

# **Kaasaegse apteegiteenuse roll esmatasandi tervishoiu osana Eesti tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamisel**

**Võimalused apteegiteenuse paremaks  
integreerimiseks esmatasandiga**

Analüüsiaruanne

2013

*Analüüsi teostamist toetas Eesti Apteekide Ühendus*

**Autorid:** Priit Kruus, Gerli Paat-Ahi

**Poliitikauuringute Keskus Praxis** on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.



**Poliitikauuringute Keskus Praxis**

Tornimäe 5, III korrus

10145 Tallinn

tel 640 8000

[www.praxis.ee](http://www.praxis.ee)

[praxis@praxis.ee](mailto:praxis@praxis.ee)

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Kruus, P., Paat-Ahi, G. 2013. Kaasaegse apteegiteenuse roll esmatasandi tervishoiu osana Eesti tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamisel. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

## Lühikokkuvõte

Tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse ja elanike tervise kaitse tagamine eeldab läbimõeldud ja selgete eesmärkidega tervishoiupoliitikat. Selle ühe osana on tähtis ka riigi ravimipoliitika, kuivõrd ravimikulud moodustavad enam kui viiendiku tervishoiu kogukuludest. Ravimipoliitikast sõltub, kui kättesaadavad on ravimid inimestele ja kas ravimeid tarvitatakse mõistlikult. Nende eesmärkide tagamisel on oluline roll apteekidel, mis tagavad ravimitele juurdepääsu. Samuti nõustavad apteekrid (proviisorid ja farmatseudid) patsiente ravimite õige kasutamise osas. Mitmed riigid on apteekreid kaasanud ka muude patsiendi eest hoolitsemise tegevustesse: ennetustegevus, tervisealane nõustamine, ravisoostumuse tagamine, krooniliste haigete jälgimine. Teaduskirjanduses ja riikide praktikas on välja kujunenud nn farmatseutilise hoole kontseptsioon, mille keskmes on patsient ja tema vajadused ning eesmärgid on patsiendi elukvaliteedi parandamine.

Käesoleva analüüsi eesmärk on leida võimalusi apteegiteenuse arendamiseks ja paremaks esmatasandiga integreerimiseks. Analüüsiaruandes on käsitletud ravimipoliitika ja apteekide tähtsust tervishoiu jätkusuutlikkuse tagamisel ning apteegiteenuse praegust rolli esmatasandil. Samuti hõlmab töö väliskirjandust ja rahvusvahelist kogemust apteegiteenuse arengutest. Analüüsi ühe tulemusena esitati erinevad apteegiteenuse arendamise võimalused näitlike stsenaariumitena ning toodi välja valdkondliku arengu eeldused.

Analüüsi peamiseks järelduseks on, et apteegiteenust on võimalik senisest paremini esmatasandi ja tervishoiusüsteemiga integreerida. Tähelepanu vajab apteegiteenuse arendamine koos- ja kõrvaltoimete ärahoidmisel ja tuvastamisel ning patsientide ravisoostumuse tagamisel. Samuti on apteekide rolli võimalik täpsustada patsientide esmase nõustamise ja suunamise pakkumise osas ning ka hetkel apteekides pakutavaid lisateenuseid saaks võimaldada paremas kooskõlas teiste tervishoiuteenustega. Edukas integreerimine võib suurendada tervishoiusüsteemi kuluefektiivsust ning mõjuda positiivselt elanike tervisele (sh vähendada koos- ja kõrvaltoimeid, parandada ravisoostumust, suurendada elanikkonna terviseteadlikkust).

Nimetatud arendusi ja apteegiteenuse kvaliteedi kasvu toetaks patsiendi ravimi- ja terviseinfo süsteemne kasutamine apteegis ning apteegi ja perearstimeeskonna vahelise info liikumise parandamine. Samuti eeldab farmatseutilise hoole printsiipide rakendamine apteekritele asjakohast õpet ja täiendkoolitust ning kvaliteedi tagamise meetmete loomist.

Kõiki arenguid saavad toetada erinevad apteekrite ja perearstide, pereõdede ning esmatasandi koostööd soodustavad organisatoorsed vormid, mis võimaldaksid apteegiteenuse arenemist patsiendikeskselt ning kooskõlas kogu ravimi- ja tervishoiupoliitikaga. Patsiendi ravi peab farmatseutilise hoole teooriast lähtuvalt olema suunatud elukvaliteedi suurendamisele. Samuti on oluline raviprotsessi järjepidevus ja patsiendi tervishoiusüsteemis liikumise koordineeritus.

Käesolev töö pakub analüütilist sisendit valdkondlikku poliitikakujundamise protsessi ja diskussiooni. Seejuures ei hõlma analüüs kogu esmatasandi ülesehitust ning jätkusuutlikkuse suurendamise võimalusi, vaid keskendub peamiselt apteegiteenusele ning vaatleb seda laiemas ravimi- ja tervishoiupoliitika kontekstis. Nii apteegiteenuse kui ka esmatasandi korraldus ning ravimipoliitika regulatsioonid vajavad edasist analüütilist käsitlust, et toetada poliitikakujundamise protsessi eri lahendusvariantidega tervishoiusüsteemi eesmärkide saavutamisel ja elanikkonna tervise hoidmisel.

# Sisukord

<b>Lühikokkuvõte.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Taustaülevaade ja ülesandepüstitus .....</b>	<b>5</b>
1.1. Ravimipoliitika ja apteekide tähtsus tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamisel.....	5
1.2. Ravimipoliitika tervishoiupoliitika osana .....	9
1.3. Apteegiteenuse arengud maailmas .....	11
1.4. Analüüsi fookuse piiritlemine ja ülesandepüstitus.....	17
1.5. Analüüsi meetodid ja osapoolte kaasamine .....	17
<b>2. Apteegiteenuse praegune roll esmatasandil .....</b>	<b>19</b>
2.1. Kasutus ja külastatavus.....	20
2.2. Regionaalne ja ajaline kättesaadavus .....	21
2.3. Tööjõud ja ressursid.....	24
2.4. Rahastamine .....	28
2.5. Apteegiteenuse pakkumisega seotud kvaliteediaspektid .....	29
<b>3. Apteegiteenuse integreerimise mõõtmed.....</b>	<b>33</b>
3.1. Raviprotsessi ja teenuste mõõde.....	33
3.2. Info mõõde.....	38
3.3. Geograafiline mõõde .....	43
3.4. Organisatsiooniline mõõde.....	45
<b>4. Võimalused apteegiteenuse paremaks integreerimiseks esmatasandiga.....</b>	<b>47</b>
4.1. Apteegiteenuse tähtsus tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamisel.....	47
4.2. Apteegiteenuse arendamise ja parema integreerimise stsenaariumid .....	47
4.3. Apteegiteenuse arendamise ja parema integreerimise eeldused.....	51
<b>5. Järeldused.....</b>	<b>55</b>
<b>Kasutatud kirjandus.....</b>	<b>59</b>
Lisa 1. Intervjuu kava.....	66
Lisa 2. Tervisesüsteemide integreerituse teoreetiline käsitlus.....	68
Lisa 3. Apteegiteenuse roll patsiendi teekonnal tervishoiusüsteemis.....	71

# 1. Taustaülevaade ja ülesandepüstitus

## 1.1. Ravimipoliitika ja apteekide tähtsus tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamisel

Eesti tervishoiusüsteem põhineb solidaarsuspõhimõttest lähtuval ravikindlustusel. Ravikindlustuse eesmärk on katta kindlustatud isikute tervishoiukulud haiguste ennetamiseks ja raviks, rahastada ravimite ja meditsiiniliste abivahendite ostmist ning maksta ajutisest töövõimetusel tingitud ja muid rahalisi hüvitisi. Eesti ravikindlustus põhineb osamaksetel ehk on suures osas sõltuv süsteemi panustajate arvust ja nende sissetulekute tasemest. Seega mõjutab ravikindlustuse jätkusuutlikkust negatiivselt rahvastiku vananemine. Seejuures on võimalik eristada finantsilist jätkusuutlikkust ehk tervishoiusüsteemi rahastamisvõimaluste ja kulutuste pikaajalist tasakaalu ning sotsiaalset jätkusuutlikkust ehk süsteemi võimekust praegu ja tulevikus edukalt maandada sotsiaalseid riske. (Praxis 2011)

Kuigi rahvastiku vananemist peetakse peamiseks **finantsilist jätkusuutlikkust** mõjutavaks teguriks, siis näitavad uuringud, et rahvastiku vanuselisel struktuuril võib olla tervishoiukulude kasvule tagasihoidlik mõju ning mittedemograafilised tegurid nagu hindade ja palkade kasv, uute tehnoloogiate kasutuselevõtt ning ravimite tarvitamise määr mõjutavad jätkusuutlikkust rohkem kui rahvastikumuutustest sõltuvad tegurid. (Morgan, Cunningham, 2011)

Eestis on erinevates uuringutes ja analüüsides (Vörk *et al.* 2005; Thompson *et al.* 2011; Praxis 2011) ravikindlustuse finantsilist jätkusuutlikkust hinnatud ning mitmete stsenaariumite ja eelduste puhul jõutud tulemusele, et tervishoiusüsteem ei ole senistel alustel toimivana pikas perspektiivis finantsiliselt jätkusuutlik. Eesti ravikindlustuse jätkusuutlikkus sõltub nii demograafilistest arengutest kui ka süsteemi korralduslikest teguritest. Haigekassa, WHO ja Sotsiaalministeeriumi (Thompson *et al.* 2011) ning Praxise ravikindlustuse jätkusuutlikkuse (Praxis 2011) hinnangud on näidanud tervishoiuteenuste hindade ja palgakulu komponendi suurt mõju jätkusuutlikkusele<sup>1</sup>. Samuti mõjutavad ravikindlustuse jätkusuutlikkust ravimikulutused, moodustades 2012. aastal ligikaudu 13% Haigekassa kulutustest ning 21% tervishoiu kogukuludest.

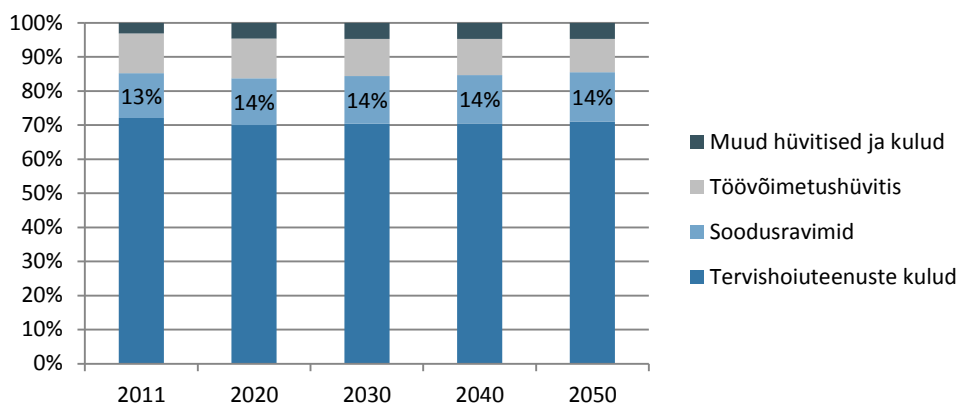
Demograafilised muutused mõjutavad pikas perspektiivis ravikindlustuse ravimikulutusi suhteliselt vähe (1-2 protsendipunkti ulatuses osakaaluna Haigekassa kulutustest, vt jooniselt 1.1.1.), suuremat mõju omavad ravimite kasutamise muutused (Thomson *et al.* 2010). Ravimite kasutamine sõltub sellest, kui palju arstid ravimeid välja kirjutavad, kui kõrge on ravimite hind<sup>2</sup>, kui palju tuleb turule uusi ravimeid ning kui kättesaadavad on ravimid patsientidele, samuti patsientide ravimite kasutamise harjumustest. Kasutamist saab suunata riigi ravimipoliitika, mis hõlmab nii ravimite hindade ja turulepääsu reguleerimist kui ka ravimite turustamise korraldust ning sõltub vahetult tervisepoliitilistest otsustest.

---

<sup>1</sup> Kuna suurema osa arstide ja õdede palk on reguleeritud, siis on varasemates töödes eelkõige hinnatud finantsilise jätkusuutlikkuse sensitiivsust tervishoiuteenuste hinna, sh palgakomponendi suhtes, ehk mil määral tervishoiuteenuste hindade ja tervishoiuotajate palga muutumine mõjutab Haigekassa eelarve tasakaalu.

<sup>2</sup> Ravimi hind sõltub tootja seatud hinnast, soodusravimite puhul piirhindadest, hinnakokkulepetest, samuti hulgi- ja jaemüügiele kehtestatud juurdehindlusmäärade ning ravimite käibemaksu suurusest.

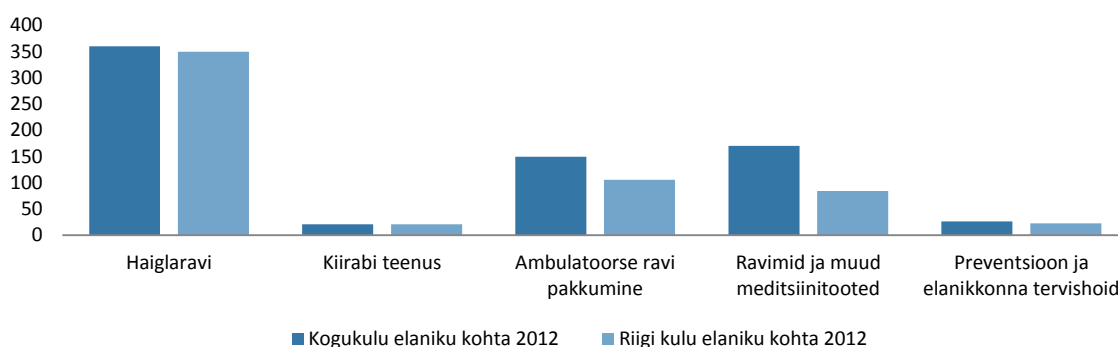
**Joonis 1.1.1.** Demograafiliste muutuste mõju Haigekassa kulude struktuurile (2011-2060)



Allikas: Praxis 2011

Tervishoiusüsteemi kui terviku finantsilise jätkusuutlikkuse seisukohast on oluline märkida, et suure osakaalu tervishoiusüsteemi kuludes moodustab haiglapõhine eriarstiabi (näiteks statsionaarne ravi ja päevaravi moodustasid 37% Haigekassa kuludest (Haigekassa 2012). Haiglaravi kulu inimese kohta oli 2012. aastal 360 eurot ehk moodustab 45% tervishoiu kogukuludest inimese kohta aastas (vt joonis 1.1.2). Haiglaravi on kulukas ning otsitakse võimalusi laiendada rahvatervise meetmeid ning **ennetada haiglaravi vajadust** (Thomson *et al.*, 2010, Praxis 2011). Samuti on välja toodud, et just rahvastiku tervislikud eluviisid, tervisekäitumine ja haiguste süvenemist ennetatavate tervishoiuteenuste kasutamine võib vähendada tervishoiukulude kasvu (Wanless, Health Trends Review 2002). Seejuures on võimalik eristada primaarseid ja sekundaarseid ennetusteenuseid, kus esimesed hõlmavad haigestumise ennetust eesmärgiga maandada haigestumise riski ja põhjuseid, samas kui teised püüavad süstemaatiliselt „märgata“ haigusi nende varases arengufaasis ja sekkuda enne sümptomite süvenemist, hoides ära kalleid ravijuhtumeid (Nylor *et al.* 2013).

**Joonis 1.1.2.** Tervishoiu kogukulu elaniku kohta valitud kulutüüpide kaupa 2012. aastal



Allikas: TAI andmebaas 2013

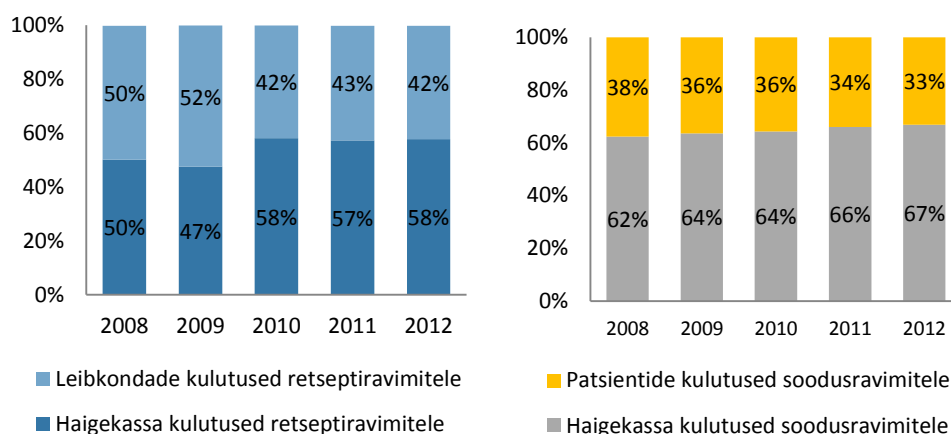
Primaarse ja eriti sekundaarse ennetustegevuse puhul on tähtis patsientidega esimesena kokku puutuvate tervishoiuspetsialistide roll (sh perearstid, pereõed, apteekrid, töotervishoiuarstid) ehk esmatasandi võimekus sekkuda võimalikult varases faasis. Kuigi ambulatoorse ravi osakaal on Eestis viimastel aastatel mõnevõrra kasvanud, on esmatasandi tervishoius mitmeid probleeme, mis ei võimalda täiel määral seda potentsiaali rakendada. Ka Thomson *et al* (2010) on välja toonud, et Eesti raviasutused ei ole piisavalt motiveeritud ambulatoorse ravi osatähtsuse tõstmiseks ning muuhulgas

puuduvad stiimulid ravi koordineerimiseks teenuseosutajate vahel ning ratsionaalseks ravimikasutuseks.

Lisaks finantsilisele jätkusuutlikkusele peab arvestama ka süsteemi **sotsiaalsel jätkusuutlikkust** ehk võimet kvaliteetselt maandada sotsiaalseid riske ja seejuures tagada vajalik ravi kättesaadavus. Järgnevalt vaadataksegi just ravimite ja apteekidega seotud sotsiaalse jätkusuutlikkuse aspekte – ravimite kättesaadavust ning ravimite kasutamisega seotud kvaliteedi küsimusi. Kättesaadavuse puhul on võimalik eristada nii finantsilist kättesaadavust (hind), geograafilist kättesaadavust (apteegiteenuse lähedus) kui ka ravimite valikut (sortiment).

Mitmetes uuringutes (sh Thompson *et al.* 2011; Riigikontroll 2012; Kanavos *et al.* 2009) on kritiseeritud Eesti ravimipoliitika vähest võimekust **finantsriskide maandamisel**. Ravimitega seotud omaosalus on suhteliselt kõrge, näiteks 2012. aasta seisuga oli üldapteekidest väljastatud retseptiravimite omaosaluse määr 42% ning soodusravimite puhul oli vastav näitaja 33% (vt joonis 1.1.3. all). Kuigi omaosaluse eesmärk on tagada patsiendi vastutus ja vältida ravimite ületarbimist, siis võib liiga kõrge omaosaluse määr mõjutada madala sissetulekuga patsiente soovitud ravimit mitte välja ostma (Laidmäe 2013).

**Joonis 1.1.3.** Ravimitega seotud omaosalus aastatel 2008-2012



Allikas: Tervise Arengu Instituut, 2012

Allikas: Apteegistatistika 2012, Ravimiamet

Omaosalust sissetuleku tasemetel löikes on uurinud Vörk *et al.* (2010) ning toonud välja, et madalama sissetulekuga inimestel on väiksem tervishoiuteenuste ja ravimite kättesaadavus. Sotsiaalministeeriumi analüüsi põhjal on soodustatavate ravimite hinnad Eestis perioodil 2005-2011 siiski pidevalt vähenenud. Seda selgitab geneeriliste ravimite turuletulek ning nende kasutamist soodustanud digiresepti rakendamine, mistõttu varasemast rohkem väljastatakse toimeainepõhiseid retsepte ning apteegid täidavad kohustust pakkuda inimestele soodsaimat ravimit. Samuti on kaotatud 50%-se soodustusega ravimite soodustuse piirmäär. (Sotsiaalministeerium 2012a; Haigekassa 2013a). Samas on omaosalus retseptiravimite puhul Eestis (42%) jätkuvalt oluliselt kõrgem kui paljudes teistes OECD liikmesriikides, näiteks Sloveenias on omaosalus 2%, Prantsusmaal 4%, Austrias 12%, Rootsis 23%, Poolas 33% (OECD 2013).

Lisaks ravimite hindadele ja omaosalusele, määrab ravimite kättesaadavuse ka apteekide **geograafiline paiknemine**. Kui linnades on apteekide kättesaadavus suhteliselt suur<sup>3</sup>, siis maapiirkondades on see oluliselt väiksem (näiteks on Eestis ligikaudu 70 omavalitsust, kus apteek puudub)<sup>4</sup>. Apteegiteenuse kättesaamatus võib tähendada seda, et patsient ei osta ravimit välja ning ravi puudumine viib terviseprobleemi süvenemiseni ehk võivad tekkida kulutused mujal süsteemis (erakorraline meditsiin, haiglaravi).

Kolmandaks ravimite kättesaadavuse näitajaks on **ravimite valik**. Saab eristada erinevaid valiku tasandeid: ravimid, mida on lubatud riigis müüa, ravimid, mille kulust osa Haigekassa hüvitab, ning ravimid, mis on müügil mõnes konkreetses apteegis. Riik reguleerib seejuures ravimite turulejõudmist (müügiload) ja soodustamist ning on sätestanud, et apteek peab tagama piisava ravimite valiku või nende tellimise mõistliku aja jooksul ning piirhinna ja hinnakokkuleppega ravimite puhul vähemalt ühe sama toimeainega preparaadi müügiloleku (Riigi Teataja\_d, 2013). Väikese turuna on Eestis müügiluba omavate ja soodustatavate ravimite valik suhteliselt madalam kui teistes riikides (Riigikontroll 2012; Kruus, Sikkut, Aaviksoo 2012) ning samuti on välja toodud, et apteekides ei ole odavamaid sama toimeainega ravimeid alati saada, kuigi viimastel aastatel on olukord paranenud. (Raviamet 2013a)<sup>5</sup>.

Ravimite kasutusmahu ja kulutuste seisukohast on lisaks ravimite kättesaadavusele samaväärselt oluline ka **ravimite õige kasutamine**. Tähtis on see, et ravimeid manustatakse õigel viisil, õiges koguses, õigel ajal ning ohutult. Selle tagamisel on suur roll apteekritel, kes teevad ravimite müügi käigus raviminõustamist. Ravimite kõrvaltoimed võivad kaasa tuua täiendavaid kulutusi patsiendile ja tervishoiusüsteemile (sh haiglaravi) (Classen *et al.* 1997; Kongkaew, Noyce, Ashcroft 2008; Gurwitz *et al.* 2000; Westerling, Haikala, Airaksinen 2011) ning kõrvaltoimete esinemissagedust ja seoseid teiste ravimitega<sup>6</sup> sageli alahinnatakse (Viktil *et al.* 2007). Seetõttu on oluline, et apteekrid reageeriks ja sekkuksid sellistes olukordades, kus on näha, et ravimite tarbimisega võivad patsiendil tekkida erinevad probleemid (Westerlund, Marklund 2009). Eestis on uuritud ravimite koos- ja kõrvaltoimeid erakorralise meditsiini osakonda (EMO) pöördumiste põhjustena (Raudsepp *et al.* 2011) ning leitud, et ravimi võimaliku kõrval- või koostoimega seotud pöördujaid oli 6,4% kõikidest vaadeldud perioodil EMOsse pöördunud patsientidest. Uuringus rõhutati vajadust ravimite kõrvaltoimete ennetamise ja avastamise tõhustamise järele. Eestis puuduvad hinnangud, kui palju täiendavaid kulutusi patsientidele ja ravikindlustusele ravimite kõrval- ja koostoimed endaga kaasa toovad.

Seega sõltub tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkus paljuski ravimite kättesaadavusest ja kasutamist korraldavast ravimipoliitikast ning sellest, milline on apteekide ja arstide roll ravimite väljastamisel ja ravimite tarbimise suunamisel. Võimekus maandada riske varakult ning võimaldada kontrollitud ja otstarbekat ravimitarbimist aitab hoida inimesi töövõimelisena ning vältida kallemaid ravijuhtumeid. Kuivõrd apteegiteenuse roll ja selle olulisuse teadvustamine tervishoiusüsteemi kui terviku juhtimisel ning pikaajalise jätkusuutlikkuse ja patsiendikesksuse saavutamisel on märkimisväärne, siis tuleks apteegivaldkonna iseärasusi analüüsida seoses tervishoiupoliitika ja esmatasandiga. Järgnev alapeatükk vaatab põgusalt senist ravimipoliitika ja tervishoiu kooskäsitlust.

---

<sup>3</sup> Apteekide arv linnades on 43 apteeki 100 000 elaniku kohta (Raviamet 2013, Statistikaamet 2013), mis on suurem kui keskmine Euroopa apteekide tihedus 100 000 elaniku kohta (PGEU 2011).

<sup>4</sup> Uuendusliku arenguna on käivitatud ka esimene internetiapteek – ei ole veel teada, kui palju aitab teenus just maal elavate inimeste ravimite kättesaadavust suurendada.

<sup>5</sup> Raviamet on välja toonud, et odavamate ravimite kättesaadavus on paranenud ning enamus apteekides on juurutatud süsteem, et tagada piirhinna ja hinnakokkuleppehinnaga kaetud ravimite müügilolek.

<sup>6</sup> Eestis kasutab kahte või rohkem retseptiravimit samaaegselt 24% elanikkonnast (Volmer *et al.* 2012)



## 1.2. Ravimipoliitika tervishoiupoliitika osana

Ravimipoliitika arengukava (aastani 2010) järgi on ravimipoliitika eesmärk tagada: põhiravimite kättesaadavus, ravimite kvaliteet, ohutus, tõhusus ning ravimite mõistlik kasutamine. Seni on apteegivaldkonda käsitletud peamiselt ravimipoliitika osana ning tervishoiuvaldkonna spetsiifilistes strateegilistes dokumentides on apteegivõrgu korraldus vähe kajastust saanud (Sotsiaalministeerium 2008; Sotsiaalministeerium 2012b). Samas seda, kuidas ja mil määral ühiskond ravimitele kulutab, mõjutab suuresti riigi ravimipoliitika ja apteegivõrgu korraldus. Ravimipoliitikat omakorda mõjutab laiem tervise-, sotsiaal- ja majanduspoliitika.

