

Ravimite hinnastamise põhimõtted ja omaosaluse suurus elanikkonnale Eesti, Läti ja Soome näitel

Hanna Kallas

farmatseut
Mulgi apteek

Kristiina Sepp

lektor
Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

SISSEJUHATUS

Ravimite rahaline kättesaadavus elanikkonnale on oluline, kuna see mõjutab otseselt inimeste tervist, heaolu ja üldist elukvaliteeti. Eesti, Läti ja Soome kuuluvad mitmesse rahvusvahelisse organisatsiooni, mille eesmärk on parendada ravimite rahalist kättesaadavust elanikele. Näiteks Maailma Terviseorganisatsioon (WHO, World Health Organization), on seadnud ravimite kättesaadavuse parandamise üheks strateegiliseks prioriteediks, pidades seda oluliseks eelduseks globaalse tervisealase ebavõrdsuse vähendamisel.¹ Samuti sätestab organisatsioon, et „universaalse tervisekindlustuse saab saavutada vaid siis, kui on tagatud taskukohaste, ohutute, efektiivsete ja kvaliteetsete ravimite, vaktsiinide ja meditsiiniseadmete kättesaadavus“.¹ Siiski on esmatähtsate ravimite piiratud kättesaadavus tõsine ülemaailmne probleem, eriti madala ja

keskmise sissetulekuga riikides.² Seetõttu on kriitiliselt oluline riikide ja organisatsioonide omavaheline tihe koostöö, et tagada ravimite nii rahaline kui füüsiline kättesaadavus elanikkonnale.² Eesti, Läti ja Soome kuuluvad Euroopa Liitu (EL) ning seega tuleb riikidel poliitiliste otsuste tegemistel juhinduda EL nõukogu otsustest ja strateegiatest, et kujundada ühtset EL lähenemist.³ Euroopa Liidu nõukogu toob Euroopa ravimistrateegia dokumendis välja kolm olulist põhimõtet ravimipoliitika suunal, mida liikmesriigid peaksid järgima. Need on ravimite juurdepääsetavus, kättesaadavus ja taskukohasus. 2020. aasta Euroopa ravimistrateegias on välja toodud ka eesmärk parandada ja kiirendada patsientide ohutute ja taskukohaste ravimitega varustamist.⁴

Ravimite rahaline kättesaadavus ja selle parandamine on aktuaalne ka Eestis. Eestis on rahalise kättesaadavuse parendamiseks

Apteek TÄNA 2025;3:49–56

Saabunud toimetusse
25.07.2025

Avaldamiseks lubatud
12.08.2025

Kirjavahetajaautor: Eve Kaju
eve.kaju@gmail.com

Võtmesõnad: ravimite
rahaline kättesaadavus Eestis,
Lätis, Soomes; ravimite
kättesaadavust mõjutavad
faktorid; hinnastamismudelid;
omaosalus

kasutusele võetud mitmed meetmed, näiteks riiklikud Tervisekassa soodustused vastavalt patsiendi vanusele ja diagnoosile ning täiendav ravimihüvitis patsientidele, kelle aastane kulutus ravimitele ületab 100 eurot.⁵ Siiski on ravimite kättesaadavus jätkuvalt probleemne. 2019. aastal läbi viidud uuringu kohaselt oli veidi rohkem kui iga kümnes inimene, kellele viimase 12 kuu jooksul ravimiresept välja kirjutatud oli, selle rahalise takistuse tõttu ostmata jätnud.⁶

Sotsiaalministeeriumi avaldatud strateegia „Ravimipoliitika 2030“ eesmärk on „taskukohaste ravimite järjepidev kättesaadavus ning ratsionaalne kasutamine, mis toetab patsientide elukvaliteedi paranemist ja tervena elatud eluea pikenemist“.⁷ Lisaks on eesmärk ravimite hinnakujundust, otsuseid ja protsesse senisest läbipaistvamaks muuta. Hinnaregulatsioon on ministeeriumi sõnul püsinud muutumatuna üle 20 aasta ning vajab seetõttu ajakohastamist.⁷ Samal eesmärgil viidi 2023. aastal läbi ravimite ja meditsiiniseadmete hinnaregulatsiooni toimimise ja muudatusvajaduste analüüs.⁸ Analüüsi raames vaadeldi Euroopa 25 riigi ravimite ja meditsiiniseadmete hinnastamise korraldust, eraldi fookuses oli neli riiki (Ungari, Belgia, Horvaatia, Ühendkuningriik). Üht konkreetset lahendust, mida Eesti saaks üle võtta, ei leitud, pigem tõdeti, et loodud lahendused on toimivad konkreetse turu kontekstis.⁷ Samuti on Eesti innovaatiliste ravimite kättesaadavuse edetabelis Euroopa riikide võrdluses kümme kehvena hulgas. Näiteks perioodil 2020–2023 jõudis Euroopa Ravimiametilt müügiloa saanud 173 ravimist Eesti inimesteni 42 uut ravimit.⁹ Kuigi Sotsiaalministeeriumi uuringu raames on naaberriikide Läti ja Soome ravimite hinnastamise võtmetegurid põgusalt kirjeldatud, ei ole Eesti, Läti ja Soome kohta varasemalt võrdlevat ravimite hinnastamisanalüüsi läbi viidud.⁸

Uuringu eesmärk oli analüüsida, kuidas mõjutab ravimi hinnastamise poliitika Eestis ning naaberriikides Lätis ja Soomes ravimitele tehtavate kulutuste mahtu aastasest keskmisest sissetulekust elaniku kohta.

