja tõi on kokkuvõtlikult järgmised:

- a) Kampaania korraldamisel tuleks arvestada, et tegemist ei ole traditsionaalse tarbijakäitumise protsessiga.
- b) Ravimiturul peab tagama piisava konkurentsi ning välistama vertikaalse integratsiooni.
- c) Kampaania korraldamisel peaks arvestama, et enamus patsiente ei tee retseptiravimi valikul iseseisvaid otsuseid, vaid tugineb arsti soovitusel (2/3 vastajatest).
- d) Kampaania sihtgruppi peab haarama kõik olulised osapooled ostuotsustusprotsessis (arst-apteeker-patsient) ning sõnumid tuleks formuleerida selliselt, et oleks sünergia kõikide osapoolte otsuste vahel.
- e) Sotsiaalkampaania korraldamisel tuleb arvestada sotsiaalses turunduses olulist, vabatahtlikkuse aspekti.
- f) Kampaania sõnum peaks näitama lisaks patsiendi kasule ka teisi - arstile, apteekrile ning kogu ühiskonnale kasulikke nüansse.
- g) Tuleb arvestada asjaoluga, et ka sotsiaalse turunduse puhul tegutsetakse konkurentsitingimustes. Konkurendiks on sihtgrupi praegune eelistatud käitumine.
- h) Sotsiaalkampaaniate korraldamisel tuleks aluseks võtta 7P kontseptsioon.
- i) Kampaaniate hindamine peaks olema terviklik – kampaaniaeelne, protsessi, tulemuste ja mõju hindamine.
- j) Sihtgrupile lähenemise meetodikat ja sõnumeid valides tuleks arvestada teadmise, et erinevas vanusegrupis olevate perearstide tarbijakäitumine on erinev ning nad peaksid olema sihtgrupina eristatud.
- k) Määratleda tuleb konkreetsed siht- ja alasihtühikud, töötada välja sihitud sõnumid ning valida kõige efektiivsemad kanalid selle sõnumi edastamiseks.
- l) Sotsiaalkampaania korral soovib autor eeltestimist.

- m) Sõnumid peavad olema lühikesed ja efektiivsed, Lihtne, kuid selge sõnum jääb meelde pikemaks ajaks.
- n) Kampaniad tuleks siduda ühtseks tervikuks, et taktikalised plaanid ja eesmärgid töötaksid ühtse strateegilise (pikaajalise) eesmärgi nimel.

Kuigi uurimus näitas, et lühiajaliselt ei onud korraldatud kampaniad edukad, siis pikemas perspektiivis võib see osutada teistsuguseks. Sotsiaalse turunduse puhul on sihtrühma vaja oluliselt rohkem veenda, kui kommetsturunduse puhul ja see peab toimuma järjepidevalt. Korraldatud kampaniate puhul oli järjepidevus esindatud ning Haigekassa on kinnitanud, et kampaniate korraldamine jätkub. Seega võivad läbiviidud kampaniad pikemas perspektiivis näidata positiivsemat tulemust. Selleks oleks vaja läbi viia vastav uurimus tulevikus.

VIIDATUD ALLIKAD

Andreasen, A. R. (1994). Social Marketing: Definition And Domain. – *Journal of Public Policy and Marketing*, 13, 1, 108-114.

Andreasen, A. R. (1995). Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, social Development and the Environment. San Francisco: Jossey Bass.

Andreasen, A. R. (2000). A new/old approach to social change. – *Proceeding of the nonprofit marketing summit conference*. Tampa, Florida : Marketing Summit Conference, 16–17.märts.

Andreasen, A. R. (2001). Intersector transfer of marketing knowledge. – *Handbook of Marketing And Society 2001*. California : Sage Publication, 80-104.

Boström, K. (2011). Consumer behaviour of pharmacy customers. Choice of pharmacy and over-the-counter medicines. Bachelor of Business Administration Thesis, ARCADA

Danzon, P., Furukawa, M. (2008) Prices and Availability of Pharmaceuticals: Evidence From Nine Countries. – *Health Affairs*, October 2008, lk 526-528.

De Joncheere, C.P., Rietveld, A.H., Huttin, C. (2003). Experiences with Generics. – *Drugs and Money: Prices, Affordability and Cost Containment*. (Eds.) M. Dukes, F. Haaijer-Ruskamp, C. de Joncheere, A. Rietveld. Amsterdam: IOS Press, pp101-109.

Ravimikasutuse kampaania. (2011). Eesti Haigekassa kodulehekül. http://www.haigekassa.ee/sama_hind/ 28.09.2013)

Soodusravimid. (2013). Eesti Haigekassa kodulehekül. <http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/soodusravimid/mis-on-geneeriline-ravim-ehk-k/> (20.10.2013)

Terviseedenduse prioriteetid. (2013). Eesti Haigekassa kodulehekül. <http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/tervisedendus/prioriteetid/> (29.10.3013)

Eesti ravimituru maht. (2013). Ravimiameti kodulehekül. <http://www.sam.ee/eesti-ravimituru-maht-2012-ii-kvartalis> (3.01.2014)

Eesti ravimpoliitika alused (2010). Sotsiaalministeerium. http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Ravimpoliitika_alused_2010.pdf (3.01.2014)

EFPIA. (2006). The Pharmaceutical Industry in Figures: 2005 edition

EFPIA. (2010). Patients W.A.I.T. indicator.

<http://www.efpia.eu/Content/Default.asp?PageID=559&DocID=10200> (08.01.2011)

EMOR - Mõistliku ravimikasutuse sotsiaalkampaania hindamine. (2011). TNS Emor. Tellitud kokkuvõte

EMOR - Eesti Haigekassa mõistliku ravimikasutuse sotsiaalkampaania märgatavus. (2013). TNS Emor.

http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/2013_12_ravimikasutuse_kampaania_uuringu_raport.pdf (12.01.2014)

Engel, J. F., Blackwell, R. D., & Kollat, D. T. (1978). Consumer Behavior. Dryden Press, Hinsdale, IL.

Fahey, M. (1996). Guide to Consumers Pharmaceutical Purchasing Behavior. – *Journal of Managed Care Pharmacy*. Vol. 2, No.5 Sep/Oct 1996.

Foo, Y.C. (2013). EU fines Lundbeck and others 146 million euros for blocking rival drugs. <http://www.reuters.com/article/2013/06/19/us-eu-lundbeck-idUSBRE95I0C820130619> (19.06.2013)

Goldberg, M. (1995). Social Marketing: Are We Fiddling While Rome Burns. – *Journal of Consumer Psychology*. Vol.4, 347-370.

Goldberg, M., Fishbein, M., Middlestadt, S. (1997). Social Marketing: Theoretical and Practical Perspectives. USA: Psychology Press.

Hawkins, I., Best, R. J., & Coney, K. A. (1998). Consumer behavior: Building marketing strategy. New York: Irwin/McGraw-Hill.

Izmirlieva, M. (2003). Regulatory Efforts to Promote the Use of Generics-Government vs Big Pharma. OECD, pp 9. <http://www.touchhelthsciences.com/articles/regulatory-efforts-promote-use-generics-government-versus-big-pharma> (12.11.2013)

Is there any difference? GfK research, Ukraine.

http://www.gfk.at/imperia/md/content/gfkaustria/data/newsletter/cee/2010/ceemea-nl-2010-11-hc_ukraine.pdf (7.03.2014)

Kanavos, P., Vadoros, S., Casson, M. (2011). Ravimihindade ja ravimitele juurdepääsu erinevused Euroopa Liidus. - Euroopa Parlament.