Senised valdkondlikud analüütilised tööd on keskendunud eelkõige erinevatele spetsiifilistele teemadele ning neid on peamiselt nelja tüüpi – teadusartiklid ja üliõpilastööd, uuringud ja analüüsid, rahvusvaheliste organisatsioonide ülevaatearuanded ning riigiasutuste analüüsid ja auditid. Seejuures on vaatluse all olnud teemadeks: ravimite hinnakujundus, juurdehindlused, paralleelkaubandus, digiretsept, retseptiravimite kasutamine, patsientide teadlikkus, ravimite omaosalus, asutamispääs, apteekide tööjõud jt (Kägu 2009, Kruus 2009, Värk 2012, Samm 2006, Villako, Volmer, ja Raal 2012, Kiivet 2008, Volmer *et al.* 2012, Lass *et al.* 2011, Laidmäe 2013, PwC 2013, Faktum & Ariko 2012)

Mõned varasemad analüüsid on vaadanud ravimipoliitikat laiemalt või tihedamas seoses tervishoiupoliitikaga. Näiteks Kanavos *et al.* (2009) põhjalik ravimipoliitika analüüs ja sellest tulenevad ettepanekud muudatusteks on üks vähestest töödest, kus mitmeid teemasid tervikus käsitletud. Muuhulgas on analüüsis kajastatud ravimite üldise järelevalve korraldusega seotud probleeme, aga ka apteegiteenuse ja ravimite vähest kättesaadavust. Soovitatud on leida meetmeid kättesaadavuse tagamiseks maapiirkondades, mainitud on ka täiendavate teenuste pakkumise võimalust. (Kanavos *et al.* 2009)

2012. aastal avaldatud Riigikontrolli audit „Ravimite hüvitamise korraldus“ vaatleb samuti ravimipoliitikat laiemalt. Riigikontrolli peamised järeldused on, et riigi tegevus soodusravimite hüvitamise korraldusel ei ole olnud tulemuslik ning selle põhjuseks on ebapiisav konkurents, järelevalve vähesus arstide ja apteekrite üle ning patsientide vähene teadlikkus ja piiratud ostujõud. Samas antakse ka soovitusi erinevate ravimipoliitika valdkondade kohta ning rõhutatakse, et senised strateegiadokumendid viitavad vaid ravimite ohutuse, kättesaadavuse ja kvaliteedi taotlusele, kuid ei täpsusta, kuidas neid eesmärke saavutatakse. Soovituste osas mainitakse põgusalt ka koostöövajadust apteekrite ja perearstide vahel leidmaks lahendusi, et patsiendid tarvitaksid ravimeid korrektselt. (Riigikontroll 2012)

Koostööaspekti apteekide ja esmatasandi vahel rõhutab ka esmatasandi tervishoiu arengukava (Sotsiaalministeerium 2009), kus on probleemseks välja toodud apteegiteenuse vähene integreeritus tervishoiusüsteemi ja ebapiisav kaasatus esmatasandi tervishoiuteenuse osutamisse. Apteegiteenuse osutajaid nimetab arengukava esmatasandi tervishoiuteenuste pakkujate hulka<sup>7</sup>. Rõhutatud on, et apteegiteenuse osutajad ei ole inimesele ainult ravimite kättesaadavuse tagajaks, vaid ka esmaseks nõustajaks ja suunajaks.

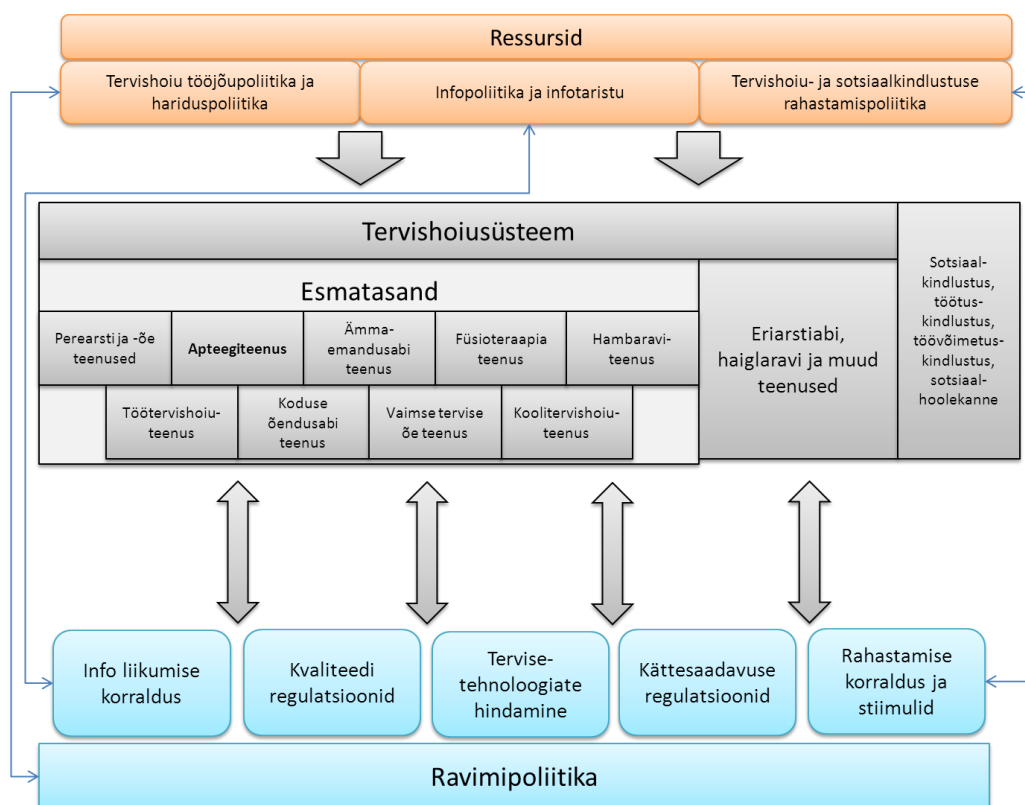
---

<sup>7</sup> Teised teenused on: perearsti ja -õe teenused, kodune õendusabi teenus, füsioteraapia teenus, ämmaemandusabi teenus, koolitervishoiu teenus, töötervishoiu teenus, hambaravi teenus, vaimse tervise õe teenus.

2011. aastal toodi Haigekassa, Sotsiaalministeeriumi ja WHO poolt tervishoiu jätkusuutlikkuse raportis välja asjaolu, et Sotsiaalministeerium peaks koostöös Haigekassaga suurendama esmatasandi osa tervisesüsteemis (sh tugevdama perearstide kui koordineerija rolli, et nad juhiksid patsiendi liikumist läbi kogu tervisesüsteemi). Koostööd peaks tegema ka ratsionaalse ravimikasutuse olemasolevate strateegiatega rakendamisel ning uute strateegiatega, näiteks arstidele ja apteekritele mõeldud rahaliste ja muude stiimulite väljatöötamisel (Thompson *et al.* 2011).

Käesolev töö keskendub peamiselt apteekide rolli arendamise võimalustele esmatasandil, kuid seejuures arvestades ka laiemat ravimi- ja tervishoiupoliitikat. Lisaks tervishoiupoliitikale on mitmeid kokkupuutepunkte erinevate seotud poliitikatega. Olles mõjutatud üldisest majandus- ja sotsiaalpoliitilistest taustast (maksukorraldus, konkurents) saab ravimipoliitika korraldus anda sisendit hariduspoliitikasse (vastava tööjõu koolitustellimuse näol), infopoliitikasse, arvestades patsientide ja ravimitega seotud informatsiooni liikumise vajadust ja sobilikku taristut, ning rahastamispoliitikasse, mis määrab pakutavate teenuste mahu ja ravimite finantsilise kättesaadavuse. Seejuures tuleb arvestada vastastikuseid seoseid erinevate poliitikate vahel (üldistav ja indikatiivne kaardistus erinevate poliitikate seostest on toodud alloleval joonisel 1.2.1).

**Joonis 1.2.1.** Indikatiivne kaardistus erinevate ravimipoliitikaga seotud poliitikate ja valdkondade seostest



Allikas: autorite koostatud

## 1.3. Apteegiteenuse arengud maailmas

### Apteegiteenuse teisenemine

Euroopas saab apteegiteenuse osutamise süsteemid üldstatult jagada neljaks. Skandinaavia-tüüpi apteegid on võrdlemisi suured, teenindades ca 6000-18000 (PGEU 2011) inimest ja keskendudes ravimite müügile. Lõuna-Euroopas, Prantsusmaal ja Belgias on väikesed apteegid, kus iga apteegi teeninduspiirkond on ca 2000-3000 inimest ning apteegis müüakse ka teisi tervise- ja kosmeetikatooteid. Suurbritannias ja Iirimaa on sarnaselt Ameerika Ühendriikide ja Austraaliaga kasutusel anglosaksi mudel, kus lisaks ravimitele on apteegis müügil ka paljud meditsiini ja ravimitega mitteseotud tooted ning teeninduspiirkonnaks on keskmiselt 3500 inimest. Kesk- ja Ida-Euroopa riikide apteegid (sh Saksamaa, Šveits, Austria) keskenduvad ravimite ja erinevate tervisetoodete müügile ning teenindavad keskmiselt 4000-6000 (PGEU 2011) inimest. (van Mil & Shultz, 2006).

Apteegiteenus on oma arengus läbi elanud mitmed etapid. 20. sajandi esimestel kümnenditel oli teenuses kesksel kohal ravimite valmistamine, kuid seoses ravimitööstuse arenguga alates eelmise sajandi keskpaigast kandus teenuses põhirõhk üha enam ravimite väljastamisele ja mõni kümnend hiljem ka kliinilise farmaatsia teenuse arengule, mis pani omakorda aluse tänapäevase apteegiteenuse kujunemisele (van Mil & Shultz, 2006).

**Farmatseutiline hool** (*pharmaceutical care*) kui uus apteegiteenuse osutamise teooria on viimaste aastakümnete üks suurimaid, kuid samas ka rohkelt vaidlusi põhjustanud valdkonna arenguid (van Mil *et al*, 2004). Aastal 1990 laiendasid USA, Florida Ülikooli teadlased Hepler ja Strand senist kliinilise farmaatsia definitsiooni nimetades uut teenust farmatseutiliseks hooleks. Selle **keskmes on patsient ja tema vajadused ning ravimite manustamise tulemuslikkus põhineb patsiendi elukvaliteedi paranemisel**. Tulemus saavutatakse kas 1) haiguse ravimise, 2) selle sümptomite leevendamise või kõrvaldamise, 3) haiguse arenemise aeglustamise või peatamise, 4) haiguse või sümptomite ennetamise kaudu (Hepler & Strand, 1990). Tänapäevani puudub Euroopa riikides ühene arusaam, millised on täpselt farmatseutilise hoole teooriast lähtuvad apteegi lisateenused, kuid vähemal või rohkemal määral on mitmed riigid rakendanud farmatseutilise hoole komponente (Pronk *et al*, 2002, Wiedenmayer *et al*, 2006, Van Mil & Shultz, 2006, Pharmacy in England, 2008). Van Mil & Shultz (2006) toovad oma artiklis välja, et endised idabloki riigid on senini pidanud keskendumas peamiselt efektiivse ravimikasutuse, ravimite ordineerimise ning väljastamise reguleerimisele, kus vaid Tšehhi, Horvaatia, Sloveenia ja Ungari apteegiteenus hõlmab mõningasel määral ka farmatseutilise hoole komponenti.

Van mil *et al* (2004) põhjendavad oma artiklis farmatseutilise hoole ja lisateenuste vajadust sellega, et ravimid ja raviprotsessid on muutunud järjest keerulisemaks ning varasemast enam on oluline panustada ravimitega seotud negatiivsete toimete vältimisele. Neid toimeid nimetatakse **ravivigadeks**, kui põhjus on seotud ravimite ordineerimise või väljastamisega, või **ravimitega seotud probleemideks**, kui põhjus on seotud ravimi kasutamisega laiemalt. Viimane termin hõlmab muuhulgas ka ravimite negatiivseid kõrval- ja koostoimeid. Ravimitega seotud negatiivseid toimeid on võimalik vältida nii nõustades patsiente ravimite kasutamisel kui ka süstemaatiliselt analüüsides patsientide ravimite kasutamist (van Mil *et al*, 2004, Wiedenmayer *et al*, 2006).

WHO on rõhutanud, et apteegi lisateenused peavad olema integreeritud muu tervishoiusüsteemiga, kus eri osapooltest moodustub kokku patsiendi ravimeeskond (*the health care team*). Proviisoritele ja farmatseutidele kaasneb uute teenustega ka senisest suurem vastutus ravi tulemuse eest

(Wiedenmayer *et al*, 2006, WHO Technical Report, 2011). Eduka ravitulemuse eelduseks on omavaheline selge rollide jaotus ja tihe koostöö. Rahvusvahelises kirjanduses ei hõlmata apteegiteenusena mitte ainult proviisori ja farmatseudi poolt osutatud teenuseid, vaid apteeki on võimalik koondada ka näiteks toitumisspetsialisti ja abiõe teenuseid (Wiedenmayer *et al*, 2006). Kokkuvõttes on apteegis lisateenuste osutamisel vajalik teha senisest enam koostööd tervishoiuteenus osutajatega patsiendi ravi juhtimisel (Moullin *et al*, 2013). Samas pole kirjanduse põhjal võimalik tõmmata selget piiri lisateenuste ja tavapärase apteegiteenus vahele, mis sisaldab samuti farmatseutilise hoole komponente.

Farmatseutiline hool ja apteegi lisateenused on Põhjamaades eksisteerinud juba 1990. aastatest, kuigi näiteks Norras ja Taanis ei olnud van Mil & Schultzi (2006) artikli kirjutamise ajaks apteegis pakutavad lisateenused praktikas veel täiel määral rakendunud. Hollandis külastab 95% inimestest enamasti sama apteeki, mistõttu on ravimite kasutamise jälgimise teenused olnud praktikas juba 1980. aastatest ning sealsed perearstid ja proviisorid konsulteerivad regulaarselt omavahel patsiendi ravi puudutavates küsimustes. Suurbritannias on samuti muutused toimunud alates 1990. aastate algusest, kus apteegiteenus muutmise eestvedajaks on olnud Riiklik Tervishoiusüsteem (*National Health Service - NHS*). Seetõttu on ka suhteliselt paljud uuringuid selles valdkonnas läbi viidud just Suurbritannias. Saksamaal alates 1990. aastatest korraldatud uuringud ja pilootprojektid on samuti toetanud uute teenuste rakendamist. 2003. aastal sõlmis Saksamaa suurim ravikindlustus ning apteegiomanikud riikliku lepingu, millega tagati uutele teenustele ka rahastus. Juba aasta hiljem sõlmiti integreeritud ravi leping, kuhu kaasati kolmandaks osapoolteks ka perearstid (van Mil & Schulz, 2006). Portugalis lubati 2007. aastal seadusega erinevate teenuste pakkumine (sh toitumishooldamine, vaksineerimine), mis täiendasid juba varem pakutud farmatseutilise hoole teenuseid. Portugalis on vastav amet tegelenud apteegiteenus arendamisega viimased 20 aastat (Gesundheit Österreich GmbH, 2010). Belgias muutusid alates 2005. aastast farmatseutilise hoole teenused proviisori jaoks kohustuslikuks, kuid seoses sealsete apteekide väiksusega on teenuste rakendumine veninud (van Mil & Schulz, 2006). Van Mil *et al* tõid oma 2004. aastal avaldatud artiklis välja, et farmatseutilise hoole teenused olid suuremal või vähemal määral riiklikult rahastatud viies Euroopa riigis: Hollandis, Suurbritannias, Portugalis, Šveitsis ja Saksamaal.

Kokkuvõttes on apteegiteenus aastatega arenenud ning farmatseutilise hoole teoorial põhinevad apteegi lisateenused enam levinud. Uued teenused nõuavad ka proviisoritelt ja farmatseutidelt senisest erinevaid teadmisi ja oskusi. Lisaks farmakoloogilistele teadmistele on toodud välja raviprotsesside (*clinical care*) tundmise olulisust, oskust suhelda patsientidega, teha koostööd teiste valdkondade spetsialistidega ja lahendada raviga seotud probleeme (van Mil *et al*, 2004). Teenuste pakkumine on seotud ka kohustusega läbida valdkonnas täiendkoolitus, selline praktika on näiteks Portugalis. (Morak *et al* 2010). Kirjanduses on toodud välja, et apteegiteenus osutajate suhtumine võiks sarnaneda tervishoiuteenus osutajatega, muutudes patsiendikeskemaks ning võttes koos teiste raviprotsessis osalejatega vastutuse ravitulemuse eest (Wiedenmayer *et al*, 2006, Mossialos, Naci, Courtin 2013). See toob kaasa ka küsimused apteegiteenus traditsiooniliste komponentide ajakohasuses. Kui ravimite väljastamine kuulub reeglina proviisorite ja farmatseutide kohustuste hulka, siis teiste tervishoiu valdkonna töötajate nagu perearstide ja pereõdede väljaõpe ja kogemus võimaldaks teatud tingimustel samuti ravimeid väljastada (Wiedenmayer *et al*, 2006; van Mil *et al*, 2004) – selline praktika on ka osades riikides levinud (Inglismaa, Austria, Holland). Seega tuleb apteegiteenus määratlemisel lähtuda mitte ainult ühesuunalisest protsessist, vaid vaadelda tervishoiusüsteemi osapoolte rolle ja vastutust tervikuna, kus fookuseks on kvaliteetne ja efektiivne ravitulemus.

## Kaasaegse apteegiteenuse mõju

Kuivõrd nii Euroopas kui ka teistes arenenud riikides on viimastel aastakümnetel apteegiteenuse roll muutunud (McMillan *et al*, 2012, Twigg *et al* 2012), on oluline hinnata uute teenuste tulemusi rahvatervisele. Uusi teenuseid on mõtet rakendada vaid siis, kui nende positiivne mõju patsiendile ja ühiskonnale on tõestatud (van Mil *et al*, 2004). Riigid nagu Suurbritannia, Kanada, Austraalia, Holland ja USA näevad apteegiteenuse rollis olulisena tervisedenduse ja krooniliste haiguste jälgimise komponenti, mis võiks parandada tervishoiuteenuste kättesaadavust, efektiivsust ja kvaliteeti (Mossialos *et al*, 2013, Pronk *et al* 2002, Pharmacy in England, 2008, McMillan *et al*, 2012). Näiteks võimaldaksid Suurbritannia Konservatiivse partei poliitikakujundamise mõttekoja hinnangul apteegi lisateenused tõsta tervishoiusüsteemi efektiivsust. Kui patsiendid pöördusid kergemate haigusjuhtumitega perearsti asemel proviisori poole, oleks võimalik hoida kokku 57 miljonit perearsti vastuvõttu, mis oma visiidi hinnaerinevuse tõttu tooks üle 800 miljoni naela kokkuhoidu (BowGroup, 2010). Samas kroonilise haigusega patsientide raviminõustamise teenus võib NHSi mõjuanalüüsi hinnangul tulevikus säästa kuni 230 miljonit naela aastas tulenevalt paremast ravisoostumusest, ravimite ratsionaalsest tarvitamisest, ära hoitud haiglaravist ja muust positiivsest mõjust (NHS Employers 2011). Väliskirjandusest nähtub, et enim on mõjuhinnanguid farmatseutilise hoole teenustele tehtud Inglismaal (enamasti *ex-ante* hinnangud).

Mossialos *et al* (2013) tegid ülevaate süstemaatilistest uurimustest selle kohta, kuidas laiendatud apteegiteenused on loonud lisandväärtust tervishoidu, eesmärgiga koondada poliitikakujundamise jaoks olulist informatsiooni antud valdkonnas. Kõigepealt koostati teaduskirjanduse põhjal apteegi lisateenuste loetelu, mis seostati Euroopa riikide ja USA poliitikadokumentide põhjal tervishoiupoliitika eesmärkidega. Seejärel viidi läbi süstemaatiline otsing uuringutest, kus kajastati nii linna kui ka maapiirkondade apteekide lisateenuste mõju majanduslikele, kliinilistele ja patsiendi heaolu aspektidele.

Kokku kaasati 33 süstemaatilist ülevaateartiklit, mis hindasid apteegiteenuse või apteegi lisateenuste mõju. Teenused jagati teenuste iseloomu alusel kahte rühma, kus esmalt toodi välja ravimite ratsionaalse ja tõhusa kasutamise seotud aspektid ning seejärel tervise jälgimise ja edendamise seotud teenused. Tabel 1.3.1. annab ülevaate teaduskirjanduses olevast teadmisesest seoses erinevate apteegiteenuste mõjuga.

**Tabel 1.3.1.** Apteegiteenused ja tervishoiupoliitika eesmärgid

Apteegiteenused	Tervishoiupoliitika eesmärgid	Mõju kirjanduse ülevaate põhjal
<b>1. Ravimite ratsionaalne, ohutu ja tõhus kasutamine</b>		
1.1 Farmakoterapia jälgimine, sh: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ravivigade vältimine,</li> <li>• kõrvaltoimete minimeerimine,</li> <li>• kahjulike koostoimete vältimine,</li> <li>• annustamise jälgimine,</li> <li>• ravimite väljastamine kiirkorras (<i>emergency prescription refill</i>),</li> <li>• retsepti pikendamine ja uuendamine,</li> <li>• patsientide nõustamine käsimüügiravimite osas.</li> </ul>	<i>Tervishoiu ressursside optimeerimine, sh kokkuvõid arstivisiitidelt, haiglaravi vältimine. Suremuse riski vähenemine. Ohtlike kõrvaltoimete vältimine.</i>	Kirjanduse ülevaated hõlmavad nii positiivseid kui ka negatiivseid tulemusi. Ühest hinnangut ei saa anda.  Mõju kliinilisele ja majanduslikele tulemusele annustamise jälgimisel, ravimite kiirkorras väljastamisel, retsepti pikendamisel, uuendamisel ja patsientide nõustamisel käsimüügiravimite osas oli leitud artiklite puhul väike või mõju puudus (kõrgema kvaliteedihinnanguga artiklid). Madalama kvaliteedihinnanguga

		artiklite põhjal leiti ka olulist positiivset mõju eesmärkidele.
1.2 Farmakoterapia asjakohasus, sh: <ul style="list-style-type: none"> <li>• soovitused täiendavate või alternatiivsete ravimite kasutamiseks,</li> <li>• geneeriliste ravimite kasutamise propageerimine.</li> </ul>	<i>Tagada efektiivne ja kulutõhus ravimikasutus.</i>	Geneeriliste ravimite kasutamise propageerimise mõju osas süstemaatilisi ülevaateartikleid ei leitud.
1.3 Ravimite kasutamise ja ravisoostumuse hindamine, sh: <ul style="list-style-type: none"> <li>• info jagamine ravimite õige manustamise kohta;</li> <li>• patsientide informeerimine ja harimine ravisoostumuse olulisusest;</li> <li>• patsientide harimine ravimite kasutamisest, sh kust leida informatsiooni kõrvaltoimete kohta ja millised on riskid ravimite kasutamisel;</li> <li>• info jagamine ravimite hinna, toime ja ohutuse osas;</li> <li>• info küsimine patsiendi rahulolu osas ravitulemustega.</li> </ul>	<i>Parandada patsientide elukvaliteeti ning ravisoostumust.</i>	Mitmete süstemaatiliste ülevaadete puhul suurenes ravisoostumus apteegiteenuse osutajate poolse nõustamise tulemusel. Oluline positiivne mõju oli märgitud kahes ülevaates seoses antidepressantide ravisoostumuse paranemisega. Kolmas artikkel leidis, et üle 60-aastaste teadmised ravimitest ning ravisoostumus paranes uute teenuste tulemusel. Märgiti ka positiivset mõju patsientide rahulolule. Ülevaated kajastasid laia spektrit erinevaid lisateenuseid ja tulemusindikaatoreid.
<b>2. Tervise jälgimine, tervise edendamine ja haiguste ennetustöö</b>		
2.1 Tervisedendus ja teadlikkuse tõstmine, sh: <ul style="list-style-type: none"> <li>• patsientide individuaalse tervise seisundi hindamine,</li> <li>• suitsetamisest loobumise nõustamine,</li> <li>• kaalujälgimise nõustamine,</li> <li>• vaktsineerimise ja teiste rahvatervise meetmete propageerimine.</li> </ul>	<i>Tervisliku elustiili ja hea tervisekäitumise propageerimine.</i>	Kõige tugevam tõendusmaterjal on apteegiteenuse osutaja poolt läbiviidud suitsetamisest loobumise nõustamise edukusel (nõustamist võrreldi mittenõustamisega). Teaduskirjanduses puudus ülevaade kaalujälgimise ja vaktsineerimise ning teiste rahvatervise meetmete propageerimise edukusest.
2.2 Integreeritud ravi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• patsientide nõustamine kergemate kaebuste puhul,</li> <li>• patsientide suunamine teiste erialade spetsialistidele,</li> <li>• farmakoloogiliste raviplaanide koostamine arstile või ravimeeskonnale,</li> <li>• ravi ja ravijärgse jälgimise plaani koostamine.</li> </ul>	<i>Koostöö arendamine ja raviprotsessi juhtimine tervishoiu eri osapoolte vahel.</i>	Mitmete teenuste (sh apteegi lisateenuste) koosmõju hospitaliseerimisele ja südamehaigustest tingitud suremuse vähenemisele oli positiivne, eriti juhul, kui osa raviprotsessist toimub patsiendi kodus. Iseravimise nõustamise osas uuringud puudusid ning puudusena toodi välja ravi integreerituse kontseptsiooni erinev tõlgendamine uuringutes.
2.3 Haiguste juhtimine ja iseravimine: <ul style="list-style-type: none"> <li>• astma ravi juhtimine;</li> <li>• psühhiaatriliste haiguste juhtimine;</li> <li>• vererõhu jälgimine;</li> <li>• kroonilistele haigetele uuringute tellimine ja uuringutulemuste tõlgendamine, nt südameveresoonehaigused ja diabeet;</li> </ul>	<i>Krooniliste haiguste ennetamine, krooniliste haigete ravi jälgimine (kallite ravijuhtude ennetamine).</i>	Kõige tugevam tõendusmaterjal on apteegiteenuse osutaja poolt läbiviidud suitsetamisest loobumise nõustamise edukusel. Nõustamist võrreldi mittenõustamisega. Teaduskirjanduses puudus ülevaade kaalujälgimise ja vaktsineerimise ning teiste rahvatervise meetmete propageerimise edukusest.

Allikas: Mossialos *et al* 2013

Antud empiirilised andmed koondavad muuhulgas Cochrane Collaboration-i, MEDLINE-i ja York-i ülikooli andmebaaside tulemusi. Süstemaatiline uuring demonstreeris, et peamiselt on valdkonnas viidud läbi väikesemahulisi randomiseeritud kliinilisi uuringuid, mille tulemuste laiendamine teiste riikide konteksti on küsitav ja vajab täiendavaid uuringuid. Mossialos *et al* (2013) toovad ka välja, et vaatamata piiratud teaduslikule tõendusmaterjalile, peaks apteekide rolli laiendamist enam analüüsima, sealhulgas kvalitatiivsete mõjude osas ning arvestades laiemat tervishoiusüsteemi.