METOODIKA

Uuring põhineb võrdleva analüüsi meetodil, kasutades dokumentide kvalitatiivset sisuana-

lüüsi¹⁰, kus autorid püüavad leida omavahelisi seoseid korduvate teemade, regulatiivsete mustrite ning hinnakujunduse mehhanismide hulgas, et tuvastada sarnasusi ja erinevusi riikide rakendatavate ravimite rahastamissüsteemide ning ravimitele kuluvate omaosaluste vahel Eestis, Lätis ja Soomes. Nimetatud riikides tehtavaid kulutusi ravimitele võib vaadelda protsentuaalse kuluna elanike aastasest keskmisest sissetulekust. Ehk vastavalt elaniku aastasele keskmisele sissetulekule on võimalik luua visuaalne võrdlus kolme riigi keskmiste elanike vahel, kasutades selleks ravimitele kuluva osa määra kogu sissetulekust.

UURINGU KONTEKST

Eesti, Läti ja Soome on geograafiliselt lähestikku asuvad Euroopa Liitu, Euroopa Ravimiameti haldusalasse ja ühisesse majandusruumi kuuluvad riigid, kes saavad rahvusvaheliste organisatsioonide otseseid juhiseid riigi ning tervishoiusüsteemi juhtimiseks ja kujundamiseks. Samas on igal Euroopa Liidu liikmesriigil õigus rakendada ka individuaalset tervishoiu- ja ravimipoliitikat, mistõttu võib patsientide omaosalus ravimite soetamisel kolmes riigis erineda.

Uurimistöös välja toodud olulisemad ravimite kättesaadavust mõjutavad faktorid, mida kolme riigi puhul võrrelda, on ravimi jaehinna kujunemine tarbijale, universaalse tervisekindlustuse olemasolu, ravimitele kehtestatud käibemaksumäär, juurdehindluste ja hinnakokkulepete süsteemid ning mittehüvitatavate ravimite hinnakujundus.

Samuti mõjutab ravimite rahalist kättesaadavust elanikkonnale riigi keskmine palk, mis ravimite ostu vastavalt hõlbustab või takistab. Uurimistöö analüüsib aastate lõikes Eesti, Läti ja Soome elanike tehtavaid kulutusi ravimitele protsentuaalselt keskmise aastase sissetuleku kohta (joonis 2). Kolme riigi tervishoiusüsteemide rahastamises ja sellest tulenevalt ka ravimite rahalises kättesaadavuses elanikkonnale leidub olulisi erisusi.

Maaailma Terviseorganisatsiooni avaldatud tervishoiuraportites kajastatud statistika annab ülevaate tervishoiukulutuste allikatest ning illustreerib riigi ja indiviidi panuse suurst tervishoiualastesse kulutustesse. Eurostati ja OECD (Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsiooni) läbiviidud viimaste uuringute põhjal kaetakse Eesti tervishoiukulutu-



Joonis 1. Ravimi hinna kujunemise mõjutegurite tarneahel ravimi tootjast ravimi kasutajani (kohandatud).²³

sed järgnevatest allikatest: 76,4% kulutustest kannab valitsus maksude kogumise näol, 1,7% moodustab vabatahtlik tervisekindlustus ning 21,9% tasutakse omaosalusena.^{11, 12} Omaosalus jaotub omakorda kategooriateks, millest suurima osa moodustavad Eesti puhul hambaraviteenus (30,1%) ning (retsepti)ravimid (27,7%).¹³ Lätis on riigi osalus tervishoiule suunatud vahenditest 61,4% ehk protsentuaalselt väiksem, vabatahtlik tervisekindlustus moodustab 1,5% rahastusallikatest ning omaosalus on ligi 37,1% kogukuludest. Omaosalusest suurim hulk (38,4%) kulub ravimitele.¹² Soomes on riigi panus tervishoidu 79,1% kogu kulutustest tervishoiule, vabatahtliku tervisekindlustuse osa on 4,5% ehk võrreldes kahe Balti riigiga mõnevõrra suurem. Omaosalus tervishoiusektori rahastamisel jääb alla viienäoliku, 16,4% juurde. Omaosaluse kategooriad on jaotunud üsna võrdsete osadena. Võrreldes teiste tervishoiuteenustega kulub ravimitele pea kaks korda rohkem raha (29,9%).¹⁴

UURINGU MATERJALID

Eesti ravimite rahastamismehhanismide analüüsi koostamisel kasutati Sotsiaalmiisteeriumi, Tervisekassa, Tartu Ülikooli ja Ravimiameti koostatud uuringuid, raporteid, statistikat ja artikleid ning Eestis kehtivat ravimi- ja ravikindlustuse seadust. Läti ravimite rahastamissüsteemi kirjeldamisel kasutati Läti riikliku tervishoiuteenistuse avaldatud ingliskeelset infot riigis kehtiva tervishoiusüsteemi kohta (National Health Service Republic of Latvia) ja Läti valitsuse läbi viidud uuringut ravimite kättesaadavuse parandamise kohta.^{15, 16} Kuna töös kasutatud andmed ravimialaste kulutuste kohta jäävad vahemikku 2013–2021, siis kasutatakse andmete võrdluse analüüsihetkel kehtinud seadusi, mitte artikli avaldamise ajal kehtivat uuenenud seadust. Soome ravimihüvitusmehhanismide iseloomustamiseks kasutati infomaterjale Soome riiklike tervishoiuor-

ganisatsioonide Kela ja HILA kodulehelt^{17, 18} ning Soome meditsiiniettevõtte Medaffcon 2023. aastal läbi viidud uuringut ravimite hinnastamise ja kättesaadavuse kohta Soome ravimiturul.¹⁹