<http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies.do?language=EN> (7.05.2013)

Kanavos, P., Vadoros, S., Habicht, J., De Joncheere, K. (2009). Review of the Estonian Pharmaceutical Sector; Towards the Development of a National Medicines Policy. WHO. http://www.euro.who.int/_assets/pdf_file/0004/96448/E93049.pdf (7.11.2013)

Koondumise nr 32/2007 Terve Pere Apteek OÜ ja OÜ Saku Apteek täiendava menetluse alustamine. Konkurentsiamet.

<http://www.konkurentsiamet.ee/public/Koondumised/2007/ko200732t.pdf> (03.05.2014)

Kotler P., Brown L., Adam S., Armstrong G. (2001). Marketing. 5th ed. Australia: Pearson Education

Kotler, P. (2003). Marketing Management. 11th ed. USA: Prentice Hall.

Kotler, P., Roberto, E. L., Roberto, N. (1989). Social Marketing: Strategies For Changing Public Behavior. 2nd ed. USA: Sage Publication.

Kotler, P., Roberto, N., Lee, N. (2002) Social Marketing: Improving The Quality Of Life. 2nd ed. USA: Sage Publication.

Kotler, P., Zaltman, G. (1971). Social Marketing: An Approach To Planned Social Change. – *Journal of Marketing*. Vol.35, pp. 3-12.

Kõrvaltoimete raporteerimine Euroopas Liidus. EMEA.
<https://eudragilance.ema.europa.eu/human/> (12.12.2013)

Köningbauer, I. (2006). Generic Competition and Price Regulation in Pharmaceutical Markets. *CES Economic Studies*, 52, 3, 565-586.

Laidmäe, E. (2013) Patsiendi omaosalus soodusravimite ostmisel ja selle vähendamisele suunatud abinõud. – *Eesti Arst*. Vol. 92 (1), lk 34-38.

Laius, O. (2009). Eesti Ravimistatistika 2006-2008. Tartu: Ravimiamet . 32lk.

Lefebvre, R.C. (1997). 25 Years of Social Marketing: Looking Back to the Future. – *Social Marketing Quarterly*. Vol.3. No 5, pp.51-58.

Manchanda, P., Wittink, D. R., Ching, A., Cleanhous, P., Ding, M., Dong, X. J., Leeflang, P. S. H., Misra, S., Mizik, N., Narayanan, S., Steenburgh, T., Wieringa, J. E., Wosinska, A., Xie, Y. (2005). Understanding Firm, Physician and Consumer Choice Behavior in the Pharmaceutical Industry. Springer Science + Business Media, Inc. *Marketing Letters* 16:3/4, 293–308, 2005.

Martin, G., Herie, M., Turner, B., Cunningham. (1998) A Social Marketing Model For Disseminating research-based treatments to addictions treatment providers. – *Addiction*. Vol. 93 (11), pp. 1703-1715.

Matsuda, R. (2008). Action Plan for Promoting Generic Substitution. Kinugasa Research Institute. Ritsumeikan University. Kyoto. Vol.11 http://www.hpm.org/en/Surveys/-Ritsumeikan_University_Japan/11/Action_Plan_for_Promoting_Generic_Substitution.html

Nordqvist, C. (2011). By the end of next year, 7 of the 20 top selling medications will lose their patent protection, making way for much cheaper generic versions. <http://www.medicalnewstoday.com/articles/231690.php> (12.02.2013)

Perry, G. (2006). The European generic pharmaceutical market in review:2006 and beyond. – *Journal of Generic Medicine*. Vol. 4(1), pp. 4-14.

PPRI (Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information). (2007). European Commission. <http://ppri.oebig.at/index> (22.10.2013)

Puri, A., Saluja, S. (2008). Insights into OTC and Pharmacy. The Nielsen Company research, presented at the ESOMAR Global Healthcare Conference, 2008. http://nl.nielsen.com/site/documents/ESOMAR_report0308.pdf (22.10.2013)

Ravimiameti järelevahtevused 2013 aastal (2013). Ravimiamet. <http://www.sam.ee/ravimiameti-jarelevahtevused-2013-aastal> (11.04.2014)

Ravimiameti statistika aastaraamat. (2012). Ravimiamet http://www.ravimiamet.ee/sites/default/files/documents/publications/statistika_aastaraamat_2012/statistika_aastaraamat_2012.html#/32 (11.03.2014)

Ravimite hüvitamise korraldus (2012). Riigikontrolli aruanne Riigikogule. Tallinn, 6. september 2012.

Ravikindlustuse seaduse muutmise seadus (2012). Vabariigi Presidendi otsus 28.12.2012.a – RT I 2012, 6.

Ravikindlustuse seadus (2002). <https://www.riigiteataja.ee/akt/131122012011> (20.02.2014)

Ravimite hulgi- ja jaemüügi juurdehindluse piirmäärad ning nende rakendamise kord. (2011). Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/13353363> (5.05.2014)

Ravimid ja tervis. Ravimitootjate Liidu kodulehekülg. <http://www.rtl.ee/et/originaalravim/> (26.10.2013)

Ravimite piirhindade arvutamise meetodika, kehtestamise tähtajad ning muutmise tingimused ja tähtajad (2010). Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/126112010004> (6.01.2014)

Ravimite piirhinnad (2013). Eesti Sotsiaalministeerium. <http://www.sm.ee/tegevus/tervis/tervishoid-ja-ravimid/soodusravimid/ravimite-piirhindade-muutmise-maarused-ja-info.html> (3.01.2014)

Rothchild, M. (1997). An Historic Perspective of Social Marketing. – *Journal of Health Communication*. Vol. 2, pp. 308-309.

Simoens, S., Coster, S. (2006). Sustaining Generic Medicines Markets in Europe. – *Research Centre for Pharmaceutical Care and Pharmaco-economics*. Leuven University, April.

Simon, H. (1947). *Administrative Behaviour*. 2nd ed. New York: Macmillan.

Solomon, M., Bamossy, G., Askegaard, S. (2002). *Consumer behavior: A European perspective*. Prentice Hall. pp. 589. ISBN 0-13-751983-4.

Surveying, Assessing and Analysing the Pharmaceutical Sector in the EU Member States. (2010). ÖBIG (Austrian Health Institute). Vol.3.

Zhakhalova, S. (2010). Consumer behaviour in the FMCG and medicine markets. – *Pharma Industry Market Reports*, 12.09.2010.

The pharmaceutical industry in figures. (2006). EFPIA (European Federation of pharmaceutical Industries and Associations: 2006 ed. Brüssel.

Turunduse alused. (2008). /Ann Vihalem. Teine trükk. Tallinn: Kirjastus Külim.

Turunduse käsiraamat. (2002). / Koostaja Äripäeva Käsiraamat. <http://kasiraamat.aripaev.ee> (12.09.2013)

Trumm, P. (2012). Riikliku ravimipoliitika raames tehtud sotsiaalkampaania hindamine. Tartu Ülikool Ettevõtetmajanduse instituut. 110 lk. (Magistritöö)

Uudiste arhiiv. (2013). Eesti Haigekassa. <http://www.haigekassa.ee/haigekassa/uudised?news=arstid-kirjutavad-retsepte-ain> (12.02.2014).