### Hinnangud kaasaegsele apteegiteenusele

Mitmed uuringud on keskendunud osapoolte hoiakute väljaselgitamisele, sest olgugi et mitmes riigis pakuvad apteegid tervisedenduse ja -juhtimise teenuseid, on kasutusnäitajad jäänud madalaks (Smith *et al*, 2013, Saramunee *et al*, 2012). Näiteks osutavad Suurbritannias apteegid juba alates 2005. aastast lisateenuseid, sh krooniliste patsientide konsulteerimine, kuid seni ei ole patsiendid üheselt aktsepteerinud apteegiteenuse osutaja uut rolli (Twigg *et al*, 2012). Samas on pea kõik uuringud välja toonud positiivse suhtumise laiendatud apteegiteenustesse, kus apteeke peetakse tervishoiusüsteemi oluliseks osaks pakkumaks kvaliteetset ja kättesaadavat teenust (McMillan *et al* 2012, O'Neal ja Crosby, 2013).

Saramunee *et al* (2012) uurisid Suurbritannias osapoolte hinnanguid apteegi tervisejuhtimise ja ennetusega seotud teenustele. Fookusgruppides osalesid erineva sotsiaalmajandusliku taustaga inimesed ning kvalitatiivsed intervjuud viidi läbi proviisorite, perearstide ja esmatasandi tervishoiuteenuste osutajatega. Antud artikli baasil ja teiste uuringute toel on käsitletud erinevaid teemakohaseid aspekte, mis võivad mõjutada apteegiteenuse laiendamist.

### Kättesaadavus ja patsientide teadlikkus

Apteegiteenuse laiemat kättesaadavust on nimetatud positiivse aspektina ning patsientidel on proviisoritele ja farmatseutidele kohati kergem oma muredega läheneda kui arstidele (Saramunee *et al*, 2012, Twigg *et al*, 2012). Probleemiks on sobivate ruumide puudus, mis tagaks vajaliku privaatsuse konsultatsiooniks apteegis. Inimesed tunnevad ka muret seoses delikaatsete isikuandmete kasutamise turvalisusega (McMillan *et al*, 2012, Saramunee *et al*, 2012). Kuivõrd retseptide arv on aastatega kasvanud, on apteegiteenuse osutajate jaoks murekohaks vajaliku lisaaja eraldamine lisateenuste osutamiseks. Kuna apteegis ei ole patsiendil vastuvõtuks eraldi aega kinni pandud, tunnevad patsiendid, et võivad kasutada piiramatult apteekrite aega. (Saramunee *et al*, 2012, Twigg *et al*, 2012).

Apteekrid on valdavalt kindlad, et suudavad tervisejuhtimise ja -edendamise funktsioone täita, kuid nii perearstid kui ka patsiendid kahtlevad apteegiteenuse osutajate võimetes uusi teenuseid piisavalt kvaliteetselt pakkuda (Saramunee *et al*, 2012, Twigg *et al*, 2012). Näiteks on Rootsisis välja toodud kriitika apteegis pakutavate allergiatestide osas, seades kahtluse alla nende tulemuste tõepärasuse (Socialstryrelsen 2013, Patientregistret 2013).

Lisaks on teatud teenuste puhul eelduseks usaldusliku suhte olemasolu, mida seni apteegiteenuse osutaja ja patsiendi vahel ei ole eksisteerinud (Twigg *et al*, 2012). Smith *et al* (2013) poolt läbiviidud uuringust USAs selgus, et valdav osa patsiente ootab apteekritelt endiselt eelkõige ravimite käitlemise ja väljastamisega seotud teenuseid. Nii tavakodanikud, kui ka kroonilist haigust põdevad inimesed ei ole teadlikud uute teenuste olemasolust või on nendest kuulnud vaid tuttavate kaudu (Saramunee *et*

al, 2012, Twigg et al, 2012). Volmer et al (2009) uurisid Eesti elanike hinnanguid apteegiteenusele, millest selgus, et aasta-aastalt on suurenenud inimeste arv, kes sooviksid rohkem informatsiooni ravimite kõrval- ja koostoimete kohta. Samas oli 2005. aastal vaid veidi enam kui veerand küsitletutest valmis tarbima laiendatud apteegiteenuseid nagu põhjalik ravimite kasutamise hindamine. O'Neal ja Crosby (2013) uurimusest selgus, et vaid 13% enda rasvumisest ja selle riskidest teadlikest inimestest olid valmis ostma näiteks apteegi poolt pakutavat kaalujälgimise teenust. Samas huvi teenuse vastu oli just vanematel ja madalama haridusega inimestel, mis võib näidata teenuste vajalikkust teatud elanikegrupis. See näitab, et apteegiteenuse arendamisel on äärmiselt oluline roll avalikkuse teadlikkuse tõstmisel näiteks kampaaniate kaudu. (Saramunee et al, 2012, Smith et al, 2013, McMillan et al 2012)

### Koostöö ülejäänud esmatasandiga

Inimesed tunnevad puudust tihedamast kontaktist perearstiga ning tunnevad vajadust lisainformatsiooni ja suurema kindlustunde järele näiteks kroonilise haigusega elamisel (Saramunee et al, 2012, Twigg et al, 2012). Arstid peavad vajalikuks lisateenuste puhul proviisorite täiendõpet kliinilise ravi aspektides, et apteegis töötavad isikud suudaksid pakkuda näiteks krooniliste haigete lisateenuseid (Smith et al, 2013). Arstide jaoks on probleemseks kohaks ka vajadus ümber korraldada tööprotsesse, võttes arvesse senisest tihedamat koostööd apteekidega. Samas nähti proviisorite aktiivsemal kaasamisel raviprotsessi väärtust just keerulisemate patsientide ravis. Nendeks on näiteks mitmeid kroonilisi haigusi põdevad inimesed, vanemad inimesed ja inimesed, kes tarvitavad samaaegselt mitmeid erinevaid ravimeid (Smith et al, 2013, Saramunee et al, 2012). Twigg et al (2012) uurisid II tüüpi diabeeti põdevate patsientide hinnanguid kroonilise haiguse jälgimise teenuse kohta apteegis, millest selgus, et kuivõrd perearsti nähti diabeedipatsiendi ravis kesksel kohal, tundsid patsiendid vajadust saada perearstilt eelnev heakskiit apteeki pöördumiseks. Raviprotsessi koordineerimine osapoolte vahel esmatasandil on vajalik apteegiteenuse edukaks rakendamiseks. Oluline on tagada ravi integreeritus ning vältida dubleerimist. (Saramunee et al, 2012).

### Kooskõla teiste apteegivaldkonna regulatsioonidega

Teenuste rahastus ja koostöö teiste tervishoiuteenuse osutajatega on peamisteks probleemkohtadeks uute apteegiteenuse arendamisel (Smith et al, 2013; Saramunee et al, 2012). Kaasaegse apteegiteenuse arendamine riigis eeldab kooskõla muude apteegivaldkonna regulatsioonidega ehk on vahetult seotud ka sellega, kuidas on ravimipoliitika ja apteegivõrk laiemalt reguleeritud. Lluch ja Kanavos (2010) vaatasid regulatsioone asukoha, omanduse, jaotusvõrgu, tegevusloa, lahtiolekuaegade ja rahastamise lõikes ning võrdlesid Hispaania ning Suurbritannia apteekide regulatsioone ning nende mõju tervishoiu eesmärkide saavutamisele (efektiivsus, kättesaadavus, kvaliteet).

Euroopas on toimunud palju diskussioone apteegivaldkonna reguleerituse ulatuse vajaduse osas ning on ka katsetatud varieeruvate tulemustega. Erinevad riikide ja Euroopa institutsioonid on kas pooldanud deregulatsiooni või olnud selle vastaseks. Alates 1990. aastatest alates on toimunud ulatuslikke liberaliseerimistegevusi Euroopa riikides, samas kui osa riike (nt Saksamaa (Stellungnahme der Bundesregierung 2010), Austria, Soome, Taani, Hispaania (Vogler, Arts, ja Sandberger 2012) on säilitanud konservatiivsema lähenemise. Diskussioonid on puudutanud nii apteekide paiknemise regulatsioone, lahtioleku regulatsioone, apteekide omamise regulatsioone kui ka ravimite müügiga seotud aspekte. Teemat on arutanud Euroopa Kohus ning eririikide kohtud. (Lluch, Kanavos 2010) Pärast Euroopa Kohtu otsuseid on liberaliseerimistrend muutunud ja Euroopa Kohus on tunnistanud piirangute põhjendatust sõltuvalt riiklikust kontekstist ja rahvatervise eesmärgist (Buttigieg 2009,



Vogler, Arts ja Sandberger 2012). Riigid on hakanud 2010. aastast alates ka regulatsioone karmistama (nt Inglismaal, Ungaris) (Maripuu 2013; Vogler, Arts, Sandberger 2012). Eeltoodud kaasaegse apteegiteenuse arengutrendide valguses säilib ka küsimusekoht, milline on parim apteegiteenuse regulatsioonide korraldus. Nimetatud aspektid vajavad senisest enam käsitlust ja uurimist ka Eestis.

#### 1.4. Analüüsi fookuse piiritlemine ja ülesandepüstitus

Ravimi- ja tervishoiuvaldkonnas on palju osapooli ning sellest tulenevalt ka palju erihuvisid. Koos informatsiooni asümmeetria ja välismõjudega on see tinginud turu ulatusliku reguleerituse. Valdkond on pidevas arengus ning toimuvad muutused nii teenuse iseloomus kui ka patsientide ootustes. Kuigi säilib konflikt tervise parandamise erinevate võimaluste ja rahaliste ressursside piiratuse vahel, on jätkusuutlikkuse ja tervisepoliitika eesmärkide saavutamisel oluline roll tervishoiusüsteemi enda korralduses. Tervishoiusüsteem arendamine aga eeldab piisava info olemasolu erinevatest arenguvõimalustest.

Eestis on erinevad apteekide ühendused (Eesti Apteekide Ühendus ja Eesti Apteekrite Liit) ning teised osapooled näinud tervishoiusüsteemi tugevdamise ühe lahendusena apteegiteenuse arendamist ja apteekrite ulatuslikumat kaasamist tervishoiusüsteemi ja esmatasandisse. Samuti annavad eespool kirjeldatud välisriikide tervishoiusüsteemide arengud alust uurida võimalusi apteekrite rolli suurendamiseks tervishoius (vt ptk 1.3). Lähtudes hüpoteesist, et apteekide parem integreerimine esmatasandi tervishoidu aitaks kaasa lühemas ja pikemas perspektiivis tervishoiusüsteemi eesmärkide täitmisele, analüüsitakse käesolevas töös **võimalusi, kuidas apteegiteenust paremini esmatasandiga integreerida**, unustamata seejuures patsiendikesksuse taotlust ning olemasolevat tervishoiusüsteemi organisatsioonilist konteksti.

Seega pakub käesolev töö analüütilist sisendit valdkondliku poliitikakujundamise protsessi. Seejuures ei hõlma analüüs kogu esmatasandi korraldust, vaid keskendub peamiselt apteegiteenusele ning vaatleb seda laiemas ravimi- ja tervishoiupoliitika ning tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse (vt ptk 1.1 ja 1.2) kontekstis.

#### 1.5. Analüüsi meetodid ja osapoolte kaasamine

Peamised meetodid analüüsiks vajaliku informatsiooni kogumiseks olid kirjanduse ülevaade ja intervjuud osapooltega. Kirjanduse ülevaatega kaardistati probleemistik ja kontekst, samuti koguti välisriikide kogemust.

Analüüsi sisendiks koguti andmeid poolstruktureeritud ekspert-intervjuude vormis (intervjuu struktuur ja intervjuueeritute loetelu on toodud lisa 1). Autorite poolt väljatöötatud intervjuu kava kasutati vestluse juhtimiseks, küsimusi kohandati vastavalt vestluse suunale ja antud vastustele. Intervjuu käigus kaeti struktuuris mainitud teemad ning küsiti vastuseid täpsustavaid küsimusi. Intervjuukava väljatöötamisel ja tulemuste struktureerimisel kasutati tervisesüsteemide integreerituse teoreetilist käsitlust (vt lisa 2). Intervjuud toetasid võimaluste ja arengusuundade kaardistamist ning potentsiaalsete eelduste, riskide ja mõju väljatoomist.

Intervjuude tulemused struktureeriti neljas mõõtmes:

- raviprotsessi ja teenuste mõõde,
- info mõõde,
- geograafiline mõõde,

- organisatsiooniline mõõde.

Intervjuude tulemused sünteesiti dokumendianalüüsi põhjal kogutud asjakohase infoga Eesti olukorra ning välismaailma kogemuse kohta. Lisaks viidi läbi ka geograafiliste andmete analüüs apteekide paiknemise osas (vt ptk 2.2).

Lisaks intervjuudele saadi osapooltelt sisendit seminari vormis korraldatud aruteludelt. Tööseminaridel osalesid Eesti Apteekide Ühenduse, Eesti Apteekrite Liidu, Eesti Patsientide Nõukoja, Eesti Perearstide Seltsi, Haigekassa, Ravimiameti ja Eesti Maaomavalitsuste Liidu esindajad.

Esimesel tööseminaril tutvustati analüüsi metoodikat ja ülesehitust ning arutati laiemalt, kuidas tagada, et apteegivõrgu seotus tervishoiusüsteemiga oleks optimaalne, eesmärgistatud ja piisav ning kuidas Eesti kontekstis mõõta apteegiteenuse integreeritust esmatasandisse.

Teine tööseminar seisnes rühmatöös, kus ühe juhtumipõhiselt arutati apteekrite rolli üle terviklikus raviprotsessis ning kuidas peaks olema korraldatud info liikumine ja patsiendi jälgimine nii, et lõpptulemusena oleks patsiendile tagatud parim elukvaliteet. Rühmatööpõhise protsessidisaini käigus markeeriti aspekte (nt info liikumise vajadus, riskid jms), mida tuleb arvestada apteegiteenuse suuremal integreerimisel tervishoiusüsteemiga.

Analüüsiprotsessi lõppfaasis toimunud Mõttemommikul<sup>8</sup> arutati valdkonna peamiste osapooltega esmaste tulemuste üle ning koguti tagasisidet peamistele järeldustele, samuti hinnati võimalike arengustsenaariumite potentsiaalset mõju ning integreerimiseks vajalikke eeldusi (vt ptk 4).

---

<sup>8</sup> *Praxise Mõttemommik* on poliitikakujundajatele ja kodanikuühendustele suunatud poliitikaseminaride sari, mille eesmärgiks on anda avalikuks aruteluks rohkem argumente ja teadmisi.

## 2. Apteegiteenuse praegune roll esmatasandil

Selleks, et hinnata võimalusi üldapteekides pakutava apteegiteenuse paremaks integreerimiseks esmatasandiga, kirjeldatakse praegune olukord ehk esitatakse valdkondlik taustinfo, regulatsioonid ning probleemistik. Vaadeldakse detailsemalt praegust teenuse kasutusmahtu ja kättesaadavust, paiknemist seoses perearstikeskustega, tööjõu ja investeringutega seotud aspekte ning kvaliteediküsimusi.

Ravimiseadus kirjeldab praegust **apteegiteenuse sisu** järgnevalt: ravimite jaemüük või muul viisil väljastamine koos sellega kaasneva nõustamisega ravimite sihipäraseks ja ratsionaalseks kasutamiseks ning kasutaja teavitamisega ravimi õigest ja ohutust kasutamisest ja säilitamisest ning ravimite ektemporaalne ja seeriaviisiline valmistamine ja jaendamine. Ravimiseadus ja seotud määrused toovad välja muuhulgas järgnevad kohustused apteegiteenuse osutajale (autorite liigitus).

### *Ravimite kättesaadavuse tagamine*

- Apteegiteenuste osutaja peab tagama müügiloa või turustamisloa alusel Eestis turustatava ravimi kättesaadavuse mõistliku aja jooksul.
- Apteegiteenuste osutaja peab tagama piisava ravimite valiku või nende tellimise mõistliku aja jooksul.
- Apteegiteenuste osutaja peab tagama nende ravimite müügil, millele on kehtestatud ravikindlustuse seaduse alusel piirhind ja sõlmitud hinnakokkulepe, vähemalt ühe sama toimeaine sisaldusega ravimipreparaadi müügiloleku.
- Üldapteegi tegevusloa omaja võib teostada iniminterviuhoius kasutatavate ravimite kaugmüüki (nn internetiapteek) vastava õiguse olemasolul.

### *Kvalifitseeritud tööjõu tagamine*

- Apteegiteenuste osutaja peab tagama pädevale isikule, kelleks apteegis on apteegi juhataja, ja viimase äraolekul pädeva isiku asendajale tema kohustuste täitmiseks ning apteegi personalile nõuetekohaseks tööks vajalikud tingimused ja vahendid.
- Apteegiteenuste osutaja peab ettevõtte töömahtu ja tööaega arvestades võtma tööle piisaval arvul nõutava kvalifikatsiooniga töötajaid.
- Apteegiteenuste osutaja peab tagama apteegiteenuse osutamise ainult Terviseametis registreeritud proviisori ja farmatseudi poolt.

### *Sisseseade/investeeringute tagamine*

- Apteegiteenuste osutaja peab tagama tingimused ravimite käitlemiseks vastavuses seaduste ja nõuetega.
- Määrusega „Apteegiteenuse osutamise tingimused ja kord“ on reguleeritud nõuded apteekide ruumidele, sisseseadele, tehnilisele varustusele, personalile, töökorraldusele, ravimite arvestusele ja aruandlusele ning ravimite kaugmüügile.

### *Apteegiteenuse pakkumisega seotud kvaliteediaspektid*

- Ravimi väljastamisel apteegist tuleb ravimi saajat informeerida ravimi õigest ja ohutust kasutamisest ning säilitamisest.

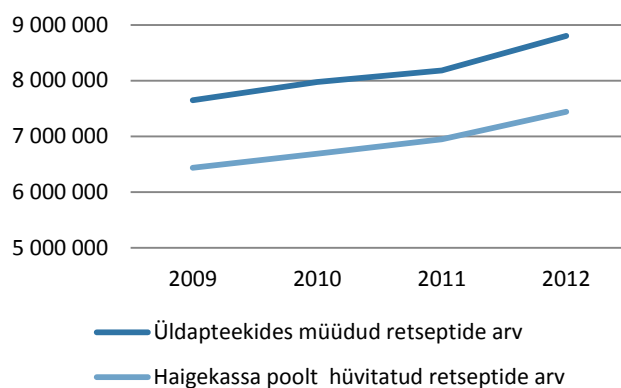
- Ravimite soovitamise apteegis peab lähtuma ainult meditsiinilistest kriteeriumidest.
- Üldapteegis võib lisaks ravimitele müüa ainult meditsiini- ja hügieeniotstarbelisi tooteid, kaasa arvatud toidulisandeid ja loodustooteid, tingimusel, et nende müük ei takista ravimite müüki.
- Kui retseptil ei ole kõiki nõutud andmeid, sellel on tehtud parandusi või on välja kirjutatud omavahel sobimatuid aineid, ei tohi apteek retsepti alusel ravimeid väljastada ja sellest peab kohe telefonitsi teavitama ravimi väljakirjutajat ning lahendusest teavitama retsepti esitajat. (Riigi Teataja\_e 2013).

Järgnevalt tuuakse välja senised uuringud ja taustinfo, mis puudutavad teenuse kasutusmahtu ja kättesaadavust, tööjõudu ja väljaõpet, rahastamisstiimuleid ning ravimite tarbimise nõustamisega seotud kvaliteediaspekte.

## 2.1. Kasutus ja külastatavus

2012. aasta kohta käiva uuringu „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile“ põhjal on retseptiravimeid ostnud 64% elanikest, samas kui perearsti on vähemalt üks kord külastanud 2012. aastal 58% elanikest ning pereõde 18% elanikest. Kui perearsti ja pereõe visiitide<sup>9</sup> kohta on kättesaadav nii Haigekassa (Haigekassa 2013a) kui ka Tervise Arengu Instituudi statistika (TAI 2013), siis apteegikülastuste arvu kohta täpsed andmed puuduvad. Haigekassa poolt hüvitatud retseptiravimite ostude arvu kohta on andmed saadaval (vt joonis 2.1.1. all), kuid apteegikülastuste tegeliku arvu (sõltumata sellest, kas ja millist ravimit osteti) ning pöördumiste põhjuste kohta riiklik statistika puudub.

**Joonis 2.1.1.** Üldapteekides müüdüd ja haigekassa poolt hüvitatud retseptide arv 2009-2012



Allikas: Haigekassa 2013a; Raviamet 2010; Raviamet 2009; Raviamet 2012a

Samas moodustavad retseptiravimid keskmiselt 62% apteekide käibest (Raviamet 2012b) ning seega võib eelnevate numbrite põhjal ning arvestades ka küsitlusuuringu „Elanike Hinnangud Tervisele ja Arstiabile“ (2013) tulemusi, eeldada, et inimeste kokkupuude apteekidega on oluliselt

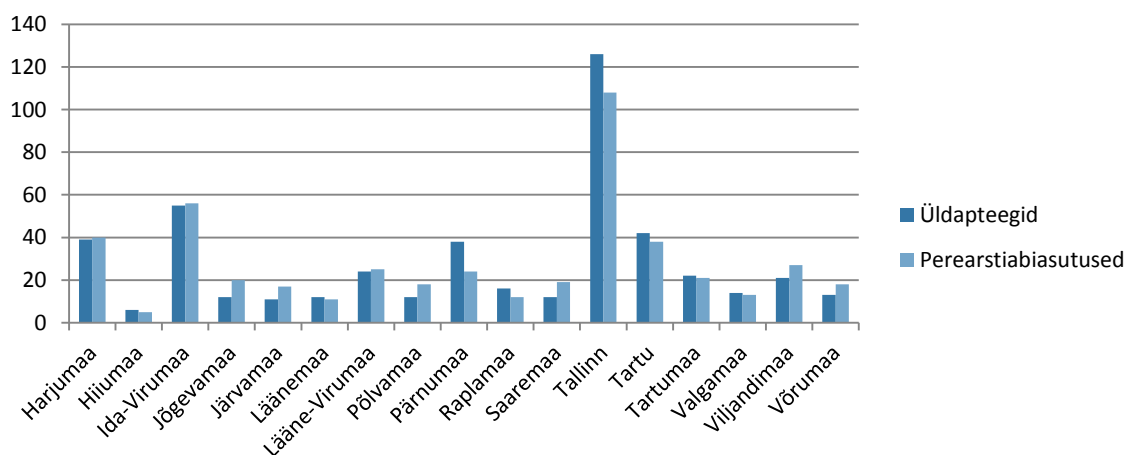
<sup>9</sup> Haigekassa andmetel käis perearsti/pereõe juures 2010. aastal 75% ja 2011. ja 2012. aastal 78% nimistutes olevatest isikutest (Haigekassa 2013b). Perearsti ja pereõe vastuvõttude arv on Haigekassa statistika põhjal viimastel aastatel kasvanud, seejuures pereõdede visiitide üldarv on aastatel 2008 – 2012 kasvanud 1,6 korda.

tihedam, kui näitab välja ostetud retseptide arv. Pole ka teada kui palju varieerub apteekide külastatavus piirkonniti ning erinevate patsiendirühmade lõikes, samuti mis on pöördumiste põhjuste jaotus. Seejuures selgub uuringust „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile“ (2013), et uuringule eelneva viimase 12 kuu jooksul on terviseprobleemiga jätnud arsti juurde pöördumata ligikaudu pooled küsitletutest ning põhjustena toodud muuhulgas välja, et 60% said oma probleemiga ise hakkama ning 7% said abi apteegist (Haigekassa 2013b). Apteegiteenuse vajadust ei ole Eestis täpsemalt hinnatud.

## 2.2. Regionaalne ja ajaline kättesaadavus

Eestis on 2013. aasta alguse seisuga 475 apteeki. Ravimiamet on välja toonud, et keskmiselt oli 2012. aastal Eestis üks apteek 2856 elaniku kohta (Ravimiamet 2012a), mis on näiteks võrreldes teiste Euroopa riikidega tunduvalt suurem apteekide tihedus (Soomes teenindab üks apteek keskmiselt 6615 elanikku, Rootsis 9893, Taanis 17 252, Iirimaa 3194, Norras 7536, Tšehhis 3993, Ungaris 4027, Suurbritannias 4625 elanikku) (PGEU 2011). Eesti siseselt paikneb 73% kõikidest apteekidest linnades. Kuivõrd apteegi käive sõltub suure osas sellest, kui palju arstid retsepte välja kirjutavad, siis on joonisel 2.2.1. toodud üldapteekide arvud võrdluses perearstiasutuste arvudega maakondade ja suuremate linnade kaupa. Nähtub, et suuremates linnades asub apteeke suhteliselt rohkem kui perearste.