Kõigi kolme riigi ravimite rahastusmehhanismide kirjeldamisel kasutati andmeid OECD tervishoiukorralduse raportitest.^{12, 13, 14} Andmed omaosaluse kohta ravimitele aastase keskmise elaniku kohta pärinevad Eesti Statistikaameti ja OECD iLibrary andmebaasidest. Statistika riikide keskmise aastase sissetuleku kohta pärineb rahvusvahelisi statistilisi andmeid koondava organisatsiooni Statista kodulehelt.^{20, 21, 22}

Eesti, Läti ja Soome ravimi hinna moodustumise võrdlusmodelid

Ravimite hinna kujunemine on kompleksne (joonis 1).²³ Ravimite tarneahelaga kaasnevad kulud võivad ületada ravimite tootmise kulusid 100%.²⁴ Seetõttu tuleb riikidel ravimite hinnakujundusse aktiivselt sekkuda, et tagada ravimite rahaline kättesaadavus elanikkonnale.²³ Ravimite lõplik jaehind luuakse Eestis, Lätis ja Soomes kohalikke seadusi ning tervishoiupoliitika eesmärges arvesse võttes. Selleks, et tagada läbipaistev ravimite hinnakujundus Euroopas, on ellu kutsutud EURIPID projekt, mis on vabatahtlik koostöö peamiselt Euroopa riikide vahel ravimite riiklike hindade andmebaasi loomiseks ja haldamiseks.²⁵ Tänu sellele on riikidel võimalus võrrelda kaasliikmesriikide ravimite hindu, et tagada hinnakokkulepete läbipaistvus uute ravimite turule sisenedes.

Kuigi täpsed hinnakujundusel kasutatavad terminid võivad riigiti erineda, on nende sisu sageli sarnane. Seega on ravimi hinna kujunemise valemid kolme riigi omavahelise võrdluse lihtsustamiseks loodud tehisintellektil põhineva tekstiroboti ChatGPT abiga.²⁶ Tekstirobotile anti sisendiks „teha neli valemit, mis oleksid võimalikult hästi omavahel võrreldavad ehk tähised oleksid sarnased“. Ravimi jaehinda iseloomustavad

Tabel 1. Ravimi hinna kujunemine Eestis, Lätis ja Soomes^{8, 16, 19}

	EESTI	LÄTI	SOOME
Ravimi jaehinna kujunemine tarbijale (€)	Ravimi jaehind (€) = tootja hind (€) + hulгимүүgi juurdehindlus + jaemүүgi juurdehindlus + käibemaks	(Soodusnimekirjas oleva ravimi puhul) Registreeritud ravimi jaehind (€) = BRP (hulгимүүgihind) (€) * k (paranduskoefitsient) + X (parandussumma) (€) + käibemaks; (Soodustuseta ravimi puhul) Soodustuseta ravimi jaehind (€) = toote ostuhind (€) * c (paranduskoefitsient) * Y (parandussumma) (€) + käibemaks	Ravimi jaehind (€) = ravimi hulгимүүgi hind (€) + apteegi juurdehindlus + käibemaks

mudelid näitavad kehtiva ravimipoliitika mõju jaehinna moodustumisele ning võimaldavad uuringus toodud andmetele tuginedes arvutada konkreetse ravimipreparaadi hindu. Tehisintellekti kasutati võrdlusmodeli struktuuri loomiseks. Mudelvalemid ja kategooriad valideeriti käsitsi, võrreldes neid vastavate riiklike regulatsioonide ja tervishoiualaste raportitega. Autorid mõistavad, et ChatGPT ei taga allikate täielikku täpsust ega lähtu alati konkreetsest kontekstist, kuid on vaatamata sellele oluline abivahend esmase analüütilise raamistiku loomisel. Nimetatud uuring keskendub teoreetilisele mudelile ning valemit seetõttu ravimi hinna arvuliseks näitlikustamiseks ei kasutata.