Weinreich, N. K. (1996). What Is Social Marketing? [E-ajakiri] <http://www.social-marketing.com/Whatis.html> (10.04.2013)

Weinreich, N. K. (1999). *Hands-on Social Marketing: A Step-by-Step Guide to Designing Change for Good*. 2nd ed. USA: Sage Publication.

Weiss, J, Tschirhart, M. (1994). Public information campaigns as policy instruments. – *Journal of Policy Analysis and Management*. Vol.13. No 1. pp. 82-120.

SUMMARY

IMPACT OF SOCIAL CAMPAIGN OF REASONABLE MEDICINE CONSUMPTION ON CONSUMER BEHAVIOUR AND EXPECTATIONS OF MEDICINE POLICY

Tiina Keridon

Social campaign of reasonable medicine consumption serves as a subject of investigation of the current Master's thesis. Goal of the thesis is analyzing the real impact of social campaigns of reasonable medicine consumption on consumer behaviour according to the aim of the campaign. A reduction of patients' self-financing in purchase of prescription only medicines served as the objective of the social campaigns of reasonable medicine consumption. In order to achieve the goal of thesis, the author posed questions and tasks of investigation which had to help in searching for answers. To solve the problem, appropriate theoretical basis was gathered that was later bound to the results of analysis. In the empirical part of thesis, the author gathered and analyzed different, both primary and secondary data, resulting from the circumstances that the author did not consider it possible to solve the problem of investigation and give recommendations and proposals on the background of only one kind of data. The analysis of secondary data (analysis of prior investigations, analysis of sales statistics, changes in medicine prices etc.) performed by the author gave an answer on the main question of investigation indeed, however, it did not explain their reasons. To identify the reasons and make further proposals and recommendations, the author conducted a structured questionnaire for family doctors.

Based on the data of analysis, the author made a conclusion that the social campaigns of reasonable medicine consumption performed gave insufficient results and did not meet one of the most significant goal of medicine policy, to reduce patients' self-financing in purchase of prescription only medicines.

Based on theoretical and empirical data and in binding them in the course of discussion, the author made a number of generalizations which she used as ground for making

proposals and recommendations. The author emphasized twelve concrete recommendations about the issues that could be solved otherwise in connection with coming campaigns of medicine consumption to make those more resultful. One of the main shortcomings that need to be corrected in author's opinion was insufficient definition of target group. Only patients were included, although the doctor prescribing medicine as well as the pharmacist delivering medicine has the same or even higher level of decision making in the purchase process of prescription only medicines. Briefly, it was not taken into account that the purchase of prescription only medicines has no concern with the conventional consumer behaviour process. Also, it was not considered sufficiently that there was an absence of appropriate competition. The availability of medicines differs a lot in the range of different pharmacies therefore the presumption of the social campaign – patient's reasonable purchase decision – is impracticable. The fact that no pre-testing of the campaign as supported by the most of theoreticians of social marketing was also emphasized as a shortcoming by the author. The campaigns performed were detached and there was no unity. Binding of campaigns into an integral unit would make tactical programs and aims working towards a united strategic (long-term) target. Every next campaign should so to say descend from the previous one that has previously been thoroughly analyzed and assessed and whose shortcomings have been mapped.

The author makes a conclusion that the principles of social marketing were not applied or applied insufficiently and that they were inconsistent with the theoretical fundamental truths of social marketing and social campaigns. Still it remains hypothetical, whether this is the reason for unsuccessfulness of short-term campaigns. Also long-term results need to be observed.

LISAD

Lisa 1. Magistritöö struktuur

Probleem

Puudub selge ülevaate, kas mõistliku ravimikasutuse sotsiaalkampaania on täitnud peamist püstitatud ootust – vähendada patsientide omaosalust retseptiravimite ostul?

Eesmärk

Töö peamine eesmärk on selgitada, kas sotsiaalkampaaniad, mida siiani on korraldatud juba neljal korral on suurendanud patsientide teadlikkust, mis peaks aitama neil langetada mõistlikke ostuotsuseid ravimite ostul ning seeläbi vähendada nende omaosalust.

Uurimisküsimused

- 1) Kuidas ja millisel määral sotsiaalkampaania muutis geneeriliste ravimite kasutust?
- 2) Kuidas kampaania muutis patsientide tarbijakäitumist?
- 3) Kuidas mõjutas kampaania arstide retseptikirjutamise harjumusi ja eelistusi?
- 4) Millist ja millisel määral osutas kampaania mõju hindadele geneerilistes toimeainegruppides?
- 5) Milline mõju oli kampaanial patsientide omaosalusele?

Uuringu ülesannete, raamistiku ja meetodite määratlemine

Uurimisülesanded



- selgitada tarbijakäitumise mudeleid ning tarbijakäitumist ravimiturul;
- selgitada teoreetilised lähtekohad sotsiaalsest turundusest ning sotsiaalkampaaniast;
- selgitada sotsiaalse turunduse ja sotsiaalkampaania rolli ravimisektoris;
- anda ülevaade Eesti ravimiturust ning ravimipoliitikast (originaalravim ja geneeriline ravim, mõisted ja olemus; piirhinnasüsteem, patsiendi omaosaluse mõiste ja olemus jt);
- anda ülevaade sotsiaalkampaaniatest „Erinevus on ravimi hinnas” ning „Sama kvaliteet, soodsam hind“ (tutvustus, eesmärgid);
- hinnata sotsiaalkampaania mõju tarbijakäitumisele (teiseste andmete analüüsi baasil);
- hinnata sotsiaalkampaania mõju tarbijakäitumisele (teiseste andmete (müügistatistika) analüüsi baasil);
- esitada analüüsi käigus saadud tulemused geneeriliste ja originaalravimite kasutamise trendidest vaadeldaval ajavahemikul (teiseste andmete statistiline analüüs);
- viia läbi struktureeritud ankeetküsitlus arstidega, et selgitada nende retseptikirjutamise harjumus ning toimeainepõhise retsepti kirjutamise või mittekirjutamise põhjuseid (järgneb esmaste andmete analüüs);
- hinnata sotsiaalkampaania mõju arstide retseptikirjutamise harjumustele



Seoste leidmine, arutelu,
järeltuste tegemine



Kas mõistliku ravimikasutuse kampaania läbiviidud kujul vähendas patsientide omaosalust retseptiravimite ostul?



Autoripoolsed soovitused ja
ettepanekud

Allikas: (autori koostatud)

Lisa 2. Eesti ravimituru retseptiravimite maht ATC klassifikatsiooni alusel (käive ja ühikud)