Joonis 2.2.1. Üldapteegid ja perearstiasutused 2012. aastal



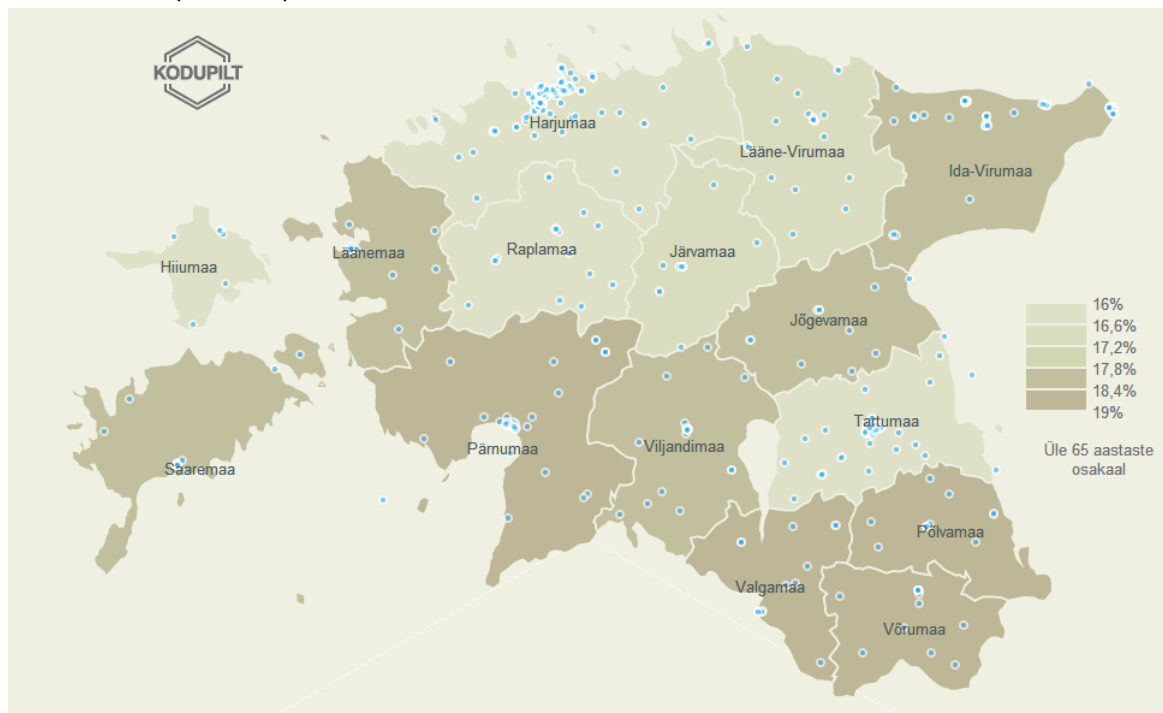
Allikas: Ravimiamet 2013b, TAI 2013

Käesoleva töö raames läbi viidud apteekide ja perearstipraksiste paiknemise analüüsi tulemusena selgus, et 2012. aasta seisuga on vähemalt üks apteek 151 (67%) kohalikus omavalitsuses ja vähemalt üks perearstipraksis asub 162 (71%) kohalikus omavalitsuses. Seejuures on võimalik välja tuua, et 32 (14%) kohalikus omavalitsuses, kus on perearst, puudub apteek ning 21 (9%) kohalikus omavalitsuses, kus on apteek, puudub perearst. Seega asuvad apteegid ja perearstipraksised kohati eraldi. Samas võib eraldi paiknemine tähendada ravimi ostnud inimesele suuremaid kulutusi transpordile, et ravimit soetada. Suurel hulgal juhtudest (üle 100) asuvad apteegid perearstipraksisele suhteliselt lähedal (0-4 km), samas on ka maakondi, kus näiteks perearstipraksis asub ühes vallas, kuid apteegiteenust on

võimalik saada naabervallast<sup>10</sup>. Patsientide liikumisvajadust arsti juurest apteeki saamiseks pole Eestis hinnatud, küll aga on Riigikontroll 2011. aasta auditis välja toonud, et Eestis on 78 omavalitsuses külasid, kust patsiendil ei ole võimalik ühistranspordiga ühe päeva jooksul perearsti juures käia (Riigikontroll 2011).

Järgnev joonis 2.2.2. kujutab apteekide paiknemist – detailsema vaate saamiseks ja kattuvuste eristamiseks soovitame kasutada veebrakendust [www.kodupilt.ee](http://www.kodupilt.ee) > TERVIS.

**Joonis 2.2.2.** Apteekide paiknemine Eestis

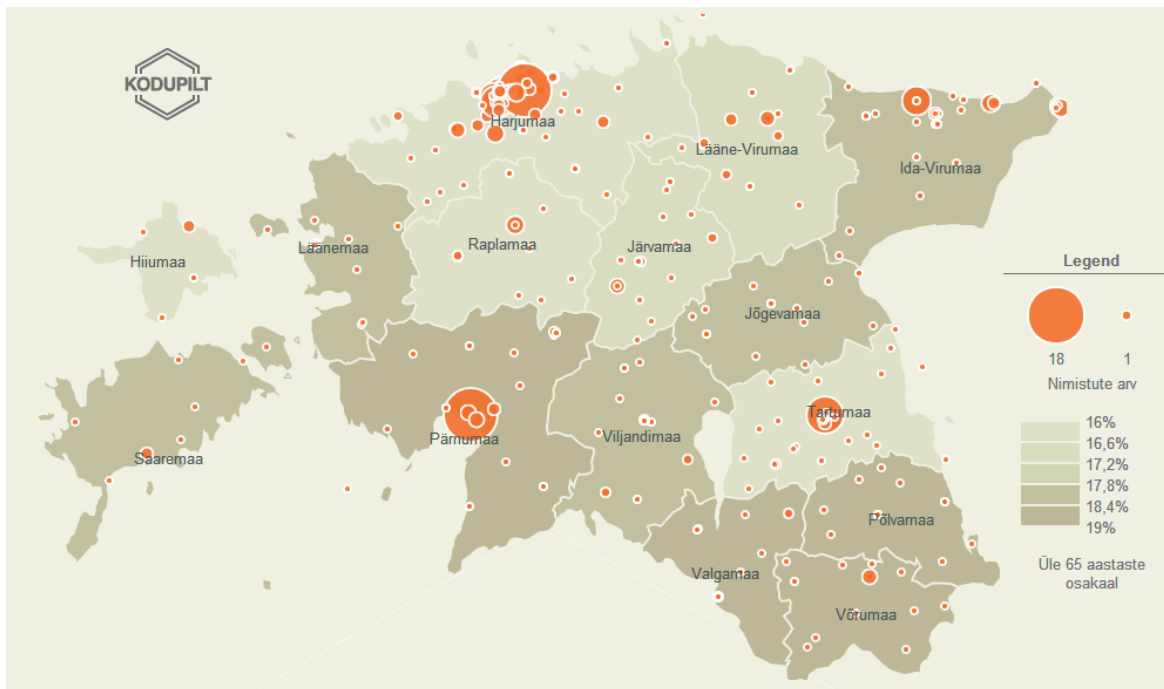


Allikas: [www.kodupilt.ee](http://www.kodupilt.ee)

Perearstide paiknemist kujutab allolev joonis 2.2.3. (maakondade/valdade kaupa on võimalik paiknemist näha [www.kodupilt.ee](http://www.kodupilt.ee) > TERVIS).

<sup>10</sup> Läbiviidud geograafiliste andmete analüüsi meetodite kohta palume uurida autoritelt.

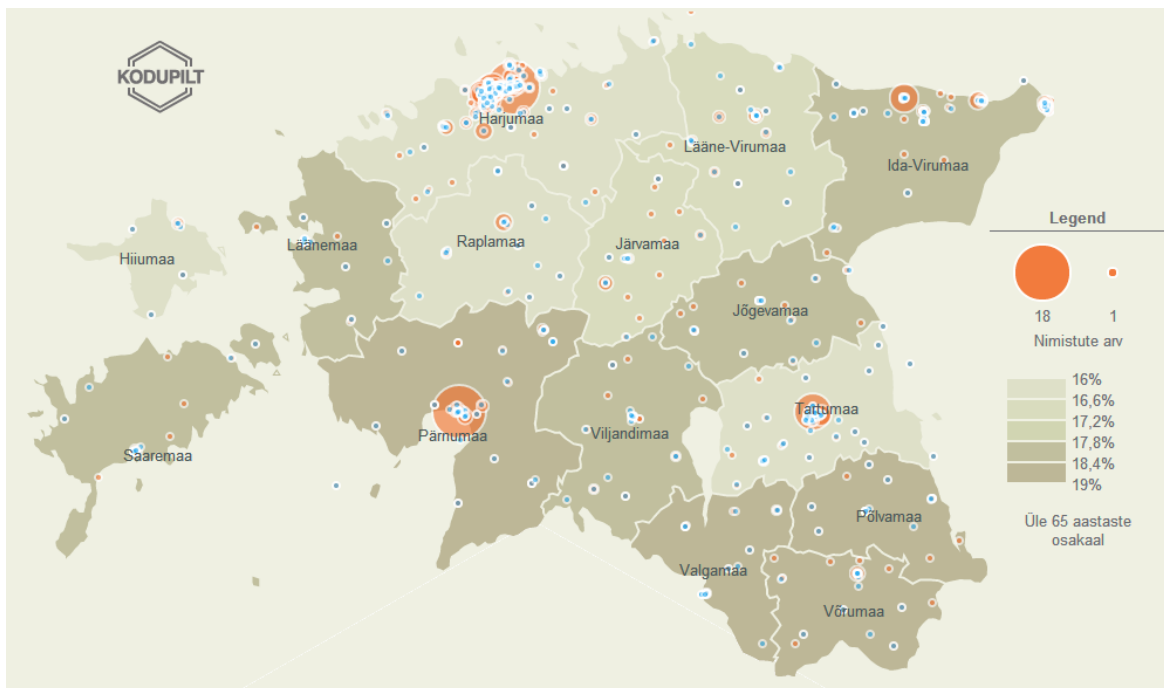
**Joonis 2.2.3.** Perearstide paiknemine Eestis



Allikas: [www.kodupilt.ee](http://www.kodupilt.ee)

Järgnev joonis 2.2.4. kujutab apteekide ja perearstipraksiste koospaiknemist (kattuvused tumesinisega).

**Joonis 2.2.4.** Apteekide ja perearstipraksiste koospaiknemine Eestis



Allikas: [www.kodupilt.ee](http://www.kodupilt.ee)

Eeltoodud kõrvutusest nähtub, et perearstiasutuste regionaalne kättesaadavus on mõnevõrra suurem kui apteekide regionaalne kättesaadavus. Samas on apteegid avatud tavaliselt kauem (linnades tihti kella 21-22-ni) kui perearstikeskused<sup>11</sup>. Ööpäevaringset apteegiteenust pakuvad vaid kaks apteeki Tallinnas (tallinn.ee 2013) ja üks Tartus (tartu.ee 2013). Kergema terviseprobleemi tekkimisel (samuti ravimi või muu tervisekauba vajaduse tekkimisel) väljaspool perearsti tööaega on inimesel võimalik Tallinnas või Tartus abi saada ka apteegist, kuid väljaspool neid linnu jäävad valikuteks nõu perearsti nõuandetelefonilt, pöörduda erakorralise meditsiini osakonda või kutsuda kiirabi. Esimese võimaluse osas on siiski elanike teadlikkus jäänud pigem madalaks: 26% elanikest teab, et perearsti nõuandetelefon on 1220, 30% elanikest on kuulnud numbrist ning arvavad, et vajadusel leiavad selle ka üles; ise on kasutanud võimalust sellele helistada 19% elanikest. (Haigekassa 2013b)

Samas on maal paiknevate apteekide arv vähenenud kiiremini kui linnades (Maripuu 2013). Praegu puuduvad aktiivsed mehhanismid apteegiteenuse ühtlase kättesaadavuse tagamiseks maapiirkondades. Olemas on passiivne meede apteekide asutamispriirangute näol (sarnaselt mitmetele teistele Euroopa riikidele), mis on fikseeritud ressursside tingimustes (tööjõud, rahastamine) piiranud linnas uute apteekide teket (PwC 2013). Perioodil 1.01.2006 kuni 1.01.2013 vähenes maa-apteekide arv 29 võrra (18,6% maa-apteekide arvust) ja linnaapteekide arv 28 võrra (7,4% linnaapteekide arvust). (Maripuu 2013)

2013. aasta sügisest käivitatud internetiapteegi võimalus<sup>12</sup> võib küll osa elanikkonna jaoks kättesaadavust suurendada, kuid arvestades, et 21% elanikkonnast ei ole interneti kasutajad, ei pruugi ravimite internetimüük olla piisav meede kättesaadavuse tagamiseks (kõige madalam on internetikasutajate arv vanemaealiste hulgas) (EMOR 2012).

## 2.3. Tööjõud ja ressursid

Teenuseosutajate paiknemisega on vahetult seotud ka vajalik tööjõuressurs, mis on apteegiteenuse kättesaadavuse ja kvaliteedi (Maripuu 2013) tagamise eelduseks. Piisava tööjõu olemasolu aitab tagada ka ajalist kättesaadavust, kuivõrd pikemad lahtiolekuajad ja aastaringne teenusepakkumine eeldab asendaja olemasolu. 2012. aasta lõpul töötas Eesti üldapteekides, sh haruapteekides, 779 proviisorit, 605 farmatseuti ning 381 muud töötajat. Kõikidest üldapteekide töötajatest töötab osalise tööajaga neljandik. Ligikaudu 32% kõigist üldapteekides töötavatest proviisoritest ja 48% farmatseutidest töötab Tallinna üldapteekides. Kõige suurem proviisorite osakaal on Tartu üldapteekides, moodustades kõigist Tartu linna üldapteekide töötajatest 71%. Kogu Eesti võrdluses moodustavad proviisorid 44%, farmatseudid 34% ja muud töötajad 22% kõigist üldapteekide töötajatest. Enamasti töötas ühes üldapteegis (põhiapteek koos haruapteekidega) 2–5 töötajat (vt joonis 2.3.1). Arvuliselt on kõige rohkem enam kui 10 töötajaga üldapteek Tallinnas ja 1 töötajaga üldapteek Pärnumaal ja Tartumaal. (Raviamet 2012a)

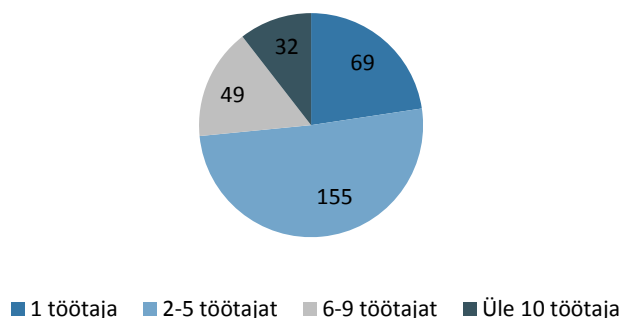
---

<sup>11</sup> Perearsti ja pereõe vastuvõtuaeg on vähemalt 20 tundi nädalas. Vastuvõtuajad peavad olema igal tööpäeval ajavahemikus kella 8.00–18.00. Vähemalt ühel päeval nädalas peab vastuvõtt olema kuni kella 18.00-ni. (<https://www.riigiteataja.ee/akt/108012013015>) Perearst teavitab tema nimistusse kantud inimesi, kuhu ja kelle poole saab isik pöörduda arstiabi saamiseks väljaspool perearsti vastuvõtuaega.

<sup>12</sup><http://apotheka.ee/apotheka-netiapteek/>



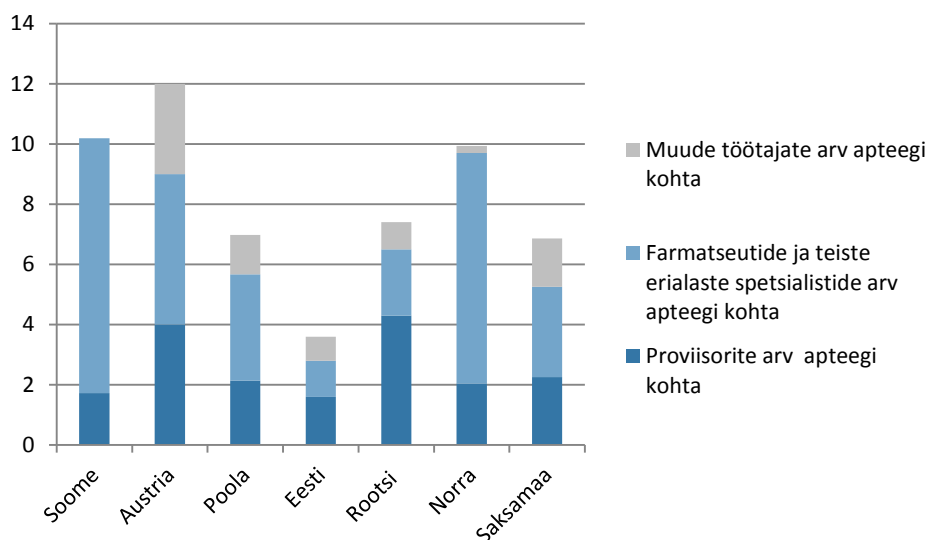
**Joonis 2.3.1.** Üldapteekide jaotus (apteekide arv) töötajate arvu alusel 2012



Allikas: Ravimiamet 2012<sup>13</sup>

Võrreldes Euroopa riikidega on Eestis keskmine töötajate arv apteegi kohta suhteliselt madalam (vt joonis 2.3.2.). Eestis on 36 apteeki 100 000 elaniku kohta, Poolas 29, Austrias 15, Norras 13, Rootsis 12, Saksamaal 26 apteeki 100 000 elaniku kohta. (PGEU 2011). Seega on apteegid väiksemad kui Euroopas keskmiselt, kuid oluline on eristada Eesti puhul maa-apteekide ja linnaapteekide olukorda – nii paiknemistihendust kui ka apteekide suurust.

**Joonis 2.3.2.** Töötajate arv apteegi kohta 2010/2011



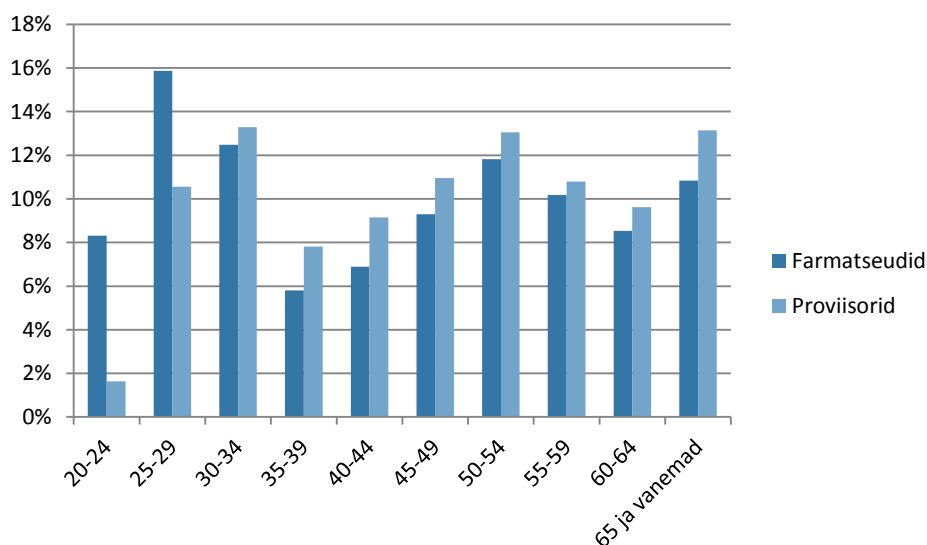
Allikas: PGEU 2011

Valdkonna üheks olulisemaks probleemiks, mida rõhutati ka intervjuudes, on apteekide süvenev tööjõupuudus. Apteekrite arv on langevas trendis ning seda saab seletada nii väheneva juurdekasvuga (kõrgkoolidest pealetulevate apteekrite arv ei ületa pensionile minejate arvu) kui ka apteekrite lahkumisega muule erialasele tööle (PwC 2013). 2012. aastal läbi viidud apteekide tööjõuvajaduse

<sup>13</sup> Ühe apteegi hulka kuuluvad statistikas nii põhiapteek kui ka kuni 3 haruapteeki. Seega on füüsiliste apteekide keskmine töötajate arv tegelikkuses väiksem.

uuringust selgub, et apteekides töötavatest proviisoritest on vanemad kui 55-aastased 25%, farmatseutide puhul on vastav näitaja 17% (Faktum & Ariko 2012). Järgnevalt jooniselt 2.3.3. nähtub farmatseutide ja proviisorite vanuseline jaotus Terviseameti andmetel. Terviseameti registreeritud proviisoritest ja farmatseutidest on vanemad kui 55-aastased vastavalt 34% ja 30%. PwC hinnangul võib järgmise viie aastaga lahkuda sektorist 86 apteekrit (6% tänastest apteekritest). (PwC 2013) Olukord on probleemsem maapiirkondades, kus tööjõupuudus ning vähesed rahalised võimalused uusi töötajaid palgata raskendavad enim apteekide toimetulekut (Maripuu 2013).

**Joonis 2.3.3.** Terviseameti registreeritud farmatseutide ja proviisorite protsentuaalne jaotus vanuse põhjal<sup>14</sup>



Allikas: Terviseamet 2013

Nimetatud suhtarvude valguses on oluline märkida, et 2013. aastal vähenes farmatseudiõppes õppekohtade arv nii Tallinna Tervishoiukõrgkoolis (25%), kui ka Tartu Ülikooli proviisoriõppes (seoses tasuliste õppekohtade kaotamisega).

Farmatseutide (3-aastane õpe) õppekavakohti on 30 (avaldusi 2013. aastal: 99) ning eesmärk on koolitada rakenduskõrgharidusega spetsialiste – farmatseute, kes tunnevad ravimeid ja ravimite valmistamist ning muid meditsiinkaupu ja tervisetooted ning kelle teadmised ja oskused võimaldavad töötada apteekides, ravimite hulgimüügifirmades ning teistes ravimite, meditsiinkaupade ja tervisetoodete käitlemisega seotud ettevõtetes. Vastavalt õppekava suunitlusele on farmatseutide ettevalmistus orienteeritud eeskätt apteegitööle ning õpe hõlmab ulatuslikku apteegipraktikat. (TTK 2013)

Proviisoriõppe (5-aastane õpe) kohti on hetkel 36 (avaldusi 2013. aastal: 102). Proviisoriõppe läbinu omab muuhulgas süsteemseid ja põhjalikke teadmisi farmaatsiateaduses kasutatavatest mõistetest, teoreetilistest printsiipidest ja uurimismeetoditest; on võimeline nõustama abivajajat ravimite tõhusa ja ohutu kasutamise osas ning suudab edastada farmaatsiaalaseid teadmisi ja nende põhjal tehtud järeldusi nii abivajajale, kolleegile kui ka avalikkusele; samuti omab piisavaid teadmisi ja oskusi

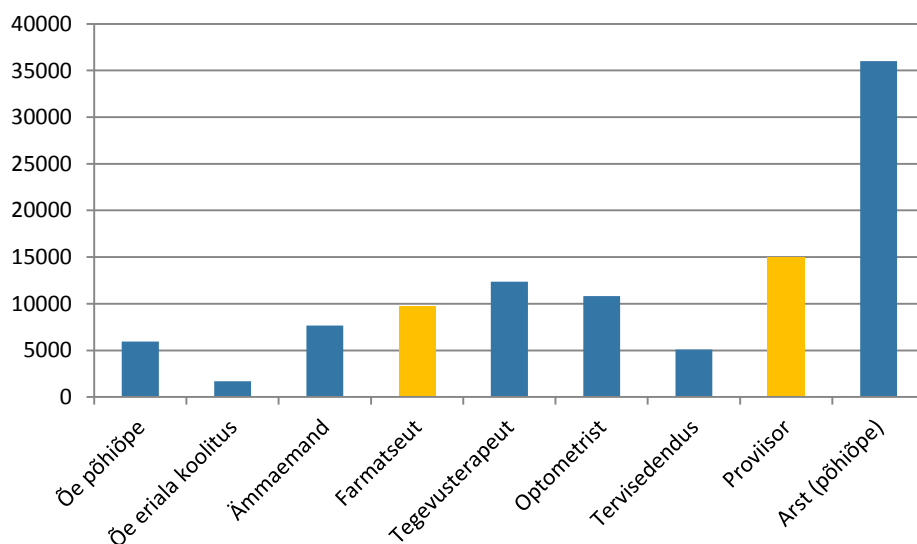
<sup>14</sup> Numbrid näitavad erialaspetsialistide koguarvu, mitte apteekides töötavate proviisorite ja farmatseutide arvu.

teadustöö tegemiseks farmaatsia valdkonnas. (TÜ 2013) Valdkonna osapoolte hinnangul on proviisori roll apteegiteenuse pakkumisel, sh õige ravimite tarbimise ja kvaliteedi tagamisel väga tähtis (Maripuu 2013).

Arvestades, et apteegiteenuseosutaja ülesanne on tagada apteegis piisav töäjõud ning kuivõrd teenuseosutajal ei ole võimalik ise järelekasvu suurendamist rahastada (tasulise õppe võimaluse puudus), sõltub apteekrite töäjõuga varustamine üldisest hariduskorraldusest.

On võimalik välja tuua erinevate õppekavade hinnangulised maksumused, kuigi erinevate õppetasude osas puuduvad standardiseeritud kulupõhised võrdlusvõimalused. Arvestades seniseid tasulise õppe määrasid (kuni 2013. aastani) on proviisoriõppe maksumus Tartu Ülikooli Farmaatsiateaduskonna hinnangul (5 aastat ja 300 EAP-d, ainepunkti hinnaga 50 eurot) 15 000 eurot ning farmatseudi õppe maksumus on Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli hinnangul (TTK 2013) 3250 eurot aastas ehk kokku 9750 eurot (3 aastat), arvestamata inflatsiooni. Võrdlus teiste valdkondlike erialade maksumusega on toodud alloleval joonisel 2.3.4.

**Joonis 2.3.4.** Hinnanguline õppe maksumus eurodes valitud erialadel (nominaalne õppeperiood)



Allikas: Tartu Ülikool, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, autorite arvutused

Kuivõrd apteekide käive sõltub suures osas väljakirjutatud retseptidest, võib piirkonnas paikneva perearstikeskuse olemasolu või selle kadumine mõjutada oluliselt apteegi jätkusuutlikkust. Selles kontekstis on oluline märkida ka perearstide puudust maapiirkondades, millele on mitmed varasemad uuringud viidanud (Riigikontroll 2011; Paat, Aaviksoo, Lai 2008; Sotsiaalministeerium 2009). Probleemiga tegelemiseks on loodud asendusarstide register ning alates 2012. aastast koondatud korraldus Terviseameti alla, kes peab tagama perearstide kättesaadavuse (Riigi Teataja\_p 2013). Eesti Haiglavõrgu Arengukava toob välja, et tervishoiutöötajate töäjõu tagamise eest vastutab Sotsiaalministeerium koos Tartu Ülikooliga. Sotsiaalministeeriumi juures tegutsev nõuandev koolituskomisjon annab hinnangu riikliku koolitustellimuse ettepanekutele tervishoiuvaldkonna töötajate koolitust puudutavale osale enne selle esitamist Haridusministeeriumile. Koolitusvajadust ning õppekohtade optimaalseid arve arutatakse koos Tartu Ülikooli arstiteaduskonna, Tallinna ja Tartu Meditsiinikoolide esindajatega, samuti tervishoiuteenuse osutajaid esindavate ühingutega, arsti ja hambaarsti erialade peanõunikega ning Eesti Õdede Ühingu ja Eesti Ämmaemandate Ühingu

esindajatega. ("Eesti Haiglavõrgu Arengukava" 2002). Farmatseutide ja proviisorite osas sarnast koostöövormi teadaolevalt ei eksisteeri.