TULEMUSED

Ravimite hinnastamismudelid ja süsteemide võrdlus

Ravimite rahalise kättesaadavuse iseloomustamiseks elanikkonnale on oluline mõista ravimi jaehinna kujunemise protsessi tarbijale. Tehisintellekti abiga loodud ravimite jaehinna moodustumist illustreerivad valemite mudelid annavad ettekujutuse ja loovad omavahel võrreldava visuaali Eestis, Lätis ja Soomes kehtiva jaehinna kujunemise kohta (tabel 1). Tekstirobotilt saadi väljundina järgnev tekst:

„1. ravimi hind eestis = tootja hind + hulгимүүgi juurdehindlus + jaemүүgi juurdehindlus + käibemaks;

2. ravimi hind lätis = (Soodusnimekirjas oleva ravimi puhul) Registreeritud ravimi hind = BRP (hulgihind) * paranduskoefitsient k + parandussumma X + käibemaks;

soodustuseta ravimi hind lätis = (Soodus-

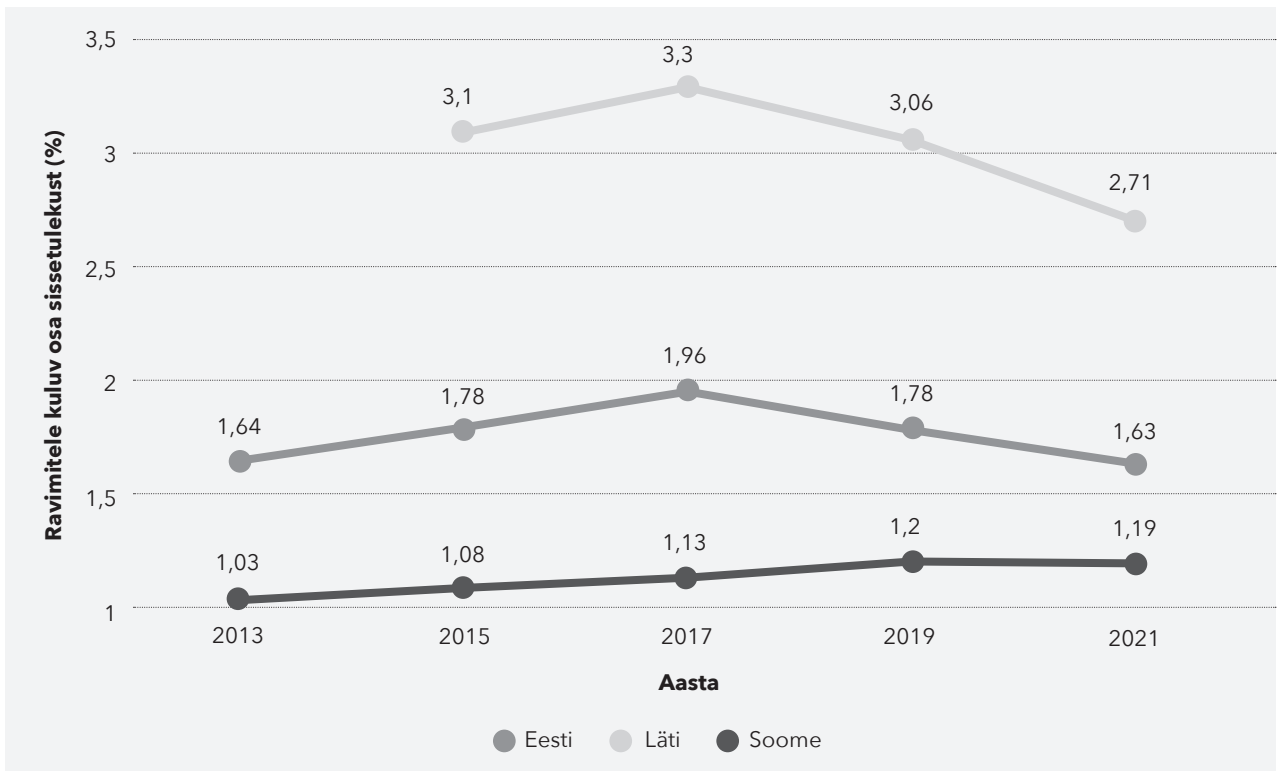
tuset ravimi puhul) Apteegihind = toote ostuhind * paranduskoefitsient c * parandussumma Y + käibemaks;

3. ravimi hind soomes = ravimi hulгимүүgihind + talle rakenduvad marginaalid + maksud“.²³

Paranduskoefitsient ja parandussumma on Läti seadusandlusele vastavalt ravimitele määratud juurdehindluse kordajad, mida kasutatakse ravimite jaehinna arvutamisel. Marginaalide asemel kasutatakse läbivalt sünonüümina mõistet „juurdehindlus“.

Ravimite rahastamine Eestis käib valemi järgi, mille kohaselt ravimi hind moodustub tootja hinna, hulгимүүgi juurdehindluse, jaemүүgi juurdehindluse ja käibemaksu summade liitmisel. Lätis moodustub ravimi hind sõltuvalt soodusnimekirja kuulumisest. Seega ravimi hind Lätis arvutatakse korrutades kas ravimi hulгимүүgihind (soodusnimekirja kuuluval ravimil) või ravimi ostuhind (soodustuseta ravimil) paranduskoefitsiendiga ning liites sellele parandussumma ja käibemaksu. Parandussumma ja -koefitsient erinevad soodusnimekirja kuulumise või mittekuulumise alusel. Soomes moodustub ravimi jaehind ravimi hulгимүүgi hinna, apteegi juurdehindluse ja käibemaksu liitmisel.