ATC grupp	Andmed	Aasta					
		2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
A- seedetrakt ja ainevahetus	müüdnud pakendid	1 328	1 319	1 352	1 399	1 497	1 597
	käive EUR	615	826	117	635	136	098
		18 161	18 075	17 913	18 581	20 512	22 079
B- veri ja vereloomeorganid	käive EUR	142	014	500	543	127	225
	müüdnud pakendid	572 000	551 894	587 371	790 251	821 564	851 888
	käive EUR	8 122	9 042	9 427	10 364	11 903	12 871
C- kardio- vaskulaarsüsteem	käive EUR	595	655	893	970	611	503
	müüdnud pakendid	5 247	4 946	5 263	5 189	5 602	5 573
	käive EUR	134	750	096	626	256	412
D- dermatoloogilised ravimid	käive EUR	34 026	32 921	33 879	29 978	31 277	30 241
	müüdnud pakendid	390	680	864	618	723	360
	käive EUR	529 936	484 994	476 851	465 371	489 295	513 892
G- urogenitaalsüsteem	käive EUR	3 849	3 484	3 484	3 500	3 632	3 706
	müüdnud pakendid	138	389	086	678	835	250
	käive EUR	888 250	819 169	806 388	844 014	876 665	863 739
H- süsteemsed hormoonpreparaadid	käive EUR	11 317	10 048	9 839	10 018	10 391	10 549
	müüdnud pakendid	314	332	366	224	550	384
	käive EUR	239 384	228 957	255 667	282 690	300 526	318 024
J- infektsioonivastased ained süsteemseks kasutamiseks	käive EUR	1 952	2 027	2 489	2 801	3 014	3 294
	müüdnud pakendid	404	539	404	448	917	808
	käive EUR	1 883	1 748	1 740	1 977	2 006	1 903
L- kasvajavastased ja immuunmoduleerivad ained	käive EUR	541	366	880	087	692	419
	müüdnud pakendid	19 418	20 229	20 031	22 568	24 721	24 100
	käive EUR	509	125	950	842	101	928
M- skeleti- ja lihassüsteem	käive EUR	188 531	186 208	193 740	208 168	226 775	227 123
	müüdnud pakendid	25 610	26 956	30 478	37 520	41 921	44 986
	käive EUR	557	848	234	757	434	651
N- kesknärvisüsteem	käive EUR	949 767	881 395	908 544	952 093	1 029	1 078
	müüdnud pakendid	7 899	7 514	7 163	7 330	563	011
	käive EUR	308	969	176	195	676	289
P- parasiitidevastased ained	käive EUR	2 281	2 141	2 201	2 350	2 552	2 654
	müüdnud pakendid	318	481	982	781	147	565
	käive EUR	18 086	17 055	17 333	17 864	18 493	18 669
R- hingamissüsteem	käive EUR	186	528	015	440	050	427
	müüdnud pakendid	47 006	43 382	41 678	41 582	44 615	45 659
	käive EUR	377 687	365 847	365 017	351 794	363 367	348 903
S- meeleorganid	käive EUR	637 954	583 268	596 405	627 087	661 824	778 213
	müüdnud pakendid	8 464	7 871	8 385	8 689	9 452	10 735
	käive EUR	990	376	961	184	903	755
S- meeleorganid	käive EUR	525 363	514 632	554 483	542 593	597 659	612 121
	müüdnud pakendid	4 183	4 292	4 352	4 035	4 397	4 522
	käive EUR	769	172	534	172	396	027

Allikas: (Ravimiameti statistika 2007-2013). Autori koostatud

Lisa 3. ATC grupi ravimite keskmised hinnad eurodes

ATC grupp	Aasta					
	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
A- seedetrakt ja ainevahetus	13,67	13,69	13,25	13,28	13,70	13,82
B- veri ja vereloomeorganid	14,20	16,38	16,05	13,12	14,49	15,11
C- kardio- vaskulaarsüsteem	6,48	6,66	6,44	5,78	5,58	5,43
D- dermatoloogilised ravimid	7,26	7,18	7,31	7,52	7,42	7,21
G- urogenitaalsüsteem	12,74	12,27	12,20	11,87	11,85	12,21
H- süsteemsed hormoonpreparaadid	8,16	8,86	9,74	9,91	10,03	10,36
J- infektsioonivastased ained süsteemseks kasutamiseks	10,31	11,57	11,51	11,42	12,32	12,66
L- kasvajavastased ja immuunmoduleerivad ained	135,84	144,77	157,32	180,24	184,86	198,07
M- skeleti- ja lihassüsteem	8,32	8,53	7,88	7,70	7,68	7,60
N- kesknärvisüsteem	7,93	7,96	7,87	7,60	7,25	7,03
P- parasiitidevastased ained	8,03	8,43	8,76	8,46	8,14	7,64
R- hingamissüsteem	13,27	13,50	14,06	13,86	14,28	13,80
S- meelegaorganid	7,96	8,34	7,85	7,44	7,36	7,39

Allikas: (Ravimiameti statistika 2007-2013). Autori koostatud

Lisa 4. Retseptiravimite müük vaadeldaval perioodil kokku (esimesed 20 brändi)

Toote nimetus (bränd kokku)	Toimeaine	ATC 3	Müüdnud pakendid 2009-2013
BETALOC ZOK	metoprolool	C07	2 397 309
METUZOK	metoprolool	C07	1 304 740
CARDACE	ramipriil	C09	956 859
MONOPRIL	fosinopriil	C09	929 285
SODIUM CHLORIDE FRESINIUS	naatriumkloriid	B05	700 184
METFORAL	metformiin	A10	682 626
CO-RENITEC	enalapriil+hüdroklorotiasiid	C09	673 292
SODIUM CHLORIDE BRAUN	naatriumkloriid	B05	634 645
ZINACEF	tsefuroksiim	J01	601 716
MICARDIS	telmisartaan	C09	599 305
L-THYROXIN BERLIN-CHEMIE	naatriumlevotüroksiin	H03	576 520
IMOVANE	zopikloon	N05	575 405
SOMNOLS	zopikloon	N05	571 110
RAMICOR	ramipriil	C09	556 315
OSPAMOX	amoksitsilliin	J01	545 126
AMLOCARD	amlodipiin	C08	523 372
HYPOTHIAZID	hüdroklorotiasiid	C03	520 199
SPIRIX	spironolaktoon	C03	503 815
MICARDISPLUS	telmisartaan+hüdroklorotiasiid	C09	496 495
METOPROLOL-RATIOPHARM	metoprolool	C07	494 939

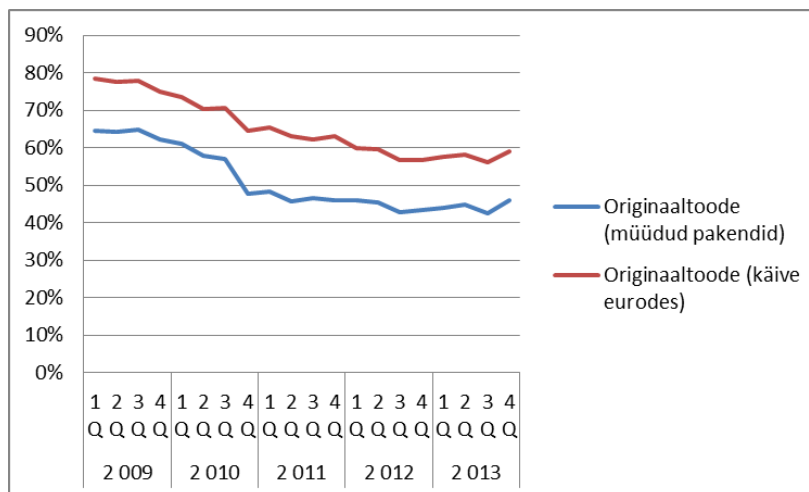
Allikas: (Ravimiameti statistika 2007-2013). Autori koostatud

**Lisa 5. Toodete (bränd ühtlustatud) keskmised hinnad toimeainegrupis metoprolool.
Eurodes**

BRÄND ÜHTLUSTATUD	Aasta				
	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
BETALOC ZOK	5,52	5,42	4,96	4,98	4,91
METUZOK	3,50	3,35	2,75	3,20	3,19
METOPROLOL- RATIOPHARM	1,84	1,95	1,90	2,05	2,08
EMZOK	4,36	4,13	2,79	2,72	2,72
METOPROLOL POLPHARMA		2,32	2,09	1,78	2,06
SPESIMAX		2,20	2,04	3,52	