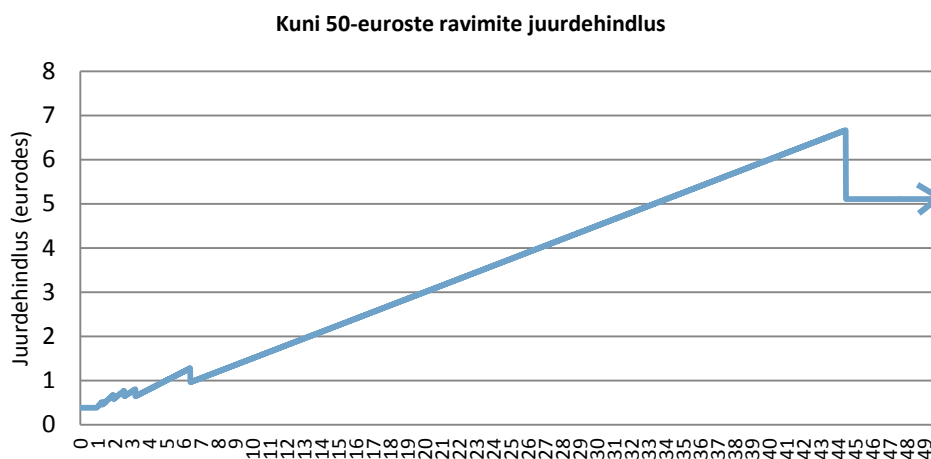
## 2.4. Rahastamine

Üldapteekide käive koosneb ravimite ja muude kaupade käibest. Kokku oli apteekide 2012. aasta müügi käive 261 miljonit eurot, millest ligikaudu 58% olid soodustusega retseptiravimid, 4% soodustuseeta retseptiravimid, 15% käsimüügiravimid ning 22% muud kaubad. Muude kaupade hulka kuuluvad apteegis müüdivad hügieenitarbed, põetusvahendid, meditsiintechnika, toidulisandid, kosmeetika jm. (Ravimiamet 2013b)

Lisaks peab apteegil olema võimekus valmistada ravimeid. 2012. aastal valmistas 10% üldapteekidest nii ektemporaalseid<sup>15</sup>, seeriaviisilisi kui ka jaendatud ravimeid. 19% üldapteekidest valmistas seeriaviisilisi, 44% ektemporaalseid ravimeid ja 16% apteekidest jaendas ravimpakendeid. Ligi pooltes (53%) üldapteekides ei valmistatud ega jaendatud ühtki ravimpakendit. Kokku valmistati 2012. aasta jooksul üldapteekides üle 120 000 (1,5% retseptide käibest) ravimipakendi. (Ravimiamet 2012a)

Seega sõltub apteekide käive ravimite ja muude apteegikaupade müügist. Ravimite müügist saadav tulu sõltub ravimite juurdehindlusest. Kehtestatud on regressiivsed juurdehindluse piirmäärad, millel on siiski lagi (Riigi Teataja\_c 2005). Apteegi äriiline motivatsioon sõltub sellest, kui kallist ravimit patsient ostab. Seejuures kõige kasulikum on (juurdehindluste seisukohast) müüa ravimit hinnaga vahemikus 34,07 – 44,47 eurot (vt joonis 2.4.1.). Müüdiva ravimi hind ei ole seotud patsiendi nõustamisvajadusega, vaid sõltub sellest, kui suur on tootjahind, hulгимүүja ning apteegi juurdehindlus, samuti ravimite käibemaks.

Joonis 2.4.1. Jaemüügi ravimite maksimaalne juurdehindlus eurodes



Allikas: autorite koostatud

Regressiivsete või lineaarsete juurdehindluse määradega apteekide rahastamine on kasutusel ka enamikus teistes Euroopa riikides, samas osa riike kasutab ka fikseeritud määraga hüvitamise süsteeme (kõikide ravimite puhul hüvitis samas summas, nt Hollandis) ning ka teenusepõhist rahastamist (nt Suurbritannias) (Vogler et al. 2008). Lluch ja Kanavos (2010) võrdlesid muuhulgas

<sup>15</sup> Ektemporaalne ravim on arstiresepti või tellimislehe alusel apteegis valmistatud ravim.

Hispaania ja Suurbritannia apteekide rahastamise stiimuleid ning töid välja, kuidas Hispaanias (sarnaselt Eestile) on peamine apteekide rahastamise alus juurdehindlusmäär<sup>16</sup>, kuid Suurbritannias eristatakse rahastamise stiimuleid suurele hulgale erinevatele tegevustele apteegis (fikseeritud retseptitasu, vanade ravimite hävitamine, tervislike eluviiside nõustamine, ressursikulu, töötajate arvul põhinev kulu, IT-kulu). Autorid märgivad, et viimane rahastamisviis võib pakkuda paremaid stiimuleid, et soodustada apteegiteenuse kvaliteedi ja efektiivsuse kasvu. Viimati nimetatud rahastamismudel võib võimaldada ka paremini võtta arvesse erineva taustaga apteekide vajadusi, näiteks linna- ja maaapteekide eripärasid.<sup>17</sup>

Samas praegune rahastamismudel Eestis ei arvesta piirkondlikke eripärasid ning premeerib kõiki apteekke ühel viisil, jättes maa-apteegid sõltumata juurdehindlusmäärade suurusest halvemas seisus võrreldes linna-apteekidega – puuduvad erimeetmed maapiirkonna apteekidele, kus on madalam müügikäive (PwC 2012) ning vähem kättesaadav tööjõud (Maripuu 2013, PwC 2013). Riigil puudub ka ülevaade, kui palju kohalikud omavalitsused apteekke maapiirkondades toetavad (Maripuu 2013). Lisaks on apteekide toimetulekuraskuseid olemasoleva rahastamisskeemi alusel märkinud ka Kanavos *et al* (2009) ning rahastamisskeemi on kritiseerinud ka OECD (Riigikogu õigus- ja analüüsi osakond 2010).

## 2.5. Apteegiteenuse pakumisega seotud kvaliteediaspektid

Käesolev alapeatükk keskendub eelkõige kvaliteediaspektidele, mis on seotud ravimite õige tarvitamisega (sh kõrval- ja koostoimete vältimine), raviminõustamise ning muude pakutavate nõustamisteenustega.

### Kõrval- ja koostoimed

Lisaks ravimite kättesaadavaks tegemisele, sõltub patsientide tervistumine palju sellest, kuidas esmatasand ja ülejäänud tervishoiusüsteem tagavad patsientide ratsionaalse ravimite tarbimise ehk et ravimeid tarbitaks õigel ajal, õiges koguses, ja õigel viisil. Siiski esineb tervishoius ravimite ebaõigest kasutamisest tingitud kõrval- ja koostoimeid, mis võivad kaasa tuua haigestumist, suuremad ravikulud, pikema haiglaravi (Alexopoulou *et al.* 2008; Classen *et al.* 1997; Kongkaew, Noyce, Ashcroft 2008; Gurwitz *et al.* 2000; Westerling, Haikala, Airaksinen 2011). Kõrval ja koostoimete esinemissagedust sageli alahinnatakse (Viktil *et al.* 2007).

Euroopas ja USAs läbiviidud uuringud on näidanud, et 77-95% eakatest (vanuses 65+) on tekkinud ravimikasutusega seoses probleeme (Grymonpre, Williamson, Montgomery 2001; Krska *et al.* 2001). Sagedaisemad probleemid on muuhulgas seotud ravimitel olevate tähistega ja ravimite koostoimete ja kõrvaltoimete tekkimisega (Søndergaard *et al.* 2006; Ruths, Straand, Nygaard 2003). Taanis viidi läbi uuring enam kui nelja erinevat ravimit tarvitavate eakate patsientide hulgas: 30% uuritavatest ei suutnud avada ravimipakendit, 16% uuritavatest ei suutnud saada ravimit pakendist välja, 15%

---

<sup>16</sup> Seejuures pakutakse Hispaanias ka tasuta erinevaid lisateenuseid, mis võivad Lluch ja Kanavose (2010) hinnangul kanda muuhulgas kliendilojaalsuse tekitamise eesmärki.

<sup>17</sup> Näiteks on juurdehindluse puhul on sellist skeemi keeruline rakendada, kui võrd juurdehindlusest saadav apteegi tulu sõltub paljudest erinevatest teguritest. Näiteks müüdavate ravimite hindade jaotusest, mis omakorda sõltub sellest, milliseid ravimeid Eestis müüakse ning milliseid ravimeid Haigekassa soodustab, samuti millised on konkreetse piirkonna patsientide vajadused.

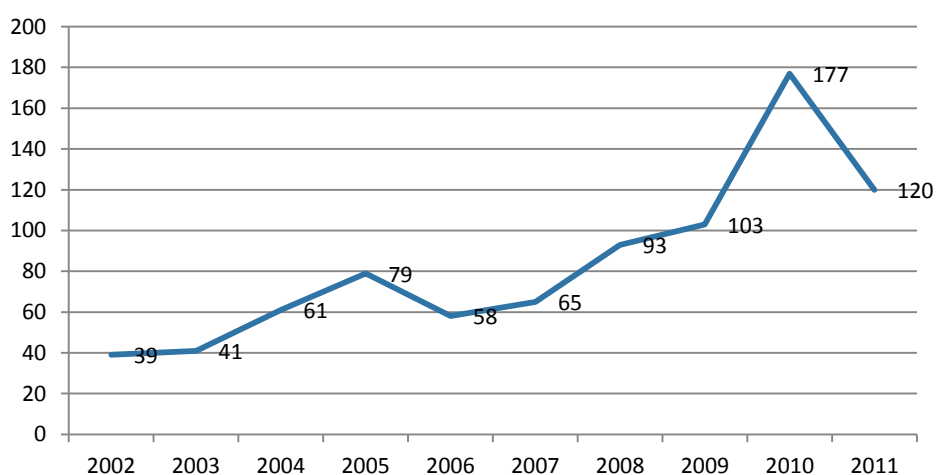
uuritavatest ei osanud lugeda vajalikku annust, 10% oli raskusi kasutusjuhendi lugemisega ning 3% uuritavatest ei saanud aru, millist ravimit millisel ajal võtta (Søndergaard et al. 2006).

Ravimite kõrvaltoimed on tihti ka hospitaliseerimise ja erakorralise meditsiini osakonda pöördumise põhjuseks. Prantsusmaal uuriti 2691 eakat patsienti, kellest 16% olid sattunud haiglaravile ravimitega seotud probleemide tõttu. Nendes 303 juhul (61%) oli põhjuseks ravimite kõrvaltoimed ning leiti, et neist 141 juhtu oleks saanud ära hoida. 16% uuritavatest olid tekkinud probleemid suurema annuse tõttu ning kõiki neid juhte oleks saanud ära hoida. (Pirmohamed et al. 2004)

Eestis on samuti uuritud ravimite koos- ja kõrvaltoimeid erakorralise meditsiini osakonda (EMO) pöördumiste põhjustena (Raudsepp et al. 2011). Tulemused näitasid, et ravimi võimaliku kõrval- või koostoimega seotud pöördujaid oli 6,4% kõikidest sel ajal EMOsse pöördunud patsientidest (kõige sagedamini kardiovaskulaarsüsteemi ravimite kõrvaltoimete tõttu). Toodi välja, et leitud kõrvaltoimete juhtudest olid välditavad 42,5%. Autorid järeldasid, et uuringu tulemused näitavad olulist vajadust ravimite kõrvaltoimete ennetamise ja avastamise tõhustamise ning vastavate koolituste järele nii arstidele kui ka apteekritele. (Raudsepp et al. 2011) Kahte või rohkemat retseptiravimit kasutab samaaegselt Eestis 24% elanikkonnast (D Volmer et al. 2012). Ka Eesti arstid ja proviisorid on rõhutanud vajadust parema kõrval- ja koostoimete kontrolli järele<sup>18</sup>. Apteekrite käitumist kõrvaltoimete tuvastamise ja nende kohta teavitamise osas on uurinud Kõlves, Volmer ja Kõlves (2010), kes tõid välja, et Eesti apteekrid teavitavad arste ravimi kõrvaltoimetest suhteliselt vähe – vaid ligikaudu pooled küsitletutest teavitaks või on teavitanud arsti, patsienti, ravimifirmat või Ravimiametit ravimite kõrvaltoimetest. Nimetatud uuringu autorid nendivad, et ravimite kõrvaltoimete avastamisel on kindlasti oluline ka apteekrite ja arstide tihe koostöö.

Registreeritud ravimite kõrvaltoimete üle peab Eestis arvestust Ravimiamet. Jooniselt 2.5.1 nähtub, et registreeritud kõrvaltoimete arv on aastatel 2002-2011 kasvanud.

**Joonis 2.5.1.** Registreeritud kõrvaltoime teatiste arv 2002-2011



Allikas: Ravimiamet 2012b

<sup>18</sup> "Jana Lass: kõrvaltoimete tekke risk suureneb koos tarvitatavate ravimite arvuga" 2013), ("Margus Viigimaa: ravimite koostoimete andmebaas on ülimalt vajalik" 2013)("Alar Irs: ravimite koostoimeid esineb ka eestis" 2013),("Katrin Martinson: koostoimete teade peaks ideaalis tulema automaatselt retsepti kirjutades" 2013).

Nagu eespool toodud, ei ole Eestis palju uuritud seda, kas ravimite kõrvaltoimed oleks olnud välditavad ja kas apteekrid täidavad nõustamise kohustust ning samuti ei ole teada, kui palju kõrvaltoimeid on tegelikkuses märkamata jäänud. Seejuures on oluline kõrvaltoimete registreerimise praktika (järgnevas lõigus on kirjeldatud praktikat intervjuude põhjal).

Enamasti teavitab Ravimiametit kõrvaltoimetest arst (juhul kui kõrvaltoime on ilmnenud manustamise järgselt ja inimesel tekib kaebus), kes peab esitama Ravimiametile vastava teatise. Vahel oskab patsient seostada kaebust uue ravimiga, kuid ei pruugi. Info kõrvaltoime kohta registreeritakse ka tervise infosüsteemis ning arst otsustab ravi jätkamise viisi. Samas võib ka patsient kõrvaltoimeteatise Ravimiametisse edastada (näiteks 2012. aasta III kvartali seisuga oli laekunud 22 patsiendi teatist). Ravimiamet soovib patsiendil pöörduda perearsti poole. Nõ meditsiinilise kinnituse (lisaks patsienditeatisele laekus arsti teatis) sai 2012. aasta III kvartali andmetel 15 teatist 22-st (Ravimiameti kommentaar 2013). Apteekidel puudub seadusejärgne kohustus edastada kõrvaltoimete info Ravimiametile (kuigi sotsiaalministri määrus lubab vajaduse korral proviisoril või farmatseudil ravimi kasutajat ravimi kõrvaltoime teatise täitmisel ja Ravimiametile edastamisel aidata). Samas on siiski apteekril kohustus dokumenteerida ravimite kohta esitatud kaebused, märkides andmed kaebuse esitaja, ravimi, kaebuse olemuse ning kaebusega seonduvate asjaolude kohta, samuti kaebuse lahendamise käigu. (Riigi Teataja\_d 2013) Ka praktikas apteekrid enamasti teatiseid Ravimiametisse ei edasta, kuna nad ei oma ülevaadet kasutatavatest ravimitest (patsient ei oska alati neid nimetada) ning kõrvaltoime võib olla hoopis erinevate ravimite koostoimetega seotud või mõne muu haiguse sümptom, selle kindlakstegemine on arsti ülesanne. Küll aga on apteekril võimalus patsiente nõustada, kuidas kõrvaltoimeid vältida.

Lenbaum, Laius, Volmer (2013) on välja toonud, et apteekrid on enesehinnangute kohaselt teostanud retseptide topeltkontrolli (83% uuringuapteekidest), 92% juhtudest kasutati ravimite koos- ja kõrvaltoimete andmebaasi ning 71% apteekides teavitati ravimi väljakirjutamisel tekkinud eksimusest arsti. (Lenbaum, Laius, Volmer 2013) Eestis ei ole pärast digiretsepti käivitumist uuritud erinevate eksimuste põhjuseid, kuid arstide ja apteekrite hinnangul on vigade arv vähenenud (Kruus 2013). Teemakohaseid info liikumisega seotud aspekte vaadeldakse info mõõtme peatükis (vt ptk 3.2).

### Muud apteekides pakutavad teenused

Kui ravimite käitlemise ja ka kõrvaltoimete registreerimise osas on paigas selgemad protseduurid, siis muude apteekides pakutavate teenuste pakkumist ei ole eraldi reguleeritud. Lenbaum *et al* (2013) on välja toonud, et praktikas pakutakse apteekides lisateenustest vähesel määral ravimite kasutamise hindamist (13%) ning terviseriskide hindamist ja/või -jälgimist (32%). Seejuures ainult 14% uuringusse kaasatud apteekide proviisoritest olid läbinud täienduskoolituse ravimite kasutamise hindamise osas. Lisaks nõustamisteenustele määratakse apteekides ka erinevaid tervisenäitajaid – 57%-l mõõdeti vererõhku, 30% veresuhkru taset, 26% üldkolesterooli taset, 14%-l kehamassiindeksit ning 6% juhtudest muid näitajaid. (Lenbaum, Laius, Volmer 2013)

Samas ei ole nimetatud muude teenuste pakkumine praegu reguleeritud. Käesoleva uuringu raames läbiviidud intervjuudes olid arvamused teenuste osutamise tegeliku lubatavuse osas erinevad. Seejuures võib välja tuua Ravimiseaduse paragrahvi 43 lõike 2, mis sätestab, et üldapteegi tegevusloa omaja ei tohi nimetatud tegevusloa kehtivuse ajal osutada tervishoiuteenust.

Teisalt on loodud valdkonna peamiste osapooltega koostöös apteekide kvaliteedijuhis, mis määratleb kriteeriumid apteegiteenuse kvaliteedi hindamiseks ning kus on kirjeldatud ka erinevate teenuste (nt vererõhu mõõtmine, veresuhkru mõõtmine) pakkumise hea tava. Sarnaseid teenuseid pakutakse ka

tervishoiuteenustena või tervishoiuteenuste raames. Samas seadus ei reguleeri apteekides pakutavate muude nõustamise ega tervisenäitajate määramise teenuste sisu. Samuti ei ole teada muude teenuste pakkumise maht ning muud näitajad (kellele ja mis juhtudel nõustamisteenuseid pakuti ning kas sellega kaasnes ka ravimimüük).

Seega ei ole õiguslikult määratletud seda, kas ja kui palju peaks apteekides pakutama muid teenuseid (tervisealane nõustamine, tervisenäitajate mõõtmine), samuti pole reguleeritud praktikas pakutavate teenuste kvaliteeti. Küll aga annab loodud vabatahtlik kvaliteedijuhis igale apteekrile võimaluse enda apteegis toimuva hindamiseks ning apteegiteenuse taseme tõstmiseks, soovitades suundumusi apteegiteenuse arendamiseks ning tõhustades sellega proviisori eriala eneseregulatsiooni Eestis (Eesti Apteekrite Liit 2012). Ka paljudes teistes riikides (14 Euroopa riigis) eksisteerib hea apteegiteenuse tava, samuti hinnatakse teenuste kvaliteeti. (PGEU 2011)



## 3. Apteegiteenuse integreerimise mõõtmised

Käesoleva peatüki eesmärk on vaadata apteegivõrgu (apteegiteenuste pakkumise) ja esmatasandi integreerimise võimalusi neljas mõõtmes. Kõigepealt uuritakse raviprotsessi ja teenustega seotud aspekte, seejärel vaadatakse info mõõdet (ehk kuidas infovahetust apteekri ja perearstide ning teiste osapoolte vahel parandada), seejärel geograafilist mõõdet ning viimasena tuuakse välja, millised on organisatsioonilised integreerimist puudutavad aspektid (sh tervishoiu juhtimine ja järelevalve, kommunikatsioon, rahastamine, väljaõpe) ning vajalikud eeldused integreerituse ja koostöö suurendamiseks. Peatükis toodud info põhineb läbi viidud ekspert-intervjuudel, juhul kui ei ole viidatud teisiti.

### 3.1. Raviprotsessi ja teenuste mõõde

#### Taust ja probleemistik

Nagu eelnevalt välja toodi, pakutakse apteekides juba praegu erinevaid teenuseid, kuid nende pakkumine on seaduses reguleerimata (vabatahtlik) ning ebaühtlane. Samuti ei ole teada teenuste pakkumise tegelik maht (vt ptk 2.5). Käesolevas peatükis on kajastatud intervjueeritavate arvamusi küsimusele, kuidas oleks võimalik apteekreid kaasata enam raviprotsessi (patsiendi eest hoolitsemise protsessi).

Raviprotsessi seisukohast märkis enamik intervjueeritavaid olulisena seda, et patsiendile kui teenusesaajale oleks selgelt arusaadav, kust ja millist abi ta saab, kuhu ta võiks konkreetsetel juhtudel pöörduda ning et ravi oleks järjepidev ehk peaks olema paremini määratletud, milline on apteekri roll erinevates raviprotsessi etappides – ennetus, suunamine/nõustamine ja ravisoostumuse jälgimine. Seejuures toodi välja, et tähtis pole vaid integratsioon ja infovahetus perearstidega, vaid ka kõikide teiste esmatasandi ja tervishoiusüsteemi osapooltega. Näiteks töötervishoiuarstid, ämmaemandad ja iseseisva õendusabi osutajad on samuti olulised esmatasandi osapooled, kellega infovahetus peaks suurenema.

Küsimusena tõstatati, kuidas peaks apteekrite kaasamine raviprotsessi võtma arvesse senist perearsti väravavahirolli – perearst on praegu suunaja ning patsient on seotud peamiselt perearstiga, kuigi ka töötervishoiuarstiga on patsiendil kontakte ning ka sealjuures võib info liikumine olla raskendatud.

Osa intervjueeritute hinnangul on oht, et täiendavate teenustega apteegis kaasneb suurem segadus patsiendile, juhul kui iga osapool tegeleb „vaid oma tööloiguga“ ning patsiendi ravi pole piisavalt koordineeritud. Sarnaselt on esmatasandi arengukavas ühe olulise senise probleemina nimetatud perearsti ja teiste teenuseosutajate vahelise infovahetuse vähesust ja sellest tulenevat tegevuste dubleerimist. See kulutab aga nii tervishoiusüsteemi ressursse aja ja raha mõttes, sealjuures võib kaduma minna oluline teave patsiendi kohta (Sotsiaalministeerium 2009; Riigikontroll 2011).

#### Võimalikud muudatused seoses raviprotsessi ja teenustega

Kuigi apteekrit on võimalik erinevates raviprotsessi osades enam kaasata (vt allpool), märgiti, et ravimitega tegelemine peaks ilmselgelt jääma apteekrite põhitööks. Järgnevalt on toodud intervjuude põhjal eristatavad etapid, mille puhul patsiendid apteekritega kokku puutuvad ning kus apteekrite rolli on võimalik laiendada.

## Ennetuse etapp

Apteekri rolli laiendamist ennetuse osas nähti ühe võimalusena – apteekrid saaksid propageerida tervislikku eluviisi või pakkuda haigusi ennetava iseloomuga teenuseid. Samuti märgiti võimalust kaasata apteekreid erinevatesse riiklikesse ennetusprojektidesse, kas info andjatena või info kogujatena. Ennetuse moment on tähtis ka ravimite koostoimete ja kõrvaltoimete jälgimisel – apteegid tegelevad ka praegu ravimitarbimise nõustamisega, et ära hoida ravimite koos- ja kõrvaltoimeid.

Osa intervjueeritavaid tõi ühe võimaliku täiendava apteekide poolt pakutava teenusena välja vaksineerimise. Juhul kui vaktsiini ostetakse apteegist, siis võib olla mõistlikum ka „saada süst“ apteegis, mis tähendaks suuremat kättesaadavust ja kiirust (mugavust). Samas mainiti ka ohuna, et apteegis ei pruugi olla valmisolekut vaksineerimisega kaasnevate kõrvaltoimetega tegelemiseks (anafülaktiline šokk, elustamisvajadus). Apteekrite kaasamine vaksineerimisprotsessi võib aidata suurendada vaksineerimismäärasid, samuti võib olla võimekuse loomine oluline pandeemiliste grippide puhul (nt linnugripp). Samuti aitaks see suurendada vaksineerimise teadlikkust (üks intervjueeritu tõi välja, et hetkel on vaksineerimise trend vähenemas tulenevalt inimeste mitteteadlikkusest ja vääruskumustest). Lisaks vaksineerimisele nimetati ka sõeluuringute läbiviimise võimalust apteegi kaudu, mille osas eksisteerib ka rahvusvahelist praktikat.<sup>19</sup>

## Suunamise etapp

Intervjuudes rõhutati, et diagnoosimine on selgelt arsti töö, kuid samas tuleb apteekril siiski inimese probleemist aru saada ning otsustada, mida soovitada inimesele, kes pöördub probleemiga apteeki. Apteekri valikud on seejuures pakkuda patsiendile sümptomipõhiselt käsimüügiravimit, muud tervisekaupa, tervisealast nõu, suunata patsient arsti vastuvõtule või erakorralise meditsiini osakonda.

Toodi välja võimalus, et apteekril võiks olla täiendavaid juhiseid patsiendi olukorra hindamiseks, et anda head soovitus ravi jätkamise osas (kas jätkata käsimüügiravimiga või soovitada patsiendil pöörduda arsti vastuvõtule). Hetkel puuduvad Eestis spetsiifilised ja standardsed juhendid, kuidas patsienti vastavas olukorras nõustada. Samas tõi intervjueeritav välja, et apteekritel võiks olla rohkem vahendeid ja võimalusi (nt tervisenäitajate määramise testid) eristada raskemaid ja kergemaid juhtumeid/probleeme – millal suunata patsient arsti juurde ja millal võib aidata sümptomite ravi. Võimalike testidena nimetati vererõhu, veresuhkru ja kolesteroolitaseme määramist.

Lisati, et suunamise puhul on vajalik selge reeglistik, et tagada kvaliteet ning vältida olukordi, kus vajalik retseptiravim jääb võtmata. Ka ravimite tarbimise kasutamise nõustamise puhul, peaks kvaliteeti ühtlustama ja teadvustama olukordi, millal suunata patsient arsti juurde. Apteekrite rolli suurendamisel suunamise etapis tuleks intervjueeritava hinnangul kaaluda, kuidas motiveerida apteekide pikemaajalist lahtiolekut, et see roll ka tegelikkuses realiseeruks.

---

<sup>19</sup> Näiteks Austraalias ja Inglismaal on läbi viidud diabeedi sõeluuringuid, mille käigus kutsutakse kõik üle 45-aastased riskirühma kuuluvad (ülekaalulised ja perekonnas esineb diabeet) inimesed apteeki, kus neil toimub veresuhkru, vererõhu ja kolesterooli mõõtmine. Seejärel toimub patsientide nõustamine ja jälgimine (Krass et al. 2007).