Nii Eestis, Lätis kui ka Soomes kehtib universaalne tervisekindlustus, tänu millele on väga suurel osal kodanikel (nii töörealised, registreeritud töötud, pensionärid kui ka lapsed) võimalik oma kulutusi ravimitele vähendada. Kui Eestis ja Lätis rahastavad universaalset ravikindlustust üksnes töötavad inimesed, siis Soomes panustab ravikindlustuse maksetesse ka riik, kes jaotab makse 21 heaoluteenuste maakonna vahel valemiga,



Joonis 2. Ravimitele kuluv osa keskmisest aastasest sissetulekust protsentuaalselt: Eesti, Läti ja Soome.^{20, 21, 22, 39}

mille hulka arvestatakse vastava haldusüksuse eelmise aasta eelarve suurus, teenusvajaduste kasv ning hinnatase ja maakonna suurus.^{14, 27, 28} Kõigis kolmes riigis on ravimitele kehtestatud erikäibemaksumäärad. Eestis on ravimite käibemaks 9%, Soomes pisut kõrgem, 10% ning Lätis 12%.^{13, 19, 29, 30}

Juurdehindluste ja hinnakokkulepete süsteem on igas riigis erinev. Ravimi juurdehindluse suurus Eestis määratakse ühe originaali ostuhinna põhjal, Lätis hulgimüügihinna (soodsnimekirja ravimitel) või ostuhinna (soodsnimekirja mittekuuluvatel ravimitel) järgi ning Soomes hulgimüügihinna alusel.^{16, 31, 32} Eestis sõlmitakse hinnakokkulepe Tervisekassa, keda nõustab ravimi komisjon, ning ravimite müügiiloahoidja vahel^{33, 34}; Lätis sõlmitakse hinnakokkulepe ravimi müügiiloahoidja ja Läti riikliku tervishoiuteenistuse vahel^{16, 35}; Soomes sõlmivad hinnakokkulepped Kela ja HILA ravimite hulgimüüjatega.¹⁸

Juhul, kui ravimid ei kuulu soodustusega ravimite hulka, on kõigis kolmes analüüsitud riigis võimalik saada vajadusel erinevaid soodustusi ravimite rahalise kättesaadavuse parandamiseks. Eestis kompenseerib Tervisekassa müügiiloata ravimeid taotlusega ning

samuti kompenseeritakse toidulisandid, mis on mõeldud kaasasündinud ainevahetushäirete raviks. Vastavalt kompensatsiooni suurusele formuleerub mittehüvitatava ravimi hind.³⁶ Lätis hinnastab analüüsitud perioodil kehtinud seaduste kohaselt soodustusega ravimid ravimitootja või müügiiloahoidja, seejuures pidades silmas lähiriikide kehtestatud hindu samale ravimile.¹⁶ Juhul, kui inimesel on vaja ravimit, mis soodusravimite nimekirja hulka ei kuulu, on võimalik taotleda kompensatsiooni Läti riikliku tervishoiuteenistuse kaudu.³⁷ Soomes määrab soodustusega ravimile hinna ravimitootja.¹⁹ Väljaspool soodusravimite nimekirja olevate ravimite kättesaadavuse parandamise jaoks on Soomes võimalik Kela kaudu taotleda eritoetust ravimite hüvitamiseks. Kela määrab vastavalt ravimile 40%, 65% või 100% soodustuse, mis jõuab automaatselt apteegist ravimit välja ostes patsiendini.³⁸

Ravimitele kuluv osa keskmisest aastasest sissetulekust

Ravimite kättesaadavust Eestis, Lätis ja Soomes illustreerib joonis 2. Visualiseerides ravimitele kuluvat protsentuaalset osa el-

nike aastastest keskmisest sissetulekust, saab kinnitada kolme riigi panuse ja omaosaluse märkimisväärselt erinevust tervishoiukulude jaotumisel.

Suurim osa sissetulekust kulub ravimitele keskmisel lätlasel (helehall joon), jäädes viimase kümne aasta lõikes 3% piirile. Värskeimate, 2021. aastal avaldatud andmete põhjal on aga ravimitele kuluv osa langustrendis, jäädes esmakordselt alla 3%, moodustades 2,71% aastastest keskmisest sissetulekust.^{20, 21, 22, 39} Teisel kohal ravimitele kuluva omaosaluse protsendiga aastastest keskmisest sissetulekust on Eesti. Joonisel 2 halli joonega märgitud trend jääb kümne aasta jooksul tehtud statistika kohaselt 1,6% ning 1,9% vahele. Enim on sissetulekust ravimitele kulunud 2017. aastal, sellele järgnenud langust võib põhjendada 2018. aastal kehtima hakanud automaatse täiendava ravimihüvitisega, mis võimaldas suuremat summat ravimitele kulutataval inimestel omaosalust märkimisväärselt vähendada.⁸ Madalaima omaosalusega tervishoiukulutustes võib joonisel 2 näha tumehalli joonega markeeritud keskmise soomlase protsentuaalseid kulutusi ravimitele aastastest sissetulekust. Viimase kümne aasta jooksul ei ole Soomes kordagi tõusnud ravimitele kuluv summa üle 1,2% keskmisest kogusissetulekust.

ARUTELU

Ravimite rahaline kättesaadavus mõjutab otseselt elanikkonna ravimialast ostujõudu ning näitab seeläbi, kuidas rahvusvahelisel ja riiklikul tasandil tehtud tervishoiupoliitilised otsused indiviidide tervist mõjutavad.