Allikas: (Ravimiameti statistika 2007-2013). Autori koostatud

Lisa 6. Originaaltoote turuosa muutus vaadeldaval perioodil, mahuline ja rahaline



Allikas: (Ravimiameti statistika 2007-2013). Autori koostatud

Lisa 7. Eesti ravimituru üld- ja retseptiravimite maht (käive ja ühikud)

	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
Ravimid kokku (EUR)	188 731 341	194 085 282	204 683 048	222 014 989	230 981 177
Müüdnud pakendid kokku	24 505 981	24 238 790	25 107 087	26 498 823	26 986 815
Retseptiravimid (EUR)	160 596 871	166 391 476	175 454 784	190 152 073	196 409 182
Retseptiravimite pakendid	14 448 791	14 838 187	15 529 563	16 563 475	16 649 483

Allikas: (Ravimiameti statistika 2007-2013). Autori koostatud

Lisa 8. Keskmise piirhinna arvutamine toimeainegrupis

Sum of Käive EUR	Aasta				Piirhind apteegi väljamüügi tasemel	Piirhind apteegi sisseostu tasemel	Osakaal kontsentratsiooni järgi (keskmise piirhinna arvutamiseks)						Piirhind apteegi väljamüügi tasemel	Piirhind apteegi sisseostu tasemel	Osakaal kontsentratsiooni järgi (keskmise piirhinna arvutamiseks)
	Kontsentratsioon	2 009	2010 Ipa					2010 IIpa	2 011	2 012	2 013	Grand Total			
BRAND ÜHTLUSTATUD															
BETALOC ZOK	100mg	1 059 527	387 463	1 446 991	6,09	5,18	25%	455 839	622 962	619 576	575 163	2 273 540	4,91	4,17	18%
	25mg	260 427	108 237	368 663	1,43	1,21	6%	127 337	236 262	239 992	275 661	879 252	1,15	0,98	7%
	50mg	1 862 655	707 731	2 570 387	3,04	2,58	44%	832 625	1 263 081	1 313 642	1 280 794	4 690 142	2,45	2,08	37%
EMZOK	100mg	59 998	21 908	81 906	6,09	5,18	1%	25 774	39 463	41 125	40 154	146 516	4,91	4,17	1%
	50mg	105 810	39 372	145 182	3,04	2,58	2%	46 320	52 274	74 712	68 705	242 011	2,45	2,08	2%
METOHEXAL	100mg	1 597	263	1 860	6,09	5,18	0%					0	4,91	4,17	0%
	50mg	345	0	345	3,04	2,58	0%					0	2,45	2,08	0%
METOPROLOL POLPHARMA	100mg			0	6,09	5,18	0%	4 788	3 945	1 946	15 134	25 814	4,91	4,17	0%
	200mg			0	12,18	10,35	0%	176	760	190	102	1 227	9,82	8,35	0%
	25mg			0	1,43	1,21	0%	540	481	931	1 505	3 457	1,15	0,98	0%
	50mg			0	3,04	2,58	0%	3 503	6 388	8 992	19 220	38 104	2,45	2,08	0%
METOPROLOL-RATIOPHARM	50mg	197 194	76 427	273 621	3,04	2,58	5%	89 914	153 970	143 630	121 353	508 867	2,45	2,08	4%
METOPROLOL-RATIOPHARM RETARD	100mg	17 735	7 655	25 389	6,09	5,18	0%	9 005	22 067	32 289	29 744	93 105	4,91	4,17	1%
	200mg	1 947	1 093	3 040	12,18	10,35	0%	1 286	1 693	1 894	1 644	6 516	9,82	8,35	0%
	50mg	50 874	37 192	88 066	3,04	2,58	2%	43 755	88 291	150 391	157 893	440 331	2,45	2,08	3%
METOSOK	100mg	167 556	111 521	279 077	6,09	5,18	5%	131 201	249 868	351 815	333 474	1 066 357	4,91	4,17	8%
	25mg	52 094	38 772	90 866	1,43	1,21	2%	45 615	121 269	162 237	179 607	508 727	1,15	0,98	4%
	50mg	265 095	163 989	429 085	3,04	2,58	7%	192 929	383 418	557 314	558 560	1 692 220	2,45	2,08	13%
SPESIMAX	100mg			0	6,09	5,18	0%	11 401	29 578	151		41 131	4,91	4,17	0%
	50mg			0	3,04	2,58	0%	10 684	40 190			50 874	2,45	2,08	0%
KOKKU		4 127 844	1 701 623	5 829 467	Keskmine piirhind toimeainegrupis		3,3	2 032 692	3 315 960	3 700 825	3 658 714	12 708 192	Keskmine piirhind toimeainegrupis		2,6

Allikas: (Ravimiameti statistika 2007-2013). Autori koostatud

Lisa 9. Piirhinda ületava ja välditava summa arvutamine Lisa 9. Piirhinda ületava ja välditava summa arvutamine