## Ravimite tarbimise nõustamine ja ravisoostumuse tagamine

Osa intervjuueeritavaid töi välja apteekrite võimaluse parandada patsientide ravisoostumust (lisaks tavapärasele raviminõustamisele). Samas tuleb teadvustada patsientide privaatsussoove ravimite kasutamise jälgimise osas – tegemist on delikaatse infoga ning sestap peaks olema tagatud ka vastavad privaatsust tagavad nõustamisruumid ja -kohad. Väikses osas Eesti apteekidest nõustamisruumid juba eksisteerivad (ligikaudu 10% küsitletud apteekidest) (Lenbaum, Laius, Volmer 2013), kuid puudub ametlik info nende tegeliku arvu kohta, samuti, ei ole nõustamisruumide olemasolu või nõuded reguleeritud. Välisriikidest on näiteks Hollandis, Šveitsis, Belgias, Slovakkias, Sloveenias, Iirimaa ja Norras peaaegu kõikides apteekides nõustamisruum (PGEU 2011).

Üldise nõustamise all nähti intervjuus apteekri rolli kasvu näiteks kergemate ülemiste hingamisteede haiguste nõustamises, mis aitaks kaasa ka perearsti koormuse vähenemisele. Spetsiifilisemaks nõustamisteenuseks on näiteks *suitsetamisest loobumise nõustamine* (mis on mujal Euroopas laialt levinud), kuid selle teenuse juures tuleb arvestada, et kuna teraapia võib eeldada retseptiravimite väljakirjutamist, siis võivad olla apteekri võimalused terviklikku nõustamisteenust pakkuda osaliselt piiratud.

Nõustamise ulatuse ja kvaliteedi puhul toodi välja võimalik arengukoht: ambulatoorsed ravimid võiksid olla grupeeritud ravimitega seonduva nõustamise „keerukuse astme“ järgi ning iga patsiendiga tuleks läbida standardiseeritud nõustamisküsimustik. Sõltuvalt küsimustiku vastamiseks olevate taustateadmise vajadusest on võimalik eraldi määratleda, kas küsimused peaks esitama perearst, pereõde või apteeker.

Seega leiti, et apteekrite rolli nõustamises on võimalik suurendada. Samuti lisati, et kuigi lihtsamaid tervisealaseid nõustamisteenuseid võivad pakkuda ka muud ettevõtted, võiks konkreetsete teenuste pakkumise reguleeritult apteekidesse suunamine võimaldada paremini tagada nõustamisteenuse kvaliteeti, standardiseeritust ja järelevalvet.

Ka teistes riikides tegeletakse nõustamisteenuste standardiseerimisega. Näiteks Rootsis (Sveriges Apoteksförening 2012; Regeringkansliet 2013)<sup>20</sup> on väljatöötamisel struktureeritud intervjuu vorm, mida apteeker saab rakendada kindlate riskigruppide puhul ning Hollandis<sup>21</sup> on väljatöötamisel standardsed juhised, mis erinevad sõltuvalt sellest, mitmendat korda ravimit välja ostetakse (Bouvy, Dessing, Duchateau 2011).

<sup>20</sup> **Rootsi** Apteekide Liidu hinnangul võiksid apteekrid laiendada nõustamist ning tähelepanu pöörata kindlatele riskigruppidele. Seda tehes suureneks elanikkonna teadlikkus ning tähelepanu saaks juhtida ravimite kõrvaltoimetele. Riiklikult kehtestatud regulatsiooni alusel on esmatasandi arstid alates 2010. aastast hakanud teostama retseptiravimite väljakirjutamise järelevaatust riskigruppides (vanemaealised, mitmeid haigusi põdevad patsiendid). Sellise järelevaatuse idee on ära hoida koos- ja kõrvaltoimeid. 2012. aastal kokku tulnud komisjon esitas lahenduse, mis tähendab apteekrite lülitamist järelevaatuse protsessi. Regulatsiooni alusel valmib 2013. aasta lõpuks struktureeritud intervjuu vorm, mida apteeker saab rakendada kindlate riskigruppide puhul. Struktureeritud intervjuu eesmärgiks on parandada retseptiravimite õiget manustamist, parandada ravitulemusi, vähendada kulutusi vale ravimi kirjutamisest, vähendada haiglaravi vajadust. (Sveriges Apoteksförening 2012; Regeringkansliet 2013)

<sup>21</sup> **Hollandi** apteegivaldkonna 2011. aasta positsioonipaberi järgi peaks ravimite manustamise juhendamiseks töötama välja riiklikud standardsed juhised ning need peaks olema erinevad neile, kes ravimit esimest korda ostavad, ning neile, kes mitmendat korda (üldised juhised, olukorra spetsiifilised juhised, ühe rühma ravimite juhised). Samuti loodetakse saada tuge juhiste andmisel apteegi infosüsteemist (mida pole veel loodud). Selline süsteem varustaks apteekrit informatsiooniga, kas ja millist nõustamist patsient on juba saanud. Samuti on üheks tulevikuplaaniks apteekrite suhtluskoolitused, mis aitaks apteekritel patsiendiga paremini ja konstruktiivsemalt vestelda.

## Individuaalse pakendamise teenus

Individuaalset pakendamist nähakse ühe olulise arengusuunana teenuste pakkumisel, lähtuvalt sellest, et apteekril on teoreetiliselt kõige parem ülevaade patsiendi poolt kasutatavatest ravimitest (retseptiravimid ja käsimüügiravimid).

Individuaalne ravimite pakendamine seisneb selles, et iga patsiendi jaoks pakendatakse läbipaistvasse pakendisse iga päeva ja manustamiskorra jaoks ravimid. Tavaliselt on patsiendil iga päeva pakend nii hommiku- lõuna kui ka õhtuannustega. Tihti on pakendi peale märgitud ka kuupäev ja kellaaeg. Joonisel 3.3.1. on toodud näide kuidas ühe patsiendi pakendatud ravimiannused välja näevad. (Lee, Grace, Taylor 2006)

**Joonis 3.1.1.** Näide pakendatud ravimitest



Allikas: Lee, Grace, Taylor 2006

Pakendamine võib olla sobiv teenus vanemate patsientide ja krooniliste haigete jaoks, kes kasutavad mitmeid erinevaid ravimeid ja peavad neid tarbima mitmetel erinevatel kellaaegadel – teenus võib intervjueeritava hinnangul suurendada ravimite korrektset manustamist, aidates seeläbi vältida nii koostoimeid kui ka kõrvaltoimeid. Perearsti roll oleks individuaalse pakendamise puhul raviskeemi paikapanek ning retseptide väljakirjutamine. Apteekri rolliks oleks individuaalse pakendamise teenuse juures eelkõige kontrollida ravimite sobivust ning patsienti nõustada. Oluline on, et apteekri ja arsti vahel toimuks sealjuures tihe koostöö.

Individuaalse pakendamise teenust pakub Eestis praegu üks apteek, kuid intervjueeritava hinnangul ei toeta hetkel regulatsioonid selle laiapõhjalist mastaabiefektiivset pakkumist. Näiteks ei või apteek jaendada ravimeid teisele üldapteegile edasimüümiseks (Riigi Teataja\_d 2013).

Individuaalset ravimite pakendamist pakutakse ka näiteks Hollandis, Rootsis ja Soomes. Rootsis kontrollib perearst, et ravimid oleksid omavahel kooskõlas ning kliendi soovil transporditakse pakendatud ravimid talle lähimasse apteeki või koju. Praegu kasutab teenust umbes 180 000 inimest ning ravimite pakendamise ja kohaletoometamise eest maksavad kohalikud omavalitsused (Apotek 2013). Soomes kasutatakse ravimite pakendamise süsteemi „Anja“ alates 2001. aastast ning seda teenust on võimalik tellida ca 300-st apteegist. 2012. aastal kasutas Soomes teenust 16 000 inimest (Apteekkariliitto 2012).

## Väliskogemus

Paljudes Euroopa riikides hõlmab tervishoiu integratsioon ka apteegitasandit ning apteegid pakuvad lihtsamaid tervishoiuteenuseid. Näiteks Inglismaal on väljatöötatud apteegiteenuste jaotus, kus teenused on jagatud põhiteenusteks (*essential services*), täiendavateks teenusteks (*advanced services*) ning spetsiifilisteks teenusteks (*enchanced services*) (PSNC 2013). Põhiteenuste raames teostatakse näiteks ravimialast nõustamist, tervislike eluviiside edendamist, klientide suunamist mujale tervishoiusüsteemi ja kergemate haiguste nõustamist. Täiendavate teenuste raames hinnatakse patsiendi ravimite kasutamist (nt potentsiaalsed koostoimeid). Spetsiifiliste teenuste raames toimub näiteks krooniliste haiguste nõustamine ja jälgimine (diabeet, astma jne), sõltuvusalane nõustamine (sh süstlavahetusteenus), palliatiivne ravi, koduhooldusteenused, rasestumisvastaste ravimite alane nõustamine, suitsetamisest loobumise nõustamine jt (NHS 2013). Lisaks on Inglismaal eraldi defineeritud ka kohaliku tasandi teenused, mille raames saab apteek vastavalt enda ja piirkonna vajadusele teenuseid valida. Aastatel 2011–2012 olid populaarsemad kohaliku tasandi teenused suitsetamisest loobumise nõustamine (SLN) (19%), ravimialane nõustamine (19%) ning väiksemate terviseprobleemide konsultatsioon ja ravimite väljakirjutamine (12%) (PSNC 2013). Need teenused on elanikele tasuta ning apteekide rahastamine toimub osutatud teenuste arvu põhjal ühe kalendriaasta jooksul.

Tabelis 3.1.1. on toodud erinevate apteegitasandi teenuste osutamine riikide lõikes. Kõige enam erinevaid teenuseid osutatakse Inglismaa apteekides. Kõige rohkem on erinevaid nõustamisteenuseid ja sealjuures osutatakse enim suitsetamisest loobumise nõustamise teenust. Krooniliste haiguste nõustamise ja jälgimise all tegeletakse enim diabeedi ja astmaga.

Näiteks Rootsis teostatakse apteekrite poolt veresuhkru ja vererõhu mõõtmist, keha rasvaprotsendi ja kehamassiindeksi (KMI) määramist ja samuti allergiateste. Lisaks pakutakse seal personaalset raviminõustamist, suitsetamisest loobumise nõustamise teenust, kaalulangetamisega seotud nõustamist ning unega seotud nõustamist. Samuti on loodud seal telefoni- ja veebipõhine nõustamissüsteem (Apotek 2013).

**Tabel 3.3.1.** Erinevate apteegitasandi teenuste osutamine riikide kaupa

	Inglismaa	USA	Kanada	Austraalia	Holland	Rootsi	Austria
<b>Ennetusteenused</b>							
Südamehaiguste ennetamine	x	x	x	x	x	x	x
Osteoporoosi sõeluuringud ja ennetamine	x	x		x		x	
Vähi sõeluuringud ja ennetamine	x	x	x				
Nägemiskontroll							x
Vaktsineerimine	x	x				x	x
Ravimite koostoimed ja kõrvalmõjud	x	x	x	x	x	x	x
<b>Nõustamisteenused</b>							
Suitsetamisest loobumine	x	x	x	x	x	x	x
Rasestumisvastased vahendid	x	x	x			x	

Seksuaalervis (sh klamüüdia)	x	x		x			
Aine kuritarvitamine (sh alkohol, narkootikumid)	x	x		x			x
Kaalujälgimine/toitumine	x	x		x	x	x	x
Reisimeditiin	x					x	x
Sünnitusjärgne nõustamine	x		x	x			
Suuõõneervis	x	x					
Külmetushaigused	x	x	x		x	x	x
Veebipõhine/telefoni nõustamine						x	
<b>Kroonilised haigused</b>							
Diabeet	x	x	x	x	x	x	x
Astma	x	x		x	x	x	x
Hüpertensioon	x	x				x	
Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus/spiromeetria	x						
Antikoagulandid	x						
Südamepuudulikkus	x	x	x	x			
Vaimneervis	x	x			x		

Allikad: Brown, Portlock, Rutter 2012; NHS 2013; Apotek 2013; Montgomery *et al.* 2008; Die Österreichische Apotheke in Zahlen 2009

Seega on intervjueritute hinnangul ning väliskogemusele tuginedes erinevaid võimalusi, kuidas apteekrite rolli raviprotsessis suurendada. Samas rõhutati intervjuudes, et rolli kasv saab olla põhjendatud siis, kui sellega kaasneb ka süsteemne koordineerimine terves esmatasandi meeskonnas ning kvaliteedikontroll. Sestap ongi järgmises alapeatükis vaadeldud info liikumisega seotud aspekte ning intervjueritavate hinnanguid info liikumise parandamise võimaluste osas.

### 3.2. Info mõõde

Informatsiooni liikumine on tervishoiusüsteemi integreerituse seisukohalt üks peamisi tegureid, mis aitab tagada patsiendi pideva jälgimise erinevates tervishoiusüsteemi etappides. Info mõõtme peatükk vaatleb peamiselt apteekrite ja perearstide vahelise infovahetuse aspekte, kuivõrd viimased on kirjutavad välja enim ravimeid. Tuuakse välja praegused infovahetuse kanalid ning info liikumisega seotud probleemistik. Seejärel esitatakse intervjuude käigus välja toodud võimalusi info liikumise parandamiseks ning tuuakse näiteid välisriikidest.

#### Praegune olukord ja info liikumise kanalid

Peamiseks info ning eelkõige retseptidega seotud info liikumise kanaliks perearsti ja apteekrite vahel on digiresepti süsteem. Digiresepti teenuse pakkumise võimaldamise jaoks on asutatud andmekogu Retseptikeskus, mille seadusjärgne eesmärk on tagada retseptiravimeid kasutavate isikute tervise kaitse ja järelevalve ravimite väljastamise õigsuse ja põhjendatuse üle ning luua riigile võimalused ravimistatistika tegemiseks. (Riigi Teataja\_b 2008)

Digiretsept on elektrooniline ravimiretsept, mille arst patsiendile arvutis välja kirjutab. Paberil väljatrükkimise asemel saadetakse retsept arsti arvutist x-tee kaudu otse Retseptikeskusesse. Ravimi väljastamisel identifitseerib isik ennast isikuttõendava dokumendi alusel ning Retseptikeskusest leiab apteeker isikukoodi alusel üles õige retsepti ja väljastab ravimi(d). Ravimi väljastamisel edastatakse sellekohane info tagasi Retseptikeskusesse. Apteekri jaoks väheneb seejuures arvutisse sisestatavate andmete hulk – patsiendi ja arsti informatsioon on retseptile automaatselt genereeritud. Isikul, kelle andmeid Retseptikeskuses töödeldakse, on juurdepääs Retseptikeskuses olevatele isikuandmetele. Patsient saab vaadata oma retsepte Patsiendiportaalis või Kodanikuportaalis<sup>22</sup> ning on vabastatud retsepti kaasaskandmisest. Digiretsept võimaldab saada tagasisidet ravimi väljaostu kohta. Tänapäevaks on valdav enamus arstidest ja kõik üldapteegid süsteemiga liitunud (Kalvet, Tiits, Hinsberg 2013) ning digiretsepti kasutuse tase on kõrge – üle 95% kõikidest retseptidest väljastatakse digitaalselt (Kruus 2013).

Üldiselt on rahulolu tase uudse süsteemiga kõrge – rahul on nii patsiendid (Haigekassa 2013b)<sup>23</sup> kui ka arstid ja apteekrid (Haigekassa 2013c). Näiteks patsiendid on välja toonud retseptide kättesaamise lihtsust (Haigekassa 2013b). Üleüldiselt väljendab 2011. aasta kohta käivate andmete järgi rahulolu digiretsepti teenusega kokku 90% üldarstiabi ja 83% eriarstiabi osutajatest. Apteekritest on digiretsepti toimimisega rahul 85% (Haigekassa 2013c). Uuringu „E-teenuste kasutamise tulemuslikkus ja mõju” raames läbi viidud küsitluse käigus hindas enamik perearste ja apteekreid, et digiretsept on muutnud nende tööd lihtsamaks (92% vastanud perearstidest, 83% apteekritest) ja vähenenud on vigade arvu (vastavalt 78%, 67%), samuti hinnatakse, et vähenenud on ka ajakulu retsepti väljastamiseks ning ravimi väljastamiseks (Kalvet, Tiits, Hinsberg 2013).

Varasemates uuringutes on probleemidena välja toodud erinevaid süsteemitõrkeid aga ka patsientide mitteteadlikkust retsepti(de) olemasolust ja retsepti(de)st ülevaate puudumine, mille tulemusena helistatakse perearstile, et küsida, kas retsept on olemas või kulub apteegis patsiendi konsulteerimiseks rohkem aega – see tekitab lisakoormust nii arstidele kui apteekritele<sup>24</sup>. Samuti nimetati probleemina patsientide vähest teadlikkust võimalusest ise internetist kehtiva retsepti olemasolu kontrollida (vaid 24% elanikest teab Patsiendiportaali olemasolust) või selle võimaluse puudumine. Lisaks esineb probleemina ka informatsiooni kehva kuvamist ning madalat kasutajasõbralikkust, mis tekitab lisaajakulu (viimati nimetud probleemid sõltuvad otseselt konkreetse kasutajaliidese disainist). (Kalvet, Tiits, Hinsberg 2013)

Retseptil esitatakse patsiendi üldandmed (sh nimi, vanus), retsepti üldandmed (sh väljakirjutamise aeg, retsepti liik), ravimiandmed (sh toimeaine või nimetus ja põhjendus mitteasendatavuse puhul). Ravimiandmete hulgas on ka üks vabatekstivälja: andmed teistsuguse annustamise skeemi või

---

<sup>22</sup> Aastal 2012 vaadati Kodanikuportaalist retseptidega seotud informatsiooni keskmiselt 17611 kuus (Kruus 2013), Patsiendiportaalist olid teadlikud 24% elanikest ning nendest omakorda 27% olid ka Patsiendiportaali erinevatel põhjustel külastanud (Haigekassa 2013b).

<sup>24</sup> On sätestatud, et kui retseptil ei ole kõiki nõutud andmeid, sellel on tehtud parandusi või on välja kirjutatud omavahel sobimatuid aineid, ei tohi apteek retsepti alusel ravimeid väljastada ja sellest peab kohe telefonitsi teavitama ravimi väljakirjutajat ning lahendusest teavitama retsepti esitajat. Kõigil juhtudel, kui ravimi õigeks väljastamiseks on olnud vajalik võtta ühendust ravimit väljakirjutanud isikuga ja temalt saadud teabe alusel on tehtud muudatusi väljastatava ravimipreparaadi, väljastatava koguse või muude ravimi väljastamist puudutavate asjaolude suhtes, tuleb ravimi väljastajal edastada vastav info Retseptikeskusesse. (Riigi Teataja\_e 2013)

manustamisviisi kohta, kui on kirjeldatud ravimi omaduste kokkuvõttes, tuleb retseptile soovitud annuse või manustamisviisi järele märkida. Lisaks on retseptil ka väljakirjutaja, ravimihüvitise ja kindlustatuse andmed. (Riigi Teataja\_e 2013)

Seega on praegused **info liikumise viisid** apteekri ja perearsti vahel:

- digiretsept (hõlmab retseptiga seotud infovahetust);
- telefon ja e-post (lahendatakse retseptiga seotud probleeme, aga praktikas ka muid probleeme);
- patsiendipoolne infovahendus (suuline informatsioon allergiate, tekkinud kõrvaltoimete või hetkel kasutatavate ravimite kohta).

See, millist rolli infovahetuses kannab patsient, sõltub palju ka patsientide teadlikkusest ja informeeritusest. Patsientide teadlikkust ravimitest on Eestis uuritud vähe. Näiteks Samm uuris muuhulgas apteekrite arvamusel patsientide teadmistest käsimüügiravimite kohta ning samuti tavainimese infoallikaid ravimite kohta (Samm 2006). Nimetatud uuringu peamise tulemusena toodi välja, et apteekrid lähtuvad käsimüügiravimi soovitamisel eelkõige oma teadmistest ja patsientidelt saadud positiivsest tagasisidest. Volmer jt on välja toonud, et kuigi inimesed peavad ravimiinfot oluliseks, on inimeste ravimialased teadmised kasinad (Volmer, Lilja, Hamilton 2007). Uuring „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile“ (2012) tõi välja, et patsiendid nimetavad ravimiinfo allikana esmalt arsti (75%), seejärel apteekrit (68%) ning pakendi infolehte (54%), kuid samuti Internetti (31%), tuttavaid (17%) ja ravimireklaame (14%) (Haigekassa 2013b).

Seega on patsientide teadlikkus praeguses suhtluses võtmetähtsusega ning patsient on ka oluline info edastaja tervishoiuspetsialistide vahel. Küsimusekohaks jääb, millises ulatuses on mõistlik jääda toetuma patsiendile kui infokandjale ning millises osas võiks info paralleelselt liikuda ka elektrooniliste kanalite kaudu.

### **Probleemid infovahetusega apteekri ja perearsti vahel**

Intervjuudes toodi välja mitmeid probleeme seoses info liikumisega. Mainiti, et patsiendi terviseinfo liikumine ei ole hetkel piisav, mis seab piiranguid patsientide kvaliteetseks nõustamiseks. Samuti toodi välja keerukus lahendada retseptidega seotud probleeme. Nagu ka seadus ette näeb, kontakteerub apteeker perearstiga/pereõega, juhul kui apteeker ei saa retseptist aru või midagi on retseptil valesti (näiteks vale soodusmäär). Samas toodi välja, et telefonisuhtlus on praegu ainuke kommunikatsioonivõimalus retseptidega seonduvaid probleeme lahendada, kuid tegemist on aeganõudva suhtlusvormiga – apteeker ei pruugi arsti kätte saada (telefon kinni või arst ei ole tööl), teisalt arsti jaoks on see täiendav ajakulu. Hetkel puuduvad uuringud, kui palju apteekrid arstidega telefoni teel suhtlevad ning kui suur on see ajakulu mõlema poole jaoks.

Laiemalt toodi välja ka info liikumise probleemid erinevate tervishoiuteenuse osutamise tasandite vahel, mis on probleemne just mitmete haigustega patsientide jaoks. Probleemina nimetati ka seda, et apteekril puudub piisavalt terviklik pilt patsiendi seisundist, et pakkuda kvaliteetset nõustamist.

### **Võimalikud muudatused seoses info liikumisega**

Enamik intervjuueeritavaid tõi välja, et info liikumine apteekri ja arsti vahel võiks olla sujuvam, aga samas rõhutati ka info liikumise suurema süsteemsuse/standardiseerituse vajadust.



Hetkel näevad apteekrid vaid välja ostmata ravimite infot, samas osa intervjueeritavaid tõi välja, et apteekrid peaksid nägema rohkem ravimitega seotud infot patsiendi kohta, näiteks välja ostetud ravimite infot (ravimeid, mida patsient hetkel kasutab või on varem kasutanud). See võib intervjueeritava hinnangul aidata ära hoida koos- või kõrvaltoimeid, sest tekib terviklikum pilt, milliseid ravimeid patsient hetkel tarvitab. See võimalus on oluline siis, kui patsient kasutab hulka erinevaid ravimeid, mida on välja kirjutanud erinevad arstid. Patsient ei pruugi mäletada kõiki ravimeid, mida ta tarbib, ning siis võib koostoime märkamata jääda. Rohkema ravimiinfo (nt samal perioodil kasutatavate ravimite) kuvamine apteekrile võib võimaldada kvaliteetsema nõustamise läbiviimist. Seda võib ka toetada ravimiallergiate info ning ravimiga seotud allergiliste reaktsioonide ajalugu, kuivõrd ka paljude käsimüügiravimite puhul võib patsientidel allergilisi reaktsioone olla.

Samuti märgiti vajadust apteekritel näha diagnoosikoodi, mis aitaks potentsiaalselt retseptide vigu korrigeerida, kuid samas rõhutati intervjuudes ka täiendava infoga kaasnevaid riske. Näiteks laiemat tausta tundmata võib diagnoosi mainimine patsiendi segadusse ajada – apteeker ei pruugi teada täpselt, milline on patsiendi-arsti suhe ning kuidas arst patsiendile tema tervise olukorda on selgitanud ning avaldab patsiendile informatsiooni, mis võib patsienti üllatada või šokeerida. Patsiendi privaatsust rõhutati mitmel korral ning kuigi üldiselt apteeker juba näeb delikaatseid andmeid lähtuvalt ravimi spetsiifikast, siis enamasti leiti, et ei ole otsest vajadust haigusloo täieliku kuvamise järele, samas kui konkreetsete teenuste pakkumisel võib teatud info nägemine vajalik olla. Seejuures tuleks arvestada, et info peaks olema struktureeritud ning sellega tutvumine ei tohiks olla väga aeganõudev. Intervjueeritute hinnangul peaks kindlasti peaks säilima praegune otsekontakti võimalus perearstiga (telefoni ja e-posti teel).

Intervjuudes märgiti vajadust parema ravimitevaheliste potentsiaalsete koostoimete kontrollimise järele. Praegu võimaldab apteekide infosüsteem koostoimete kontrolli tegemist, kuid täielik koostoimete kontroll ei ole võimalik, juhul kui apteekril puudub ülevaade kõikidest patsiendil kasutusel olevatest ravimitest – seda infot on võimalik saada patsiendilt, kuid patsient ei pruugi kõike mäletada.

Täiendava patsienti puudutava info nägemine võib võimaldada apteekril ka paremini otsustada, kui põhjalikult patsienti nõustada. Lihtsustatud näiteks võib olla järgnev olukord: kui apteeker näeb, et patsient hakkab ravimit esimest korda võtma, siis ta nõustab põhjalikumalt, kui aga süsteemist selgub, et patsient on sama ravimit 10 aastat võtnud, siis tõenäoliselt patsient väga põhjalikku täiendavat selgitust ei vaja.

Samuti võib intervjueeritu hinnangul olla apteekrile vajalik tagasiside, kas patsient, kellele soovitati pöörduda perearstile, ka sinna tegelikult pöördus.

Samas toodi intervjuudes välja ka võimalus, et apteekrid võiksid rohkem infot edastada ka perearstidele. Täiendusena nähti võimalust apteekril saata infosüsteemi kaudu perearstile infot tema patsientide kohta, kes ostsid käsimüügiravimeid või said apteegist nõustamist<sup>25</sup>. Ulatuslikum apteekripoolne terviseseisundi dokumenteerimine perearstile võib intervjueeritu hinnangul anda

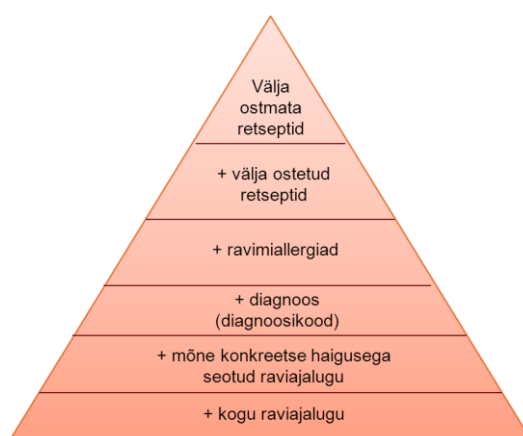
---

<sup>25</sup> Info liikumise vähesuse puhul on sarnane olukord on ka teistes tervishoiu osades: Riigikontroll on toonud välja probleemi, et perearstid tihti ei tea, kui paljud ja mis põhjustel nende patsiendid on EMO teenuseid kasutanud (Riigikontroll 2011)<sup>25</sup>.

täpsema ülevaate perearsti nimistu patsientide tervise kohta ning võimalused paremaks ennetustegevuseks.