Uuringus analüüsiti kolme riigi – Eesti, Läti ja Soome – elanikkonna ravimite rahalist kättesaadavust. Kõigis kolmes nimetatud riigis on kasutusel ravimite kättesaadavust soodustavad seadused ja meetmed. Näiteks universaalne tervisekindlustus, tänu millele on enamik rahvastikust ravikindlustatud. Kui Eestis ja Lätis panustavad ravikindlustuse maksetesse pea ainuisikuliselt riigi elanikud sotsiaalmaksu tasumise näol, siis Soomes finantseerib ravikindlustusfondi ka riik vastavalt maakondlikele eripäradele.^{14, 27, 28} Nii Eesti, Läti kui Soome kasutavad ravimite kättesaadavuse parandamiseks riiklikke soodusmäärasid, mis rakenduvad vastavalt soodusnimekirja kantud ravimite omadustele.^{8, 16, 19} Lisaks on

olemas ka täiendavad ravimihüvitusmeetmed ravimitele, mida üldised soodusmäärad ei kata. Need võivad olla näiteks harvikaiguste ravimid või uued ja kõrge hinnaga ravimid, mille kasutusvajadus lähtub konkreetsest patsiendist.^{15, 36, 38} Ravimi hinna määramisel toetub teiste sarnaste turgude hindadele enim Läti, kus ravimi lõplik hind ei tohi ületada lähiriikide (Tšehhi, Taani, Poola, Rumeenia, Slovakkia, Ungari) odavuselt teist sama toimeainega ravimit. Lisaks peab hind olema madalam teistes Balti riikides (Eestis ja Leedus) kehtivast hinnast.¹⁶ Kolme riigi panus tervishoidu peegeldub ka omaosalusmääras ravimite ostul. Ravimitele kuluv osa aastastest keskmisest sissetulekust illustreerib ravimite kättesaadavust riigi keskmisele elanikule. Mida suurem on elaniku protsentuaalne panus ravimitele, seda halvem on ravimite kättesaadavus riigis. Enim panustab tervishoidu Soome, kus keskmine elanik kulutab aastastest sissetulekust ravimitele u 1%. Vähem toetub tervishoiusüsteem riiklikule panusele Eestis ja Lätis, kus ravimitele kuluv osa indiviidi aastastest keskmisest sissetulekustest jääb vastavalt 2% ja 3% juurde. Edasistes uurimustes tuleks arvestada maksusüsteemide võrdlusel Läti uuenenud ravimihüvitussüsteemiga, mis jõustus 2025. aasta jaanuaris. Uuenenud süsteem tagab ravimite hindade stabiilsuse ning täiendava hinnamuutuste kontrolli.⁴⁰ Käesoleva töö koostamise ega analüüsitud ajaperioodi jooksul ei olnud uus süsteem Lätis kasutusel.

Kuigi Eesti, Läti ja Soome paiknevad geograafiliselt samas vööndis ning on sarnase kultuuriruumiga, on riikide elatustase varieeruv. Ravimite rahastussüsteemid on erinevate põhimõtetega ning sihttuturud erineva suurusega. Seetõttu võib omavaheline võrdlus olla ebatäpne. Samuti kasutatakse uuringu meetodina mudelvalemite loomist, mille autoriks on tehisintellekt. Saadud tulemused on autorite poolt käsitsi kontrollitud ja vastavalt riiklikele seadustele valideeritud, siiski võib tekstirobot konteksti vääriti mõistmise ja tehniliku mõistuse tõttu valemite sisu liigselt üldistada või valesti esitada. Samas lähtub see uuring mudelitest ning nende omavahelisest võrdlusest ning ei püüa vormistada saadud valemite praktiliseks kasutuseks. Uuringus vaadeldi ravimite rahalist kättesaadavust aastatel 2013–2021. Poliitilises vaates on tegemist lühikese ajaperioodiga, mistõttu ei pruugi

kajastatud muutused ja süsteemide iseloom tagada üheksa aastaga tervikpilti riikide tervishoiupoliitika põhimõtetest. Kuna uuringu autorite emakeel on eesti keel, teine keel inglise keel, piirduti analüüsil eesti- ja ingliskeelsete allikate kasutamisega. See piirab Läti ja Soome terminoloogia täpset kasutust ja süsteemi süvitsi mõistmist.

Uuringust lähtuvalt võib väita, et ravimite riiklik rahastussüsteem vajab pidevat arengut ja ajakohastamist. Nii nagu kiirelt uuenev ravimurg on ka patsientide ootused ja vajadused muutumises. Kuigi patsiendi omaosalus ravimitele on kõigis kolmes analüüsitud riigis aastase kogusissetuleku võrdluses marginaalne, mõjutab ebapiisav finants näiteks Eestis endiselt iga kümnendat elanikku, kelle ravijärgimus võib ravimi kõrge hinna tõttu nõrgeneda.⁶ Samas eeldab ravimite hinnastamispoliitika koostööd sektori kõigi osapoolte, nii ravimite tootjate, arstide kui patsientide vahel, et luua võimalikult paljusid patsiente toetav tänapäevane ravimihüvitussüsteem.