Sum of Käive EUR	2 009				2 010				2 011				2 012				2 013			
BRAND ÜHTLUSTATUD	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q
BETALOC ZOK	674 601	831 339	770 064	906 605	729 904	738 758	678 631	684 311	482 381	546 905	542 847	550 172	538 805	574 116	508 376	551 913	512 368	538 165	527 722	553 363
METOOZOK	88 762	116 273	109 186	170 524	156 900	198 104	170 341	214 143	149 383	194 247	205 571	205 354	252 165	270 153	266 869	282 178	267 338	259 448	286 452	258 402
METOPROLOL-RATIOPHARM	56 478	71 507	63 531	76 234	64 063	70 235	68 567	85 054	58 530	68 068	66 024	73 400	74 474	81 023	80 638	92 069	71 285	81 934	79 330	78 086
EMZOK	33 261	44 202	40 475	47 870	33 294	37 106	35 408	38 380	20 159	25 592	23 082	22 904	26 318	29 311	28 373	31 834	24 896	28 816	28 206	26 942
METOPROLOL POLPHARMA							451	8 556	3 964	3 380	3 178	1 052	129	3 459	3 463	5 007	7 702	7 554	10 602	10 104
SPESIMAX								22 085	14 771	19 067	23 873	12 057	151							
KOKKU	858 936	1 070 206	989 910	1 208 792	991 546	1 051 458	960 750	1 060 684	736 162	865 972	871 822	872 800	900 843	964 817	894 724	972 439	889 683	923 179	938 829	935 407
Sum of Müüdid pakendid	2 009				2 010				2 011				2 012				2 013			
BRAND ÜHTLUSTATUD	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q
BETALOC ZOK	122 255	150 545	139 140	164 664	132 677	134 718	123 809	130 979	97 350	110 162	108 635	111 475	109 236	113 869	100 883	112 491	103 491	109 391	107 332	114 207
METOOZOK	26 893	33 803	31 340	46 430	42 331	52 822	49 725	75 832	59 507	73 343	65 893	75 738	80 767	83 505	83 276	87 229	84 056	80 756	90 420	81 074
METOPROLOL-RATIOPHARM	31 633	38 488	34 244	41 294	34 015	35 916	35 098	42 607	29 065	35 738	35 813	39 588	37 038	39 809	39 240	44 064	34 057	39 465	37 928	37 770
EMZOK	7 655	10 052	9 164	11 182	7 626	8 852	8 063	10 391	5 510	9 435	9 074	8 913	9 694	10 754	10 452	11 666	9 195	10 531	10 309	9 964
METOPROLOL POLPHARMA							189	3 686	1 846	1 646	1 523	528	69	1 695	1 891	3 111	3 786	3 425	5 225	5 009
SPESIMAX								10 040	7 711	9 576	11 934	4 969	43							
KOKKU	189 110	233 795	214 681	264 467	217 410	232 938	217 524	274 246	201 595	240 651	233 497	241 886	237 604	250 216	236 351	259 385	235 116	244 208	251 794	248 778
Keskmine müügihind (apteegi sisseostuhind)	2 009				2 010				2 011				2 012				2 013			
BRAND ÜHTLUSTATUD	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q
BETALOC ZOK	5,52	5,52	5,53	5,51	5,50	5,48	5,48	5,22	4,96	4,96	5,00	4,94	4,93	5,04	5,04	4,91	4,95	4,92	4,92	4,85
METOOZOK	3,30	3,44	3,48	3,67	3,71	3,75	3,43	2,82	2,51	2,65	3,12	2,71	3,12	3,24	3,20	3,23	3,18	3,21	3,17	3,19
METOPROLOL-RATIOPHARM	1,79	1,86	1,86	1,85	1,88	1,96	1,95	2,00	2,01	1,90	1,84	1,85	2,01	2,04	2,05	2,09	2,09	2,08	2,09	2,07
EMZOK	4,35	4,40	4,42	4,28	4,37	4,19	4,39	3,69	3,66	2,71	2,54	2,57	2,71	2,73	2,71	2,73	2,71	2,74	2,74	2,70
METOPROLOL POLPHARMA							2,39	2,32	2,15	2,05	2,09	1,99	1,87	2,04	1,83	1,61	2,03	2,21	2,03	2,02
SPESIMAX							2,20	1,92	1,99	2,00	2,43	3,52								
KOKKU	4,54	4,58	4,61	4,57	4,56	4,51	4,42	3,87	3,65	3,60	3,73	3,61	3,79	3,86	3,79	3,75	3,78	3,78	3,73	3,76
	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	2,70	2,70	2,70	2,70	2,70	2,70	2,70	2,70	2,70	2,70	2,70	2,70	2,70
BRAND ÜHTLUSTATUD	2 009				2 010				2 011				2 012				2 013			
Keskmine piirhind (apteegi sisseostuhinna tasemel)	3,30	3,30	3,30	3,30	3,30	3,30	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60
Piirhinda ületav osa keskmise																				
BETALOC ZOK	2,22	2,22	2,23	2,21	2,20	2,18	2,88	2,62	2,36	2,36	2,40	2,34	2,33	2,44	2,44	2,31	2,35	2,32	2,32	2,25
METOOZOK	0,00	0,14	0,18	0,37	0,41	0,45	0,83	0,22	-0,09	0,05	0,52	0,11	0,52	0,64	0,60	0,63	0,58	0,61	0,57	0,59
METOPROLOL-RATIOPHARM	-1,51	-1,44	-1,44	-1,45	-1,42	-1,34	-0,65	-0,60	-0,59	-0,70	-0,76	-0,75	-0,59	-0,56	-0,55	-0,51	-0,51	-0,52	-0,51	-0,53
EMZOK	1,05	1,10	1,12	0,98	1,07	0,89	1,79	1,09	1,06	0,11	-0,06	-0,03	0,11	0,13	0,11	0,13	0,11	0,14	0,14	0,10
METOPROLOL POLPHARMA							-0,21	-0,28	-0,45	-0,55	-0,51	-0,61	-0,73	-0,56	-0,77	-0,99	-0,57	-0,39	-0,57	-0,58
SPESIMAX							-2,60	-0,40	-0,68	-0,61	-0,60	-0,17	0,92	-2,60	-2,60	-2,60	-2,60	-2,60	-2,60	-2,60
KOKKU																				
piirhinda olev osa käibest, bränd ühtlustatud	2 009				2 010				2 011				2 012				2 013			
BRAND ÜHTLUSTATUD	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q
BETALOC ZOK	271 159	334 541	310 902	363 214	292 070	294 189	356 727	343 765	229 271	260 484	260 396	260 337	254 791	278 056	246 080	259 437	243 292	253 748	248 659	256 424
METOOZOK	15	4 723	5 764	17 305	17 207	23 791	41 056	16 980	-5 335	3 555	34 249	8 435	42 170	53 040	50 352	55 383	48 792	49 482	51 360	47 610
METOPROLOL-RATIOPHARM	-47 911	-55 504	-49 475	-60 036	-48 186	-48 287	-22 687	-25 725	-17 039	-24 851	-27 090	-29 529	-21 825	-22 480	-21 386	-22 498	-17 263	-20 675	-19 283	-20 116
EMZOK	7 999	11 030	10 234	10 969	8 128	7 895	14 445	11 363	5 833	1 061	-510	-270	1 114	1 350	1 198	1 503	989	1 436	1 403	1 035
METOPROLOL POLPHARMA	0	0	0	0	0	0	-40	-1 028	-836	-899	-781	-321	-51	-948	-1 454	-3 081	-2 142	-1 351	-2 983	-2 920
SPESIMAX	0	0	0	0	0	0	0	-4 019	-5 277	-5 831	-7 156	-862	40	0	0	0	0	0	0	0
Piirhinda ületav summa toimeainegrupis	279 174	350 294	326 900	391 488	317 405	325 875	412 228	372 109	235 103	265 100	294 646	268 771	298 115	332 447	297 630	316 322	293 073	304 666	301 422	305 069
Toimeaine käive piirhinda tasemel	661 885	818 283	751 384	925 635	760 935	815 283	761 334	740 464	544 307	649 758	630 442	653 092	641 531	675 583	638 148	700 340	634 813	659 362	679 844	671 701
Välditava (piirhinda ületava) summa osakaal	42%	43%	44%	42%	42%	40%	54%	50%	43%	41%	47%	41%	46%	49%	47%	45%	46%	46%	44%	45%

Allikas: (Ravimiameti statistika 2007-2013). Autori koostatud

Lisa 10. Ankeetküsitlus perearstidele

Lugupeetud perearst

Koostame uurimust teemal, mis puudutab mõistlikku ravimikasutamist ning rakendatavaid meetmeid selle eesmärgi saavutamisel. Uurimuse üheks oluliseks osaks on küsitlus, milles soovitakse saada ülevaade perearstide retseptikirjutamise harjumustest ja eelistustest.

Oleme väga tänulikud, kui vastate antud küsimustikule. Teie vastuste konfidentsiaalsus garanteeritakse ja üksiktulemusi ei avaldata.

Aitäh!

Palun hinnake järgnevaid väiteid. Esimese küsimuse korral andke hinnang protsentuaalselt (tõmmake ring ümber kõige sobivama), teise küsimuse korral tõmmake ring ümber väitele (või väidetele), mis iseloomustavad Teie tegevust enim.