Intervjuudes toodi ka välja, et juhul kui apteekrid pakuksid teatud lisateenuseid (vt ptk 3.1), siis oleks vajalik vastav spetsiifiline terviseinfo. Näiteks erinevate terviseseisundi jälgimise teenuse puhul oleks patsiendi parema jälgimise tagamiseks vajalik teada varasemate mõõtmiste ja analüüside tulemusi. Samuti peaks olema apteekritel võimalus sel juhul infosüsteemi infot sisestada ning arstile edastada. Hetkel on võimalik arstile helistada, kuid infosüsteemi vahendusel automaatse märguande saatmine apteekri hinnanguga (näiteks ravimi toimimise, kõrvaltoimete vms kohta) võib olla efektiivsem lahendus. Indikatiivselt on võimalik välja tuua järgnev apteekrile kättesaadava info kirjeldus tasemetena (vt joonis 3.2.1).

**Joonis 3.2.1.** Erinevad võimalikud info kuvamise tasandid apteekritele



Allikas: autorite koostatud

### Väliskogemus

Informatsiooni integreerituse osas on Eestil mitmeid eeliseid lääneriikide süsteemidega võrreldes tänu tervise infosüsteemi võimalustele. Näiteks Hollandis sisestab enamik (94%) perearstidest kõik patsiendi andmed digitaalselt, kuid kasutatav tarkvara pole esmatasandi tervishoiu pakujate vahel integreeritud. Enamik praksiseid kasutab erisugust tarkvara ning andmeid ei jagata teiste asjakohaste pakujatega (sh ka mitte apteekritega) (Bakker, Groenewegen 2009). Rootsis eksisteerib küll hästi toimiv isikukoodil põhinev patsiendiregister, mis võimaldab arstil patsiendi kohta käivat haiguslugu jälgida (Socialstryrelsen 2013), kuid apteekritel sellele juurdepääs puudub ning apteegis tehtud tervisenäitajate määramise testide tulemusi ei kanta registrisse. Siiski on kõikidel apteekidel juurdepääs registrile, kuhu on kohustus sisestada isikukoodiga seotult ostetud retseptiravim, ravimiannus ning kuupäev (Startsida 2013).

Üldiselt võimaldavad digiretseptisüsteemid apteekri ja arsti vahelise informatsiooni suuremat standardiseeritust ning täpsemat kommunikatsiooni (Black et al. 2011). Ravimite koostoimete otsustustoe mõju osas on välismaine kirjandus samas lünklik (Wong, Yu, Holbrook 2010). Riskidena on toodud välja, et tervishoiutöötajad võivad otsustustoele liialt lootma jääda, või hoopis võib tekkida nn automaatsete märguannete väsimus (*alert fatigue*) (Black et al. 2011) ning märguanded ignoreeritakse (Eslami, Abu-Hanna, Keizer 2007). Positiivsena on välja toodud, et otsustustoe võimaldavad suurendada ravi tõendus põhisust aga ka vähendada esmatasandi ravimikuluseid (McMullin et al. 2004). Smithburger et al. (2011) on välja toonud et ravimite koostoimete hindamise tööriistad peaks võimaldama võtma rohkem arvesse patsiendispetsiifilist infot ning nende

väljatöötamise peaksid olema kaasatud kõik seda kasutavad osapooled. Seejuures tuleb eristada koostimete andmebaasi ning otsustustuge (Smithburger et al. 2011). Näiteks SFINX ravimi koostimete andmebaas on integreeritud Soome ja Rootsi otsustustoe süsteemidesse ning seda kasutas 2009. aasta seisuga üle 31 000 arsti ja apteekri. Samuti kogutakse jooksvat tagasisidet, et süsteemi arendada (Böttiger et al. 2009).

Seega saaks Eestis infotehnoloogiline seotus apteekri ja esmatasandi ning laiemalt tervishoiusüsteemi vahel saaks olla suurem, kuid vajab ka täpsemalt käsitlust, milline info ja millises ulatuses ning millises formaadis osapoolte liikuma peaks. Seejuures on oluline täiendava info liikumise eesmärgistatus – info peab täitma konkreetset rolli: tervise parem jälgimine, koos- ja kõrvaltoimete ärahoidmine, kvaliteetsem nõustamine, parem koordinatsioon ning olema kooskõlas laiemal tervise infosüsteemi printsiipidega ning toetama patsiendi loogilist teekonda tervishoiusüsteemis (vt ka indikaativset patsiendi liikumisteede lisas 3).

### 3.3. Geograafiline mõõde

Nagu eelpool kirjeldatud on geograafiline mõõde apteegiteenuse ja tervishoiuteenuste pakkumisel oluline (vt ptk 2.2) – sellest sõltub kättesaadavus ning samuti apteegi toimetulek. Geograafilise integratsiooni puhul uuriti käesoleva analüüsi käigus intervjueeritutel, milline peaks olema apteekide geograafiline paiknemine seoses teiste esmatasandi teenustega.

#### Võimalikud muudatusvariandid

Kuivõrd apteekide käive sõltub suures osas retseptiravimitest (vt ptk 2.4), siis on apteegi paiknemine tervishoiuteenuse osutaja (näiteks perearst, hooldushaigla jms) suhtes oluline käsitlust vajav aspekt. Ühe probleemina märgiti arstide tööjõupuuduse valguses ohtu, et perearsti kadumisega piirkonnast kaob ka apteek, kuivõrd apteegil pole enam piisavat käivet. Patsiendi seisukohast on apteegi paiknemise asukoht äärmiselt oluline – apteegi kaugus võib otsustada lõpptulemusena ravi edukuse ning apteegiteenuse kättesaamatuse puhul võib jääda ravim võtmata ja probleem süveneda.

Apteekide geograafilise integreerimise võimaluste osas olid intervjueeritavate hinnangud varieeruvad. Ühelt poolt toodi välja, et lähestikku paiknemine aitaks suurendada apteekrite ja perearstide vahelist kohalikku koostööd, kiirendada info ja teadmiste vahetust ning see oleks samuti mugavam patsiendile.<sup>26</sup> Näiteks maal paiknevates ja loodavates tervisekeskustes võiks osa intervjueeritavate hinnangul soodustada apteekrite olemasolu, samas kui osa intervjueeritavaid märkis, et tingimata ei oleks eraldi soodustus vajalik, vaid pigem peaksid toimima majanduslikud stiimulid, mis paneksid apteekide „liikuma“ perearstikeskuste lähemale (seejuures peab arvestama ka apteekide asutamiskuludega).

Teisalt märgitakse, et apteek ei peaks tingimata paiknema perearsti lähedal, vaid pigem on kriteeriumiks patsiendi liikumistee (näiteks linnas ostetakse enamasti ravimeid kaubanduskeskuste

---

<sup>26</sup> Ka hiljutine apteekide paiknemist käsitletud raport on välja toonud, et Eestis on mitmed kohalikud omavalitsused viimastel aastatel renoveerinud või ehitanud uusi arstikeskusi, kuhu on loodud ruumid ka apteegi tarbeks ning toodud järeldus, et Eestis peaks kaaluma maa-apteekidele sobivate ruumide eraldamist perearstikeskuste juures. (Maripuu 2013)

apteekidest; maal võib sõlmpunktiks olla näiteks pood, kool või muu ühiskondlik asutus) ning koostöö suurendamiseks perearsti ja apteekri vahel peaks rohkem kasutama infotehnoloogilisi võimalusi.

## Väliskogemus

Lisaks intervjuudes välja toodud geograafilise koostöö võimalustele toob väliskirjandus näiteid ka muudest geograafilistest koostöövormidest. Osa riike on apteekide paiknemist kontrollinud apteekide asutamispriirangutega, mis erinevalt Eestist võtavad lisaks rahvastiku ja kauguse kriteeriumitele arvesse ka muid vajaduspõhiseid kriteeriumeid. Näiteks on Austrias ja Inglismaal soodustatud apteekide paiknemist perearstipraksise lähedusse.

Austrias on uue apteegi avamiseks vaja luba piirkondlikult omavalitsuselt, mis tugineb 1998. aastal kehtestatud Apteegiseadusele (Apothekengesetz). Seadus määratleb, et uue apteegi avamiseks on lisaks geograafilistele ja demograafilistele kriteeriumitele vajalik täita ka kriteerium, et perearstipraksis paikneb samas omavalitsuses, kuhu uut apteeki tahetakse avada. Ka Inglismaal on suur roll apteekide paiknemis- ja rahastamisotsustes kohalikel omavalitsustel (Lluch, Kanavos 2010) ning hiljuti oli jõus säte, mis lisaks muudele kriteeriumitele soodustas apteekide asutamist perearstikeskustesse. (Riigikogu õigus- ja analüüsiosakond 2010). Eesti kontekstis on apteekide paiknemist ja asutamispriirangutega seonduvat hiljuti põhjalikult käsitlenud Maripuu (2013) ja PwC (2013).

Samuti on üheks geograafilise integratsiooni näiteks Rootsis nn minutikliinikud (Minutkliniken), mis on apteegiga samas asukohas tegutsev *drop-in* põhimõttel kliinik, kus saab abi lihtsamate probleemide korral (külmetus, kõrva-kurgu-nina-silma infektsioonid, ravimite kõrvalmõjud, vaktsineerimine). Kliinikus võtab patsienti vastu õde ning vajadusel konsulteerib telefoni või videokonverentsi vahendusel arstiga. Minutikliiniku idee on vähendada esmatasandi tervishoiu töökoormust ning kasutada ära apteekide lahtiolekuaegu ning paremaid asukohti elanikkonna paremaks teenindamiseks (Minutkliniken 2013). Kliiniku visiit on tasuta. Pole selge, kuidas teavitatakse Rootsis perearsti minutikliiniku külastusest. Sama minutikliiniku mudel on kasutusel ka Soomes.

Äärmuslikuma geograafilise integratsiooni näitena saab nimetada ravimite müügi laiendamist maapiirkondades paiknevatele perearstidele. Leevendamaks madalat apteegitihedust, on näiteks Inglismaal osal arstidest maapiirkondades ravimite väljastamise õigus. Selle tingimuseks on, et patsient elab  $\geq 1.6$  km kaugusel lähimast apteegist (PSNC 2013). 2011. aasta seisuga oli Inglismaal retseptiravimeid väljastavaid arstipraksiseid 1129 ning ravimite väljastamise õigusega arstid väljastasid ligikaudu 8% kõikidest väljastatud ravimitest. Ka Hollandis on omistatud ravimite väljastamise õigus osale perearstidest maapiirkondades (Schäfer *et al.* 2010). Siiski on selline praktika Euroopas suhteliselt vähelevinud. Vastupidise näitena on võimalik tuua Inglismaa süsteemi, kus apteekritele on antud teatud juhtudel retseptide väljastamise õigus, et parandada ravimite kättesaadavust. (Lluch, Kanavos 2010)

Eeltoodud näited olid vaid põgus vaade apteekide ja tervishoiusüsteemide geograafilisest integratsioonist. Lisaks mõjutab apteegiteenuse kättesaadavust hulk erinevaid regulatsioone – asutamispriirangud, apteekide omamise regulatsioonid, müügivõrk, lahtiolekuaegade regulatsioonid, rahastamise regulatsioonid (Lluch, Kanavos 2010). Nimetatud küsimused vajavad tulevikus täpsemat analüüsi. Geograafilise mõõtme osas vajab edaspidistes uuringutes täiendavat käsitlust ka ravimite kaugmüügi ja internetiapteegiga seonduv mõju. Eraldi käsitlust vajab küsimus, millised regulatsioonid peaksid olema, et võimaldada parimat apteegiteenuse kättesaadavust ning parandada integratsiooni tervishoiusüsteemiga.

### 3.4. Organisatsiooniline mõõde

Organisatsioonilise integratsiooni all peavad autorid silmas apteegiteenuse integreeritust esmatasandiga ehk keskset korraldust ning juhtimist – laiemalt ka riikliku ravimipoliitika ja tervishoiupoliitika omavahelist kooskõla eelduste loomisel integreerituse parandamiseks. Järgnevalt on käsitletud intervjuudes esinenud erinevaid organisatoorseid aspekte ning eeldusi apteegiteenuse paremaks integreerimisel esmatasandiga.

#### Järelevalve ja kvaliteedi hindamine

Intervjuudes toodi välja asjaolu, et kuigi apteegitasandil on oluline erinevaid teenuseid arendada, siis peab olema tagatud ka pakutavate teenuste kvaliteet. Samuti on oluline ära kirjeldada hetkel osutatavad teenused ja planeeritavad tegevused ning läbi mõelda võimalikud riskid ning leida meetmed nende riskide maandamiseks ja kvaliteedi tagamiseks. Tuleks luua standardid/juhised, et aru saada, milles teenus seisneb ning kuidas hinnatakse selle teenuse kvaliteeti. Oluline on määratleda, kes millise teenuse pakkumise üle järelevalvet korraldab, arvestades, et järelevalvet võivad paralleelselt teha mitu institutsiooni.

#### Baasõppe korraldus ja järelkoolituste vajadus

Toodi välja, et erinevate nõustamise ja muude teenuste pakkumine ja apteekide rolli suurendamine ei pruugi tingimata tähendada baasõppe muutmise vajadust, vaid võimalik on läbi viia täiendõpet, kuid pikemas perspektiivis võib olla vajalik ka üldiste õppealuste muutmine. Kuivõrd apteegiteenuse pakkujad sõltuvad riiklikust proviisorite ja farmatseutide koolitustellimusest, siis peavad erinevad organisatsioonilised muudatused olema intervjueritute hinnangul kooskõlas õppe korraldusega. Seejuures on võimalik koostööd suurendada ka juba õppe jooksul, võimaldades arstiks ja proviisoriks õppijatel läbida mõningaid aineid koos, et tekiks ühine tunnetus võimalikust koostööst. Toodi välja, et riigi väiksuse tõttu ei ole mõistlik proviisorite baasõppes suurt spetsialiseerumist tekitada ning pigem peaks panustama jätkukoolitustele; vajalikud on pädevuse hindamine, sertifitseerimine, erinevad täienduskursused.

#### Rahastamise korraldus

Intervjuudes rõhutati, et apteegiteenuse laiem integreerimine eeldab rahastamise korralduse täpsemat läbimõtet. Ühe võimalusena toodi välja, et patsient maksab lisateenuste eest, teine võimalus on, et rahastus on Haigekassa eelarvest. Intervjueritavate hinnangud varieerusid selles osas, kuidas teenused rahastatud peaks olema. Kõrge ravimite omaosaluse kontekstis toodi välja potentsiaalne patsientide madal võimekus lisateenuste eest maksta, teisalt nähti ka Haigekassa eelarvepiiranguid.

Rahastamise puhul toodi välja, et vajalik oleks eristada nn mugavusteenuseid (sel juhul ei pruugi solidaarne rahastamine õigustatud olla). Samas kui teenus võimaldab saavutada tervishoiusüsteemi eesmärke (sh vähendada ravivigu või ravimite kõrvaltoimeid), siis võib olla õigustatud riiklik rahastamine. Ühes intervjuus märgiti, et ka riikliku rahastamise puhul on vajalik säilitada patsiendi omaosalus.

Ühe rahastamisvõimalusena toodi välja, et arst määrab need konkreetsed teenused, mida patsient võib apteegis tarbida (nt täiendav nõustamine, tervisenäitajate määramine). Seejuures on võimalik kasutada tervise infosüsteemi võimalusi, et seda tegevust koordineerida. (vt rahastamisega seonduvat ka ptk-s 2.4).

## Koostöövajadus

Intervjuudes rõhutati, et on vaja ühiselt hinnata, kuidas on tagatud tervishoiusüsteemis värvavahi roll ning milline peaks olema apteegiteenuse integreerituse tase esmatasandiga. Samuti on vajalik tihe koostöö erialaste organisatsioonide vahel (apteekide ühendused, erialaseltsid, riigitasand). Rõhutati võimalike muudatuste regionaalpoliitilist mõõdet ning omavalitsuste potentsiaalselt madalat võimekust tagada kohalikele elanikele tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid.

Samuti toodi välja oluline koostöövajadus kohalikul tasandil, muuhulgas et tagada kohalike apteekide piisav toodetega varustus vastavalt patsientide spetsiifikale. Vajalikud on koostöövormid ka arstide ja apteekrite vahel (nt Hollandis<sup>27</sup> ja Soomes<sup>28</sup> on erinevaid koostöövorme), kus oleks võimalik konkreetseid juhtumeid või olukordi läbi arutada. Intervjuudes toodi välja, et koostöös peaks toimuma standardite ja info liikumise raamistiku loomine ning olulistele valdkondlikele osapooltele peaks olema tagatud pidev ja süsteemne läbirääkimiste võimalus.

Käesolevas peatükis toodi intervjuudes käsitletud võimalikud arengud apteegiteenuse paremaks integreerimiseks esmatasandiga nii täiendavate teenuste kui ka informatsiooni liikumise osas, samuti geograafilised aspektid ning võimalike arengute korralduslikud eeldused. Järgnev peatükk tugineb eeltoodud peatükkidele ning süstematiseerib erinevates integreerimise mõõtmetes välja toodud võimalused ja aspektid arengustsenaariumiteks.

---

<sup>27</sup> **Hollandi** apteekrid ja perearstid on välja töötanud struktureeritud koostöö vormi *Farmaco-Therapeutisch Overleg* (FTO). Moodustatud on umbes 800 FTO gruppi, mis koosnevad samas piirkonnas tegutsevatest apteekritest ja perearstidest (Schäfer et al. 2010). Selle vajadust nähti põhjusel, et erinevate ravimite hulk ja patsientide vajaduste eripärad on suured ning perearstid ja apteekrid peaksid omavahel enam koostööd tegema. Sellise koostöö eesmärgiks on, et iga patsient saaks just temale sobivaima ravimi (Apotheken in NL 2009). FTO raames arutatakse teemad on näiteks ravimite ja tervisetoodete kvaliteet – eesmärgiga jõuda üksmeelele nende väljakirjutamises ja patsiendile jagatava teabe osas. Samuti arutatakse ravimite koosmõjude, patsientide kaebuste ja ravimite õige manustamise võimaluste üle. FTO grupid on iseseisvad, ning see tingib suure gruppide vahelise kvaliteedi erinevuse. Häid FTOsid seostatakse efektiivsema ning läbimõelduma ravimite väljakirjutamisega ning parema patsienditeadlikkusega.

<sup>28</sup> **Soomes** on loodud esmatasandi koostöövorm aitamaks sõltuvushäirega patsiente. Patsiendiga sõlmitakse leping, et ta hakkab käima asendusravil. Kindlaks määratakse arst/asutus ning kindel apteek, kust patsient ravimeid välja ostab (tihti on tegemist ravimitega, mida on võimalik kuritarvitada). Konkreetne arst saadab lepingu koopia kokku lepitud apteeki, seejärel on vastava apteegi ülesanne sellest teatada teistele apteekidele. See tagab, et ravimeid väljastab ainult kindlaks määratud apteek. Loodud on ühtne lepingute infosüsteemi, mis võimaldab sellega ühinenud apteegil sisestada sinna sõlmitud võõrutusravilepingud. Teised apteegid ei saa vaadata lepinguid, kuid süsteem saadab neile hoiatuse, kui lepinguga patsient proovib teisest apteegist ravimeid osta. (Apteekkariliitto 2012)

## 4. Võimalused apteegiteenuse paremaks integreerimiseks esmatasandiga

### 4.1. Apteegiteenuse tähtsus tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamisel

Tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamisel on kasvava tähtsusega patsientidega esimesena kokkupuutuvate tervishoiuspetsialistide roll (sh perearstid, pereõed, apteekrid, töötervishoiuarstid) ehk esmatasandi võimekus sekkuda võimalikult varases faasis, et hoida inimesi terve ja töövõimelisena. Kuigi ambulatoorse ravi osakaal on Eestis viimastel aastatel mõnevõrra kasvanud, on esmatasandi tervishoius ja apteegivõrgus mitmeid probleeme (sh süvenev tööjõupuudus, ressurside vähesus, regionaalne kättesaadavuse ebavõrdsus), mis ei võimalda täiel määral seda potentsiaali rakendada (vt ka ptk 1 ja 2).

Kuigi ühe jätkusuutlikkuse ohuna nähakse rahvastiku vananemist, mõjutavad demograafilised muutused pikas perspektiivis ravikindlustuse ravimikulutusi suhteliselt vähe (1-2 protsendipunkti osakaaluna Haigekassa kulutustest)(Praxis 2011) ning suuremat mõju omavad ravimite kasutamise muutused (Thompson *et al.* 2011). Ravimite kasutamine sõltub sellest, kui palju arstid ravimeid välja kirjutavad, kuidas ravimeid tarvitatakse, kui kõrge on ravimite hind, kui palju tuleb turule uusi ravimeid ning kui kättesaadavad on ravimid patsientidele. Kasutamist saab suunata riigi ravimipoliitika, mis hõlmab nii ravimite hindade ja turulepääsu reguleerimist kui ka ravimite turustamise korraldust ehk apteegiteenuse pakkumist.

Ravimite kasutamise seisukohast on lisaks ravimite kättesaadavusele samaväärselt oluline ka ravimite õige kasutamine. Tähtis on see, et ravimeid manustatakse õigel viisil, õiges koguses, õigel ajal ning ohutult. Selle tagamisel on suur roll apteekritel, kes teevad ravimite müügi käigus raviminõustamist. Kvaliteetne apteegiteenus tähendab, et hoitakse ära või märgatakse varakult võimalikke ravimi koos- ja kõrvaltoimeid, parandatakse ravisoostumust ning välditakse vigu. On oluline, et apteekrid reageeriksid ja sekkuksid situatsioonides, kus on näha et ravimite tarbimisega võivad patsiendil tekkida probleemid. Ka mitmed uuringud on Eestis rõhutanud ravimi koos- ja kõrvaltoimete tuvastamise ja vältimisega seotud probleeme.

Samas toob esmatasandi tervishoiu arengukava (Sotsiaalministeerium 2009) probleemsetena välja apteegiteenuse vähese integreerituse tervishoiusüsteemi ja ebapiisava kaasatuse esmatasandi tervishoiuteenuse osutamisse. Märgitud on, et apteegiteenuse osutajad ei ole inimesele ainult ravimite kättesaadavuse tagajaks, vaid ka esmaseks nõustajaks ja suunajaks.

### 4.2. Apteegiteenuse arendamise ja parema integreerimise stsenaariumid

Parema integreerimise võimalused võib üldistatult jaotada kaheks. Ühelt poolt on võimalik praegust apteegiteenust edasi arendada ning olemasolevaid tegevusi eesmärgistatumalt ning kvaliteetsemalt pakkuda (nt tagada parem info liikumine ning tegevuste standardiseeritus), et hoida ära soovimatuid koos- ja kõrvaltoimeid ning parandada ravisoostumust (vt stsenaariumid 1 ja 2). Teisalt on apteekide rolli võimalik suurendada erinevate lisateenuste abil. Eestis juba teatud vabatahtlike lisateenuseid pakutakse (nt tervisealane nõustamine, tervisenäitajate määramine), kuid nende pakkumine on

ebaühtlane, reguleerimata ning ei ole seostatud olemasoleva esmatasandi tervishoiusüsteemiga. Väliskogemus näitab (vt ptk 1.3), et apteegid saaksid süsteemsemalt patsiente nõustada või arsti juurde suunata ka kergemate terviseprobleemide tekkimise puhul ning olla abiks terviseteadlikkuse tõstmisel ja krooniliste haiguste jälgimisel (vt stsenaariumid 3, 4 ja 5).

Uuringutulemuste põhjal koostati integreerimise stsenaariumid (vt tabel 4.1), mille potentsiaalse mõju üle arutati uuringu raames toimunud Mõttehommikul. Stsenaariumid on indikatiivsed ning nende eesmärk on aidata erinevaid valdkondlikke arengusuundasid paremini mõtestada ning hinnata nendega seotud laiemaid mõjusuundi. Stsenaariumid ei ole üksteist välistavad, stsenaariumite loetelu ei ole ammendav.