Nimetatud uuring illustreerib fakti, et riigi panus tervishoidu mõjutab otseselt indiviidi omaosaluse suurust ravimite ostul. Samas on oluline märkida, et ravimitele kehtestatud madalam erikäibemaks määr üksi ei ole ravimite taskukohasemaks muutmisel määrav. Ka riikides kehtiv täiendav kompensatsioon seab patsiendid endiselt ebavõrdsesse olukorda. Näiteks Eestis kehtiv automaatne täiendav ravimihüvitussüsteem eelistab selgelt kõrgema hinnaga ravimite ostjat või polüfarmakoteraapia patsiente, kelle omaosaluse määr ületab aastas vähemalt 100 euro piiri.⁵ Samas jätab Tervisekassa soodustus arvestamata patsiendi individuaalse sissetuleku, mis omakorda võib mõjutada ravimite kättesaadavust.

Edaspidi teevad uuringu autorid ettepaneku tuginedes Eesti Vabariigi valitsuse riigi strateegilisele arengukavale „Eesti 2035“ ning OECD Eesti tervishoiuraportile ravimite rahalise kättesaadavuse parandamiseks elanikkonnale suurendada riigi panust tervishoidu ning tegeleda aktiivselt terviseedenduse ja haiguste ennetusega (et vähendada patsientide ravimite tarvitamise vajadust).^{12, 41} Viimane toetab ka riigi pikaajalist arengustrateegiat „Eesti 2035“, mille eesmärk on kasvatada ja toetada Eesti inimeste heaolu.⁴¹ Lisaks tuleks parandada ka nende Eesti patsientide ravimite kättesaadavust, kelle omaosalus aastas jääb alla 100 euro, kuid kelle sissetulekute

kogusummas ravimitele kuluv osa on siiski märkimisväärne. Poliitiliselt laiemal tasandil võiks lähtuda ka ühtse majandusruumi printsiibist Euroopa Liidu ja selle liikmesriikide näitel. Ravimite rahalise kättesaadavuse parandamiseks ja ühtlustamiseks liikmesriikide lõikes tuleks luua ühtsed ravimite hinna regulatsioonid EL tasandil, mis arvestaks küll iga liikmesriigi keskmist sissetulekut, kuid aitaks ühtse turuna langetada ravimipreparaatide hindu. Samuti aitaks ühtne turg kaasa geneeriliste ravimite laiemale levikule ja paremale kättesaadavusele, tänu millele paraneks ka väiksemates üksustes (nagu nt Eesti ja Läti) soodsate ravimite kättesaadavus patsiendile.

JÄRELDUSED

Elanike omaosaluse suurus ravimite ostul sõltub riiklikust tervishoiukorraldusest ja -poliitikast. Eesti, Läti ja Soome elanike ravimitele kuluvat osa võrreldes on selgelt suurim omapoolne panus ravimite ostul Läti elanikel. Põhjuseks kõrgem ravimitele kehtestatud käibemaks ja konservatiivsem ravimite soodustuse nimekirja jaotumine. Kõigi kolme riigi puhul mängib ravimite rahalise kättesaadavuse taseme säilitamisel ja parendamisel olulist rolli universaalne tervisekindlustus. 🌱

HUVIDE KONFLIKT

Puudub.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. Access to medicines and health products. World Health Organization. <https://www.who.int/our-work/access-to-medicines-and-health-products> (23.09.2024).
2. Oldfield, L. et al. (2025). Prices, availability, and affordability of adult medicines in 54 low-income and middle-income countries: evidence based on a secondary analysis. *The Lancet Global Health*, Volume 13, Issue 1, e50–e58.
3. Euroopa Liidu Nõukogu (2025). <https://www.consilium.europa.eu/et/council-eu/>.
4. Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile, nõukogule, Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomiteele ning Regioonide Komiteele. Euroopa ravimistrateegia (2020). Euroopa Komisjon. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/?uri=CELEX:52020DC0761> (23.09.2024).
5. Täiendav ravimihüvitis (2024). Tervisekassa. <https://www.tervisekassa.ee/inimesele/ravimid/taiendav-ravimihuvitis> (17.10.2024)
6. Kallaste, E., Järve, J., Sömer, M., Lang, A. (2019). Inimkeskse tervishoiu seiremetoodika väljatöötamine. Lõpparuanne. <https://www.tervisekassa.ee/inimesele/ravimid/taiendav-ravimihuvitis>