1. Minu poolt kirjutatavatest retseptidest kirjutan toimeainepõhise retsepti:

olen väitega täiesti nõus **100%** **75%** **50%** **25%** **0%** ei nõustu üldse

2. Kui kirjutan retseptile toimeaine asemel raviminimetuse, siis teen seda reeglina järgmistel põhjustel:

- a) Tarbimiskogemus (patsient on seda konkreetset ravimit juba võtnud ja soovib sellega jätkata)
- b) Kasutuskogemus (olen seda ravimit tihti patsientide raviks kasutanud, ning see on andnud oodatud tulemusi)
- c) Kõrvaltoimed (patsient on saanud mõne ravimi kasutamisel kõrvaltoime ning seepärast kirjutan edaspidi talle raviminimega retsepti, et ta saaks apteegis konkreetse ravimi)
- d) Originaalravim (eelistan kirjutada originaalpreparaati, sest see on tõhus, ohutu ja tõestatud)
- e) Konkreetse geneeriline ravim (kirjutan kindla ravimi geneeriliste toodete seast, et olla kindel, et patsient saab soodsa aga samas minu hinnangul nõ hea ravivastusega toote)

3. Kas sotsiaalkampaaniad, mis kutsusid patsiente ülesse mõistlikule ravimitarbimisele ja mille eesmärk oli kaasata ka patsiente ravimivalikusse, muutsid Teie ravimikirjutamist:

- a) Jah, muutsid. Kirjutan nüüd enamus retseptid toimeainepõhised
- b) Jah, muutsid kampaania ajal ja järgselt, kuid nüüd kirjutan jälle endistviisi
- c) Ei muutnud, sest niipalju kui pean vajalikuks, kirjutan ma nagunii toimeainepõhiselt
- d) Ei muutnud. Ma arvan, et ravi määramine peaks olema vaid arsti ampluaa.

3. Palun märkige oma staaž perearstina:

- a) Alla 3 aasta
- b) 3-6 aastat
- c) 7-10 aastat
- d) 11-14 aastat
- e) 15-18 aastat
- f) Üle 18 aasta

4. Palun märkige oma vanusevahemik:

- a) 23-35
- b) 36-45
- c) 46-55
- d) Üle 55

Hindame Teie panust väga kõrgelt.

Lisa 11. Ankeetküsitluse vastuste jagunemine tööstaaži alusel.

Küsimus: Kas sotsiaalkampaaniad, mis kutsusid patsiente ülesse mõistlikule ravimitarbimisele ja mille eesmärk oli kaasata ka patsiente ravimivalikusse, muutsid Teie ravimikirjutamist?

Tööstaaž	Jah, muutsid. Kirjutan nüüd enamus retseptid toimeainepõhised	Jah, muutsid kampaania ajal ja järgselt, kuid nüüd kirjutan jälle endistviisi	Ei muutnud, sest niipalju kui pean vajalikuks, kirjutan ma nagunii toimeainepõhiselt	Ei muutnud. Ma arvan, et ravi määramine peaks olema vaid arsti ampluaa
Alla 3 aasta	1 (50%)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)
3-6 aastat	2 (15%)	4 (31%)	5 (38%)	2 (15%)
7-10 aastat	2 (14%)	4 (29%)	6 (43%)	2 (14%)
11-14 aastat	1 (6%)	3 (18%)	10 (59%)	3 (18%)
15-18 aastat	3 (9%)	4 (12%)	16 (47%)	11 (32%)
Üle 18 aasta	4 (9%)	11 (24%)	16 (35%)	15 (33%)
KOKKU	13 (10%)	26 (21%)	54 (43%)	33 (26%)

Autori koostatud.

Küsimus: Kui kirjutan retseptile toimeaine asemel raviminimetuse, siis teen seda reeglina järgmistel põhjustel?

Tööstaaž	Patsiendi tarbimiskogemus	Arsti kasutuskogemus	Kõrvaltoimed	Originaalravimi eelistus	Konkreetne geneeriline ravim
Alla 3 aasta	1 (50%)	0 (0%)	0 (50%)	1 (50%)	0 (0%)
3-6 aastat	5 (38%)	3 (23%)	1 (8%)	2 (15%)	2 (15%)
7-10 aastat	5 (36%)	2 (14%)	1 (7%)	4 (29%)	2 (14%)
11-14 aastat	10 (59%)	3 (18%)	0 (0%)	2 (12%)	2 (12%)
15-18 aastat	14 (41%)	12 (35%)	1 (3%)	5 (15%)	2 (6%)
Üle 18 aasta	27 (59%)	8 (17%)	0 (0%)	9 (20%)	2 (4%)
KOKKU	62 (49%)	28 (22%)	3 (2%)	23 (18%)	10 (8%)

Autori koostatud.

Lisa 12. Ankeetküsitluse vastuste jagunemine vanuse alusel.

Küsimus: Kas sotsiaalkampaaniad, mis kutsusid patsiente ülesse mõistlikule ravimitarbimisele ja mille eesmärk oli kaasata ka patsiente ravimivalikusse, muutsid Teie ravimikirjutamist?

Vanuse-grupp	Jah, muutsid. Kirjutan nüüd enamus retseptid toimeainepõhised	Jah, muutsid kampaania ajal ja järgselt, kuid nüüd kirjutan jälle endistviisi	Ei muutnud, sest niipalju kui pean vajalikuks, kirjutan ma nagunii toimeainepõhiselt	Ei muutnud. Ma arvan, et ravi määramine peaks olema vaid arsti ampluaa
23-35	5 (31%)	4 (25%)	6 (38%)	1 (6%)
36-45	6 (18%)	11 (33%)	11 (33%)	5 (15%)
46-55	0 (0%)	7 (16%)	22 (49%)	16 (36%)
Üle 55	2 (6%)	4 (13%)	14 (44%)	12 (38%)
KOKKU	13 (10%)	26 (21%)	54 (43%)	33 (26%)

Autori koostatud.

Küsimus: Kui kirjutan retseptile toimeaine asemel raviminimetuse, siis teen seda reeglina järgmistel põhjustel?

Vanuse-grupp	Patsiendi tarbimiskogemus	Arsti kasutuskogemus	Kõrvaltoimed	Originaalravimi eelistus	Konkreetne geneeriline ravim
23-35	6 (38%)	4 (25%)	1 (6%)	3 (19%)	2 (13%)
36-45	14 (42%)	7 (21%)	1 (3%)	6 (18%)	5 (15%)
46-55	23 (51%)	11 (24%)	0 (0%)	9 (20%)	2 (4%)
Üle 55	18 (56%)	7 (22%)	1 (3%)	5 (16%)	1 (3%)
KOKKU	62 (49%)	28 (22%)	3 (2%)	23 (18%)	10 (8%)

Autori koostatud.

Lisa 13. Vastusevariantide protsentuaalne jaotumine küsimusele „kas sotsiaalkampaaniad muutsid ravimikirjutamisharjumust?“ Vanuselise ja staaži alagruppide lõikes

	Jah, muutsid. Kirjutan nüüd enamus retseptid toimeainepõhised	Jah, muutsid kampaania ajal ja -järgselt, kuid nüüd kirjutan jälle endistviisi	Ei muutnud, sest niipalju kui pean vajalikuks, kirjutan ma nagunii toimeainepõhiselt	Ei muutnud. Ma arvan, et ravi määramine peaks olema vaid arsti ampluaa
Staaž kuni 10 a	17%	28%	41%	14%
Staaž üle 10. a	8%	19%	43%	30%
vanus kuni 45 ea	22%	31%	35%	12%
vanus üle 45 ea	3%	14%	47%	36%

Allikas: (Ankeetküsitluse vastused). Autori koostatud

Lisa 14. Esmastest ja teisestest allikatest kogutud olulisimad teadmised ja järeldused

ALLIKAS	Kõige olulisemad saadud teadmised		
Eesti Haigekassa	<ol style="list-style-type: none"> 1. toimeainepõhiste retseptide osakaal on tõusnud; 2. üldine ravimitarbimine on kasvanud; 3. kasvanud on soodusravimite tarbimine; 4. HK hinnang sotsiaalkampaaniale on positiivne ja seda plaanitakse korrata. 		
Esimese sotsiaalkampaania märgatavust hinnanud magistritöö	<ol style="list-style-type: none"> 1. kampaaniat märkas 44% küsitatud patsientidest; 2. nendest 57% olid aga juba varem teadlikud originaal- ja geneerilise ravimi erinevustest; 3. patsientide arvates mõjutab retseptiravimi valikut kõige enam arst ja alles siis hind; 4. arstide arvates on see vastupidi; 5. kampaania märgatavus patsientide seas oli kõrgem vanemate patsientide ja nende hulgas, kes kasutasid 3 või rohkemat ravimit; 6. kampaania tõstis osaliselt tarbijate teadlikkust kuid, käitumismuutusi tõi see kaasa vähe. 		
EMORI hinnang kahele sotsiaalkampaaniale (küsitlus patsientide seas)	Näitajad	1. kamp.	2. kamp.
	Märgatavus (vähemalt 15-aastased ja vanemad)	41%	90%
	Märgatavus esimeses sihtrühmas, 50+	45%	89%
	On arstiga vestelnud erinevatest ravimitest (kampaania ajendil)	30%	32%
	Teadlikkus toimeainepõhisest retseptist	48%	61%
	On kirjutatud toimeainepõhine retsept	32%	41%
	Apteeker on pakkunud soodsama ravimi	33%	40%
	Patsient on ise küsinud soodsama ravimi	7%	12%
	On hakanud kampaania ajendil valima soodsamaid ravimeid	27%	58%
	Pidasid kampaaniat õnnestunuks	72%	73%
Riigikontrolli hinnang	<ol style="list-style-type: none"> 1. riigi tegevus soodusravimite hüvitamise korraldamisel pole olnud tulemuslik; 2. suur osa ravimeid kirjutatakse endiselt välja raviminime, mitte toimeainenime järgi; 3. ravimid on kallimad kui mitmetes teistes riikides ning patsiendi omaosalus on ravimite ostmisel üks Euroopa suuremaid; 4. umbes 65% soodusravimite ostetakse välja piirhinnaga või sellest madalama hinnaga; 5. auditeeritava perioodil (01.08.2011-06.09.2012) kirjutati toimeainepõhisena välja kõigest 45% retseptidest, mis auditi jooksul suurenes 68%-ni; 		

	<p>6. sotsiaalkampaania peaks olema vaid üks meede paljude seast, millega patsientide omaosalust ohjata;</p> <p>7. järelevalvel on väga oluline roll ravimipoliitika tulemuslikkusele.</p>
Enim kasutatud toimeaine turuanalüüs	<p>1. keskmise hinna muutus toimeainegrupis ei peegeldanud seost kampaaniatega;</p> <p>2. ravimi tarbimine perioodi jooksul küll kasvas +9%, kuid ei näidanud seost kampaaniatega;</p> <p>3. geneeriliste ravimite turuosa kasvas perioodi jooksul +55%, kuid ei näidanud otsest seost kampaaniatega. Kasv oli pigem tingitud uute ravimite lisandumisest kui oli orgaaniline;</p> <p>4. originaaltoote turuosa langes perioodi jooksul -31%, kuid puudus seos kampaaniaga;</p> <p>5. vaadeldava perioodi jooksul muutunud piirhind oli tingitud uute odavate geneerikute lisandumisest, mitte kampaania tõttu;</p> <p>6. originaaltoote puhul oli tegemist mitte-elastse nõudlusega ehk hinna langus ei mõjutanud tarbimist;</p> <p>7. välditava (piirhinda ületava) summa osakaalu muutus oli perioodi jooksul +2%, ega näidanud korrelatsiooni kampaaniaga.</p>
Perearstide ankeetküsitlus	<p>1. sotsiaalkampaania mõju retseptikirjutamise harjumusele täheldas 31% vastanud arstidest;</p> <p>2. neist vaid 8% arvates oli kampaania mõju püsiv, teised tunnistasid kampaania mõju vaid lühiajaliselt (kampaania ajal või vahetult peale seda);</p> <p>3. vastanutest 46% leidsid, et kampaaniad ei mõjuta nende retseptikirjutamise harjumusi, sest niipalju kui oluline ja vajalik, kirjutavad nad nagunii toimeainepõhiselt;</p> <p>4. vastanutest 28% olid veendunud, et ravimi määramine ja sh retseptikirjutamise otsus peaks olema vaid raviarsti valik ja otsus;</p> <p>5. perearsti vanus ja osaliselt ka tööstaaž on tegurid, mis mõjutavad retseptikirjutamise harjumusi;</p> <p>6. mitte-toimeainepõhiste retseptide väljakirjutamise põhjused sõltuvad vanusest ja staažist märksa vähem;</p> <p>7. sotsiaalkampaania mõju tunnistasid nooremad arstid 3 korda enam kui vanemad arstid;</p> <p>8. püsivat mõju retseptikirjutamisharjumuste muutusele täheldasid nooremad arstid 7 korda enam kui vanemad (vaid 3% üle 45-aastastest);</p> <p>9. eakamad perearstid leidsid aga 3 korda enam, et ravi määramine ja ravimi valik peaks olema vaid arsti pädevus;</p> <p>10. pea pooled arstid vanemate grupist ja 35% nooremate seast leidsid, et niipalju kui vajalik, kirjutavad nad toimeainepõhise retsepti, aga kampaania seda käitumist ei muutnud;</p> <p>11. sõltumata vanusest ja staažist, olid arstid ülekaalukalt üksmeelsed, et kui patsient on mingit konkreetset ravimit juba võtnud ning ravivastus on hea, siis ei tohiks seda asendada mõne teise preparaadiga;</p> <p>12. nooremad ja vähem staažikad perearstid leidsid, et nad kirjutavad kindla raviminimega retsepti ka geneerilisele tootele juhul, kui nad saavad nii tagada patsiendile soodsa, aga samas usaldusväärse valiku (erinevus kuni 3 korda).</p>

Allikas: Autori koostatud

Lisa 15. Kehtivad juurdehindluse piirmäärad ravimite hulgi- ja jaemüügil

Kehtivad juurdehindluse piirmäärad ravimite hulgimüügil

Ühe pakendi sisseostuhind (eurodes)	Juurdehindluse piirmäär (%)
kuni 1,60	20
1,61-2,88	15
2,89-6,39	10
6,40-12,78	5
üle 12,78	3

Kehtivad juurdehindluse piirmäärad ravimite jaemüügil

Ühe pakendi sisseostuhind (eurodes)	Proportsionaalne juurdehindlus (%)	Fikseeritud juurdehindlus (eurodes)
kuni 0,64	0	0,38
0,65-1,28	40	0,38
1,29-1,92	35	0
1,93-2,56	30	0
2,57-3,20	25	0
3,21-6,39	20	0
6,40-44,74	15	0
üle 44,74	0	5,11

Allikas: (Ravimite hulgi- ja jaemüügi juurdehindluse piirmäärad ning nende rakendamise kord 2012. Autori koostatud