- sm.ee/sites/default/files/documents/2022-06/Inimkeskse%20tervishoiu%20seiremetoodika%20v%C3%A4ljat%C3%B6%C3%B6tamine.pdf.
7. Ravimipoliitika 2030 (2023). Sotsiaalministeerium. Tallinn. RAVIMIPOLIITIKA 2030Sotsiaalministeeriumhttps://sm.ee › media › download (20.09.2024).
8. Ravimite ja meditsiiniseadmete hinnaregulatsiooni toimimise ja muudatusvajaduste analüüs. Aruanne (2023). Sotsiaalministeerium ja Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus. https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2023-10/Ravimite%20ja%20meditsiiniseadmete%20hinnaregulatsiooni%20analüüs%20-%20lõppraport.pdf.pdf (15.09.2024).
9. Newton, M., Stoddart, K., Travaglio, M., Troein, P. (2025). EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2024 Survey. https://rtl.ee/wp-content/uploads/2025/05/EFPIA-Patients-W.A.I.T.-Indicator-2024-Final-110425-1.pdf.
10. Kalmus, V., Masso, A., Linno, M. (2015). Sotsiaalse Analüüsi Meetodite ja Metodoloogia õpi baas. Kvalitatiivne sisuanalüüs. https://samm.ut.ee/kvalitatiivne-sisuanalüüs/ (12.10.2024).
11. Eurostat (2024). https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MLEXPEC/default/table?lang=en.
12. Estonia: Health System Summary (2024). WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376806/9789289059602-eng.pdf?sequence=1.
13. Latvia: Health System Summary (2022). WHO/European Observatory on Health Systems and Policies. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361203/9789289059077-eng.pdf.
14. Finland: Health System Summary (2023). Tynkkynen L. K., Keskimäki I., Karanikolos M., Litvinova, Y. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366710/9789289059398-eng.pdf?sequence=1.
15. National Health Service Republic of Latvia (2020, November 24). Medicines to be reimbursed. https://www.vmnvd.gov.lv/en/medicines-be-reimbursed?utm_source=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F (15.10.2024).
16. Voncina, L. (2021, May 2). Roadmap for Improving Access to Medicines in Latvia. https://www.vmnvd.gov.lv/media/10082/download?attachment.
17. Lääkkeiden Hintalautakunta (2024). https://www.hila.fi/en/.
18. Reimbursements for medicine expenses (2024). Kansaneläkelaitos. https://www.kela.fi/medicine-expenses (15.10.2024).
19. Pharmaceutical Pricing and Market Access of Medicine Products in Finland (2020). Medafcon Oy. https://www.medafcon.fi/en/market-access-finland/ (10.10.2024).
20. Average annual wages in Finland from 2012 to 2022 (in euros) (2023). Statista. https://www.statista.com/statistics/416203/average-annual-wages-finland-y-on-y-in-euros/ (16.10.2024).
21. Average annual wages in Estonia from 2000 to 2022 (in euros) (2024). Statista. https://www.statista.com/statistics/416201/average-annual-wages-estonia-y-on-y-in-euros/ (16.10.2024).
22. Average annual wage in Latvia from 2000 to 2022 (in euros) (2024). Statista. https://www.statista.com/statistics/1269916/latvia-average-annual-wages/.
23. Lee, K. S., Kassab, Y. W., Taha, N. A., Zainal, Z. A. (2020). Factors Impacting Pharmaceutical Prices and Affordability: Narrative Review. Pharmacy (Basel, Switzerland), 9(1), 1. https://doi.org/10.3390/pharmacy9010001.
24. Raju P. K. S. Chapter 6.2—WHO/HAI Methodology for Measuring Medicine Prices, Availability and Affordability, and Price Components. In: Vogler S., editor. Medicine Price Surveys, Analyses and Comparisons. Academic Press; Cambridge, MA, USA: 2019. pp. 209–228.
25. Euripid koduleht. https://euripid.eu/ (10.08.2025).
26. OpenAI (2024). ChatGPT (21. oktoobri versioon), suur keelemudel, https://chatgpt.com/c/671640ea-4254-8010-ac57-9e70d58d464f.
27. Ravikindlustus (2024). Tervisekassa. https://www.tervisekassa.ee/inimesele/ravikindlustus (17.10.2024).
28. Latvia. Individual. Other taxes. National social insurance contributions (NSIC) (2024). PwC. https://taxsummaries.pwc.com/latvia/individual/other-taxes (19.10.2024).
29. Käibemaksumääraga 9% maksustatavad ravimid, rasestumisvastased vahendid, sanitaar- ja hügieenitooted, meditsiiniseadmed ning abivahendid (2022). RT I, 29.12.2021, 41, https://www.riigiteataja.ee/akt/12912201041?leiaKehtiv.
30. Value Added Tax (2024). Ministry of Finance Finland. https://vm.fi/en/value-added-tax (20.10.2024).
31. Ravimite hulgi- ja jaemüügi juurdehindluse piirmäärad ning nende rakendamise kord. (2011). RT I 2005, 12, 55, https://www.riigiteataja.ee/akt/13353363?leiaKehtiv.
32. Valtioneuvoston asetus lääketaksasta (2013). 17.10.2013/713, https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2013/20130713.
33. Soodusravimid (2024). Tervisekassa. https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimid (21.10.2024).
34. Ravimitest (2024). Tervisekassa. https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest (17.10.2024).
35. Silins, J., Szkultecka-Dębek, M. (2017). Drug Policy in Latvia. Value in health regional issues, 13, 73–78.
36. Ravimite hüvitamine erandkorras (2024). Tervisekassa. https://www.tervisekassa.ee/inimesele/ravimid/ravimite-huvitamane-erandkorras (17.10.2024).
37. National Health Service Republic of Latvia (2024, April 22). Application forms. https://www.vmnvd.gov.lv/en/application-forms (13.12.2024).
38. Special reimbursement and other entitlements to reimbursement for medicine expenses (2024). Kela. https://www.kela.fi/medicine-expenses-special-reimbursement (06.12.2024).
39. OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en.
40. State Agency of Medicines Republic of Latvia (20.12.2024). Updated: Starting from January 1, 2025, changes in the procedures for declaring medicinal product prices will take effect. https://www.zva.gov.lv/en/news-and-publications/news/updated-starting-january-1-2025-changes-procedures-declaring-medicinal-product-prices-will-take.
41. Strateegia „Eesti 2035“ (2024). Eesti Vabariigi valitsus. https://valitsus.ee/strateegia-est-2035-arengukavad-ja-planeering/strateegia (10.07.2025).