**Tabel 4.1.** Arengustsenaariumid kirjeldusega

Nimetus	Üldine kirjeldus
<p><b>Stsenaarium 1</b></p> <p>Apteekide rolli arendamine/suurendamine ratsionaalse ravimite tarbimise tagamisel (koos- ja kõrvaltoimete vältimine)</p>	<p>Apteekrite rolli arendamine/suurendamine ravimite koos- ja kõrvaltoimete vähendamisel vastavate nõustamis- ja abiteenuste pakkumisel.</p> <p>Kõigi samal perioodil kasutatavate ravimite osas pakutakse patsiendile põhjalikku ravimialast nõustamist vastavalt patsiendi profiilile ning ravimi kombinatsioonide keerukusele. See eeldab, et apteekril oleks informatsioon varasemate ravimite ja hetkel tarbitavate ravimite ja muude toodete kohta. Koos nõustamisega on mitmeid erinevaid ravimeid tarbivate patsientide puhul võimalik ravimite individuaalne pakendamine või muu meede (nt nutitelefoni rakendus), mis võimaldab paremini kinni pidada ravimite tarvitamise eeskirjadest. Samuti on oluline patsiendi teavitamine, et probleemide korral arsti või apteekriga ühendust võetaks.</p>
<p><b>Stsenaarium 2</b></p> <p>Apteekide rolli arendamine/suurendamine ravisoostumuse tagamisel (patsiendile järjepideva ravi tagamine) koostöös ülejäänud esmatasandiga</p>	<p>Stsenaariumi eesmärk on ravisoostumuse suurendamine – et patsient ei katkestaks ravi. Näiteks apteeker jälgib patsienti, kutsub ta apteeki teatud perioodi tagant tagasi ning läbib patsiendiga standardse/kokkulepitud jälgimisküsimustiku. Vajadusel suunab patsiendi perearsti juurde. Infosüsteemid (nt perearstidepoolne standardiseeritud info apteekritele) võivad aidata diferentseerida enam nõustamist vajavad patsiendid (nt need, kes tarvitavad palju erinevaid ravimeid).</p> <p>Parem ravisoostumus võib tähendada kiiremat paranemist ning hoida ära haiguse süvenemise. Muudatus võib olla vajalik piirkondades, kus perearstipraksis on kaugemal ja perearsti/pereõe juurde on keeruline aega saada; samas on tihti probleemsemate patsientide nõustamine ja jälgimine vajalik ka linnas.</p>
<p><b>Stsenaarium 3</b></p> <p>Apteekide rolli suurendamine primaarses ennetustegevuses (haiguste riski ennetamine ja maandamine nõustamistegevuse käigus)</p>	<p>Hõlmab erinevaid tervislike eluviise soosivaid nõustamistegevusi (suitsetamisest loobumine, alkoholi liigtarvitamise vähendamine, seksuaaltervisealane nõustamine, toitumisnõustamine). Võimalus on ka kaasata apteekreid erinevatesse riiklikesse ennetusprojektidesse.</p> <p>Patsientidel võib puududa kuvand apteegist kui ennetusteenuse pakkujast, seega on vajalik teavitustegevus, et vajadusel tervisealase nõustamise teenuse saamiseks inimesi apteeki suunata. Ravi järjepidevuse ja koordineerimise tagamiseks võib olla vajalik võimalus lisada digilukku info teostatud teenuse kohta.</p>
<p><b>Stsenaarium 4</b></p>	<p>Apteegid pakuvad enam ja süsteemsemalt sekundaarse ennetuse teenuseid (haiguse tuvastamine, õigeaegne suunamine, üldise</p>



<p>Apteekide rolli suurendamine sekundaarses ennetustegevuses (haiguste võimalikult varajane tuvastamine ja õige suunamine)</p>	<p>terviseolukorra hindamine, nõustamine kergemate haiguste puhul). Apteekrite rolli suurendamine probleemi tuvastamisel ja suunamisel võib anda patsiendile suurema kindluse, et keegi nende tervise eest hoolitseb ja kinnitab, et tuleb pöörduda arsti juurde. Õige suunamisotsuse tegemine võib vajada ka rohkem vahendeid (nt testid, abi-küsimustikud) ja võimalusi eristada raskemaid ja kergemaid juhtumeid/probleeme – millal suunata patsient arsti juurde ja millal võib aidata sümptomite ravi. Eeldab konkreetsete reeglite ja standardite paikapanekut, samuti järelevalvet testimiseks kasutatavate seadmete osas.</p> <p>Juhul kui apteeker tuvastab probleemi ja suunab patsiendi arsti juurde, võib olla vajalik teha vastav märges isiku haigusluku. Samuti võib apteekril vajalik olla näha rohkem taustainfot patsiendi kohta, et hinnata, kas probleemiks võib olla ravimite koos- või kõrvaltoime (juhul kui patsient võtab ravimeid).</p>
<p><b>Stsenaarium 5</b></p> <p>Apteekide rolli suurendamine krooniliste haigete jälgimisel ja haiguste kontrolli all hoidmisel (haiguste süvenemise ärahoidmine) koostöös ülejäänud esmatasandiga</p>	<p>Apteekrite rolli suurendatakse erinevate haiguste jälgimisel – näiteks diabeet, südamehaigused, kõrgvererõhutõbi. Apteeker jälgib patsienti teatud perioodi tagant ning teeb mõõtmisi ning läbib patsiendiga standardse jälgimisküsimustiku. Kui olukord on halvenenud, saab apteeker suunata patsiendi perearsti juurde.</p> <p>Apteegid saavad jälgida kroonilist patsienti (eeldusel, et patsiendile on määratud juba kindel diagnoos ja ravi arsti poolt) ja saata infot olukorra kohta infosüsteemi, kus perearstil/pereõel on patsiendiga seotud infost ülevaade.</p> <p>Piirkondades, kus perearstipraksis on kaugemal ja perearsti/pereõe juurde keeruline aega saada, saab apteeker aidata tagada patsiendi piisavat jälgimist.</p>

Arengustsenaariumeid hinnati alltoodud indikaatorite alusel skaalal: mõju puudub, mõju on väike, mõju on keskmine või mõju on suur.

#### Potentsiaalne kulusääst tervishoiueelarves

1. Kulusääst ravimieelarves
2. Kulusääst üldarstiabi eelarves
3. Kulusääst haiglaravi ja eriarstiabi eelarves
4. Kulusääst erakorralises meditsiinis

#### Positiivne mõju tervisele ja patsiendikesksusele

5. Mõju tervisesüsteemi patsiendilähedusele (patsiendil suurem/lähem kontakt tervishoiusüsteemiga)
6. Mõju kõrval- ja koostoimete vähenemisele
7. Positiivne mõju tervisele
8. Positiivne mõju töövõime säilimisele

#### Muudatuse tehnilise teostatavuse keerukus ehk muudatuse eeldused

9. Apteekrite täiend- või ümberõppe vajadus
10. Investeeringute vajadus sisseseadmesse (näiteks nõustamisruumide loomine)
11. Patsientide teavitamise ja patsiendihariduse täiendav vajadus (näiteks teavituskampaaniad)
12. Täiendava järelevalve ja kvaliteedikontrolli vajadus (ümberkorralduste ulatus)

13. Info liikumise suurendamise vajadus (infotehnoloogilised arendused ja info edastuse standardite kokkuleppimine)
14. Rahaliste stiimulite vajadus (teenuste osutamine eeldab täiendavate rahaliste stiimulite loomist)

Hindamiste tulemused näitasid, et kõikide stsenaariumite puhul on võimalik potentsiaalselt väike või keskmine kulusääst tervishoiu eelarves. Keskmisest suuremat võimalikku kulusäästu nähti haiglaravi, eriarstiabi ja erakorralise meditsiini eelarves. Suurim mõju kulusäästule võib olla stsenaariumite 1 ja 5 puhul.

Sotsiaalse jätkusuutlikkuse (positiivne mõju tervisele ja patsiendikesksusele) puhul hinnati üle keskmise suurt mõju stsenaariumite 1 ja 5 puhul. Keskmist mõju stsenaariumite 2 ja 4 puhul ning madalaimat mõju stsenaariumi 3 puhul. Kõikide stsenaariumite puhul nähti üle keskmise positiivset mõju elanikkonna tervisele, töövõime säilimisele ning samuti tervishoiusüsteemi patsiendilähedusele.

Tehnilist teostatavust hinnati kõige keerulisemaks stsenaariumi 5 puhul. Samas kõige madalamad hinnangud tehnilise teostatavuse keerukusele said stsenaariumid 1 ja 2 ehk nimetatud stsenaariumid võivad olla kõige lihtsamad juurutada.

Hinnangud erinevate eelduste täitmise vajadusele olid kõrged. Kõige kõrgemalt hinnati muudatuste puhul patsientide teavitamise ja patsiendihariduse täiendavat vajadust, täiendava järelevalve ja kvaliteedikontrolli vajadust ning info liikumise suurendamise vajadust.

Stsenaariumite hindamine oli kvalitatiivne ning selle eesmärk oli arutada võimalike arengusuundade üle ning markeerida erinevaid võimalikke mõjusuundi, mida tuleb apteegiteenuse paremal integreerimisel arvestada. Järgnevalt on toodud agregeeritult hinnangud stsenaariumitele (tabel 4.2.).

**Tabel 4.2.** Kvalitatiivsed mõjuhinnangud stsenaariumitele (1 – väike ... 3 – keskmine ... 5 – suur)

Stsenaarium	Potentsiaalne kulusääst tervishoiu-eelarves	Positiivne mõju tervisele ja patsiendikesksusele	Tehnilise teostatavuse keerukus
1. Apteekide rolli arendamine/suurendamine ratsionaalse ravimite tarbimise tagamisel (koos- ja kõrvaltoimete vältimine)	3	4	3
2. Apteekide rolli arendamine/suurendamine ravimisoostumuse tagamisel (patsiendile järjepideva ravi tagamine) koostöös ülejäänud esmatasandiga	2	3	3
3. Apteekide rolli suurendamine primaarses ennetustegevuses (haiguste riski ennetamine ja maandamine nõustamistegevuse käigus)	1	2	4
4. Apteekide rolli suurendamine sekundaarses ennetustegevuses (haiguste võimalikult varajane tuvastamine ja õige suunamine)	2	3	5
5. Apteekide rolli suurendamine krooniliste haigete jälgimisel ja haiguste kontrolli all hoidmisel (haiguste süvenemise ärahoidmine) koostöös ülejäänud esmatasandiga	3	5	5

Allikas: autorid, Mõttemommiku arutelu

## 4.3. Apteegiteenuse arendamise ja parema integreerimise eeldused

### Apteekide toimetulek ja apteegiteenuse kättesaadavus

Kuigi ühelt poolt on võimalusi apteekide paremaks integreerimiseks ja rolli suurendamiseks tervishoiusüsteemis, esineb mitmeid süsteemseid probleeme, mis seda võivad piirata. Varasemad uuringud on toonud apteegivaldkonna probleemidena välja tööjõupuuduse ja alarahastatuse, mis raskendab eriti maa-apteekide olukorda (Faktum & Ariko 2012, Maripuu 2013, Kanavos et al 2009).

Aja jooksul on maal paiknevate apteekide arv vähenenud kiiremini kui linnades, vähendades seega apteegiteenuse kättesaadavust maapiirkondades. (Maripuu 2013). Praegu puuduvad ka aktiivsed mehhanismid apteegiteenuse ühtlase kättesaadavuse tagamiseks. Apteegid sõltuvad käibe osas palju piirkonnas paikneva perearstikeskuse või muu tervishoiuasutuse olemasolust ning selle kadumine, arvestades ka perearstide- ja pereõdede tööjõupuudust (Riigikontroll 2011; Sotsiaalministeerium 2009), võib mõjutada oluliselt apteegi jätkusuutlikkust.

Apteegiteenuse kättesaadavust mõjutab ka hulk muid seotud regulatsioone – asutamispääs, apteekide omamise regulatsioonid, jaotusvõrk, lahtiolekuaegade regulatsioonid, rahastamise regulatsioonid (Lluch, Kanavos 2010). Eraldi käsitlust vajab küsimus, millised regulatsioonid peaksid olema, et võimaldada parimat apteegiteenuse kättesaadavust ning parandada integratsiooni tervishoiusüsteemiga. Samuti vajab täiendavaid analüüse ravimite kaugmüügi ja internetiapteegiga seonduv mõju.

Lisaks on võimalik välja tuua, et võrreldes Euroopa riikidega on Eestis keskmine töötajate arv apteegi kohta suhteliselt madalam (apteegid on suhteliselt väikesed) – eriti võrreldes riikidega, kus farmatseutilise hoole teenused on enam levinud (vt ptk 1.3 ja 2.3). Kuivõrd nõustamistegevuste arendamine eeldab patsiendi privaatsuse tagamist, võivad olla vajalikud nõustamisruumid, mis mõnedes apteekides juba eksisteerivad, kuid puudub info nende tegeliku arvu ning loomisvõimaluste kohta.

### Apteekide rahastamine

Eeltoodud probleemistik on seotud ka praeguse apteekide rahastamise korraldusega. Praegune apteekide rahastamismudeli põhialus on ravimite juurdehindluse piirmäärad. Apteegi äriiline motivatsioon sõltub sellest, kui kallist ravimit patsient ostab (vt ka ptk 2.4). Praegused rahastamisstiimulid suunavad apteeki pigem vähem nõustama ja pigem rohkem ravimeid müüma. Müüdava ravimi hind ei ole seotud patsiendi nõustamisvajadusega (tervislik olukord, ravimi spetsiifika, patsiendi kogemus ravimi võtmisel), vaid teenitav tulu sõltub sellest, kui suur on ravimi juurdehindlus.

Farmatseutilise hoole teenuseid juurutanud riikidest on näiteks Inglismaal kasutusel süsteem, kus eristatakse rahastamise stiimuleid suurele hulgale erinevatele tegevustele apteegis (fikseeritud retseptitasu, vanade ravimite hävitamine, tervislike eluviiside nõustamine, ressursikulu, töötajate arvul põhinev kulu, IT-kulu). Autorid märgivad, et viimane rahastamisviis võib pakkuda paremaid stiimuleid, et soodustada apteegiteenuse kvaliteedi ja efektiivsuse kasvu. Viimati nimetatud rahastamismudel võib võimaldada ka paremini arvesse võtta erineva taustaga apteekide vajadusi,

näiteks linna- ja maaapteekide eripärasid (mida juurdehindlustel põhinev süsteem praegusel viisil ei võimalda (Kanavos et al 2009).

### Patsientide teadlikkus ja kvaliteedikontroll

Väliskogemus näitab, et seni ei ole patsiendid üheselt aktsepteerinud apteegiteenuse osutaja uut rolli farmatseutilise hoole pakkujana (Twigg *et al*, 2012). Inimesed tunnevad ka muret seoses delikaatsete isikuandmete kasutamise turvalisusega (McMillan *et al*, 2012, Saramunee *et al*, 2012), näidates, et apteegiteenuse arendamisel on oluline roll avalikkuse teadlikkuse tõstmisel. Privaatsuse tagamise vajadust rõhutati ka mitmes läbiviidud intervjuus.

Usalduse tagamise eelduseks on muuhulgas ka kvaliteedikontrolli ja järelevalvetevõime läbimõtlemine ja juurutamine. Pidev ravitulemuste mõõtmine ja raporteerimine on osa kvaliteedijuhtimisprotsessist (Suter *et al*. 2009). Praegu Eestis riiklikult erinevate nõustamistevõime ja lisateenuste kvaliteeti otseselt ei kontrollita. Samas on loodud vabatahtlik kvaliteedijuhtimis, mis annab igale apteekrile võimaluse enda apteegis toimuva hindamiseks ning apteegiteenuse taseme tõstmiseks, soovides suundumusi apteegiteenuse arendamiseks ning tõhustades sellega proviisori eriala eneseregulatsiooni Eestis (Eesti Apteekrite Liit 2012). Ka paljudes teistes riikides (14 Euroopa riigis) eksisteerib hea apteegiteenuse tava, samuti hinnatakse teenuste kvaliteeti (PGEU 2011). Ka Riigikogu Sotsiaalkomisjon on soovitanud välja töötada apteegiteenuse vajaduse ja kvaliteedi hindamise indikaatorid (Maripuu 2013) – indikaatorid saavad hõlmata nii tervisetulemusi kui ka farmatseutilise hoole protsessi (Gesundheit Österreich GmbH 2010).

### Info liikumise vajadus

Info liikumise korraldus ja e-tervise süsteemide (sh digiresept) roll on patsiendile kvaliteetse ja järjepideva ravi võimaldamisel tähtsad. Info vahetamise viis, õigeaegsus ja korrektsus võimaldavad patsienti tervishoiusüsteemis õigesti suunata ning õiges kohas, õigel ajal sobivat abi pakkuda. Samas on oluline leida tasakaal info jagamise ulatuse, aja ja vormi osas. Standardiseeritud ja täpset infoliikumist e-tervise kanalite kaudu saab toetada praegu laialt kasutatav telefonivestlus, kuigi viimane on nii apteekritele, patsientidele kui ka perearstidele oluline ajakulu.

Info sobiva liikumise tagamine on oluline eeldus apteegiteenuse arendamisel, olgu tegemist üldise ravimikasutuse nõustamisega või spetsiifilise haiguse jälgimise teenusega. Info liikumise suurendamine peab aga olema süsteemne ning nii apteekrid kui ka arstid peaksid olema kaasatud info liikumise vajaduste hindamisse ja infostandardite kokkuleppimisse (vt ka ptk 3.2).

Praegu esineb info liikumisega seoses mitmeid probleeme – info liikumine tervishoiusüsteemis ei ole piisav, samuti tuginetakse palju patsiendi poolt vahendatavale infole, mis ei pruugi olla süsteemne. Samas rohkema ravimiinfo (nt varasemalt kasutatud ravimite, ravimiallergiate) kuvamine IT-süsteemide kaudu apteekrile võib võimaldada kvaliteetsema nõustamise läbiviimist. Seejuures tuleks arvestada, et info peaks olema struktureeritud ning sellega tutvumine ei tohiks olla väga aeganõudev. Info mõõtme teema põhjal (vt ptk 3.2) saab kokku võtta võimalikud muudatused seoses info liikumisega apteekri ja tervishoiusüsteemi vahel (vt tabel 4.3).

**Tabel 4.3.** Võimalikud muudatused seoses info liikumisega

Apteecri nähtava info võimalikud tasandid	Kas hetkel kuvatav?	Apteekrile kuvamise võimalikud positiivsed mõjud (intervjuude ja väliskirjanduse põhjal)
Välja ostmata retseptid	Jah	
Välja ostetud retseptid	Ei	Võimaldab vaadata, kas patsient on varem tarvitanud konkreetset ravimit ning milliseid ravimeid ta praegu veel tarvitab ning hinnata nõustamisvajadust. Võimaldab hinnata ravimite võimalikke soovimatuid koostoimeid.
Diagnoos / diagnoosikood	Ei	Võimaldab paremini/teadlikumalt lahendada probleeme retseptiga. Võimaldab hinnata, kas patsient on ravimi esmakasutaja.
Ravimiallergiad	Ei	Võimaldab ennetada soovimatuid allergilisi reaktsioone.
Haiguslugu/konkreetsete haigustega seotud standardiseeritud info	Ei	Võimaldab saada ülevaadet terviseinfost ning patsienti paremini jälgida (nt krooniliste haigustega seotud info).

Allikas: autorite koostatud

### Täiendõppe vajadus

Proviisorite ja farmatseutide täiendõppe ja baasõppe korralduse lühiajaline kohandamine ja pikaajaline läbimõtlemine on üheks integreerituse suurendamise eelduseks. Intervjuudes rõhutati, et apteegiteenuse arendamisel ja täiendamisel (nt lisateenuste pakkumine) on vajalik tagada kvaliteet ning väljaõpe.

Ka väliskirjandus on välja toonud, et arstid peavad vajalikuks lisateenuste puhul proviisorite täiendõpet kliinilise ravi aspektides, kui apteegis töötavad isikud peaksid pakkuma näiteks krooniliste haigete lisateenuseid (Smith *et al.*, 2013). Lisaks farmakoloogilistele teadmistele on toodud välja raviprotsesside (*clinical care*) tundmise olulisust, oskust suhelda patsientidega, teha koostööd teiste valdkondade spetsialistidega ja lahendada raviga seotud probleeme (van Mil *et al.*, 2004).

Eestis läbiviidud uuring on toonud välja ravimite koos ja kõrvaltoimete ennetamise ja avastamise osas vastavate koolituste vajaduse apteekritele ja ka arstidele (Raudsepp *et al.* 2011) – see on oluline arvestades, et mitmete ekspertide hinnangul vajavad ravimite- koos ja kõrvaltoimete tuvastamine suuremat tähelepanu (vt ptk 2.5) ning et tervishoius sageli ka kõrval- ja koostoimete esinemissagedust alahinnatakse (Viktil *et al.* 2007). Kuigi praegu pakutakse vabatahtliku teenusena ravimite kasutamise hindamist, näitas hiljutine uuring (Lenbaum, Laius, Volmer 2013), et vaid väike hulk proviisoritest (14%) on läbinud täienduskoolituse ravimite kasutamise hindamise osas.

### Koostöö

Arengustsenaariumite rakendamist ja samuti eeltoodud teiste eelduste adresseerimist saaksid toetada erinevad apteekrite ja perearstide/esmatasandi koostööd soodustavad organisatoorsed vormid, mis võimaldaksid patsientide loogilist liikumistekonda arsti, õe ja apteegi vahel selgemalt läbi mõelda ning kokku leppida, millises osas panustab patsiendi tervistumisse perearst, pereõde,

teised tervishoiu spetsialistid ja apteeker, samuti kuidas motiveeritakse apteekreid kvaliteetseid teenuseid osutama ning kuidas tagatakse neile õppe käigus piisav ettevalmistus või vajalik täiendõpe.

Koostööd võimaldavate vormide vajalikkust näitas ka käesoleva uuringu raames läbi viidud rühmatöö, kus ühe juhtumi põhiselt arutati apteekrite rolli üle terviklikus raviprotsessis ning kuidas peaks olema korraldatud info liikumine ja patsiendi jälgimine nii, et lõpptulemusena oleks patsiendile tagatud parim elukvaliteet. Sarnase protsessi läbimine erinevate teenuste puhul oleks osalejate hinnangul vajalik, et arutada läbi koostöövorme ja integreerituse parandamise võimalusi. Arvestades intervjuude tulemusi ja väliskogemust erinevatest apteekrite ja teiste süsteemi osapoolte koostöönäidetest (vt ptk 3.4), saab välja tuua järgnevad võimalikud koostöö tasandid.

- **Strateegiline tasand** (apteekide puudutava ravimipoliitika osa kooskõla tervishoiupoliitika arengute ja eesmärkidega).
- **Regulatiivne tasand** (erialade esindusorganisatsioonide vaheline koostöö koos regulatiivse organiga).
- **Õppe tasand** (õppe ja koolitustellimuse eest vastutajad koos erialaorganisatsioonide esindajatega).
- **Haiguspetsiifiline tasand** (nt konkreetse sihtgrupi või terviseprobleemi integreeritud käsitus koos eriarstide, perearstide, apteekrite, ennetustegevuse spetsialistidega).
- **Regionaalne tasand** (ühes piirkonnas või lähestikku paiknevate apteekide ja perearstikeskuste koostöö kohalike patsientide vajaduste osas).

Seega on mitmeid võimalusi paremini integreerida apteekide esmatasandi ja laiemalt tervishoiusüsteemiga. Seejuures on apteegiteenuse pakkumine vahetult seotud info liikumisega, rahastamise korralduse, geograafilise kättesaadavuse, tervishoiutöötajate väljaõppe korralduse ja koostööd soodustava organisatsioonilise korraldusega. Viimaste eesmärgipärane organiseerimine ning kooskõla ravimi- ja tervishoiupoliitika ning esmatasandi arengu trendidega on eelduseks apteekide rolli arendamisele esmatasandi osana.

## 5. Järeldused

Tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse ja elanike tervise kaitse tagamine eeldab läbimõeldud ja selgete eesmärkidega tervishoiupoliitikat. Selle ühe osana on tähtis ka riigi ravimipoliitika, kuivõrd ravimikulud moodustavad enam kui viiendiku tervishoiu kogukuludest. Ravimipoliitikast sõltub see, kui kättesaadavad on ravimid inimestele ning kas ravimeid tarvitatakse mõistlikult. Nende eesmärkide tagamisel on oluline roll apteekidel, mis tagavad ravimitele juurdepääsu ning samuti nõustavad apteekrid (proviisorid ja farmatseudid) patsiente ravimite õige kasutamise osas. Mitmed riigid on apteekreid kaasanud ka muude patsiendi eest hoolitsemise tegevustesse: ennetustegevus, tervisealane nõustamine, ravisoostumuse tagamine, krooniliste haigete jälgimine. Teaduskirjanduses ja teiste riikide praktikas on välja kujunenud nn farmatseutilise hoole kontseptsioon, mille keskmes on patsient ja tema vajadused ning eesmärgiks on patsiendi elukvaliteedi parandamine.

Käesoleva analüüsi eesmärk oli selgitada välja võimalused apteegiteenuse arendamiseks ja paremaks esmatasandiga integreerimiseks. Analüüsiaruandes esitati ravimipoliitika ja apteekide tähtsus tervishoiu jätkusuutlikkuse tagamisel ning apteegiteenuse praegune roll esmatasandil, samuti asjakohane väliskogemus. Analüüsi tulemusena esitati erinevad apteegiteenuse arendamise võimalused näitlike stsenaariumitena ning toodi välja valdkondliku arengu eeldused. Seega pakub käesolev töö analüütilist sisendit valdkondliku poliitikakujundamise protsessi ja diskussiooni. Seejuures ei hõlmanud analüüs kogu esmatasandi korraldust, vaid keskendus peamiselt apteegiteenusele ning vaatles seda laiemas ravimi- ja tervishoiupoliitika ning tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse kontekstis.

Järgnevalt tuuakse kirjanduse, väliskogemuse, intervjuude ning stsenaariumianalüüsi tulemuste sünteesist tulenevad analüüsi järeldused. Järeldused esitatakse teesidena koos selgitustega töö sisuosast.

### **1. Apteegiteenust on võimalik senisest paremini esmatasandi ja tervishoiusüsteemiga integreerida.**

Tänane apteegiteenus Eestis keskendub peamiselt ravimite väljastamisele ning piirdub väljastatavate ravimite alase nõustamistegevusega. Samas on võimalik kaasata apteekreid enam patsiendi tervise eest hoolitsemisse. Apteegiteenuse osutajate rolli on võimalik suurendada ravimite koos- ja kõrvaltoimete ennetamisel, ravisoostumuse tagamisel ning lisateenuste pakkumisel. Praegust apteegiteenust on võimalik arendada ning olemasolevaid tegevusi eesmärgistatumalt ning kvaliteetsemalt pakkuda (nt tagada parem info liikumine ning tegevuste standardiseeritus). Samuti on apteekreid teatud eeldustel (sh piisav koolitus, ravi koordineerituse tagamine, kvaliteedi tagamine) võimalik kaasata elanikkonna tervise eest hoolitsemisse, näiteks tervisealase nõustamistegevuse, krooniliste haigete jälgimise ning muude lisateenuste pakkumise kaudu.

Edukas integreerimine võib suurendada tervishoiusüsteemi finantsilist jätkusuutlikkust ja kuluefektiivsust (säästa kulusid teistes tervishoiuosades, nagu erakorraline meditsiin ja haiglaravi) ning mõjuda positiivselt elanike tervisele, sealhulgas vähendada koos- ja kõrvaltoimetest tulenevaid tervisekahjusid ning suurendada elanikkonna terviseteadlikkust. Vajalikud on täpsemad mõjuhinnangud erinevate apteegiteenuse tegevuste lõikes.

## **2. Apteegiteenuse arendamine ravimite koos- ja kõrvaltoimete ärahoidmisel ning tuvastamisel vajab senisest enam tähelepanu.**

Erinevate uuringute ja valdkonna ekspertide hinnangul eksisteerib vajadus kõrvaltoimete ennetamise ja avastamise tõhustamise järele. Kuivõrd ravimite kasutamine kasvab ja paljud patsiendid kasutavad samaaegselt kahte või rohkem retseptiravimit (24% elanikkonnast – Volmer *et al.* 2012), on neil ka suurem risk kõrval- ja koostoimete tekkeks. Ravimite ebaõige kasutamine ning kõrval- ja koostoimed võivad tekitada kulutusi teistes tervishoiu osades (sh erakorraline meditsiin, haiglaravi).

Koos- ja kõrvaltoimete paremaks vältimiseks ja tuvastamiseks on võimalik parandada koostööd apteekrite ja ülejäänud tervishoiusüsteemi vahel (nt rohkema ravimiinfo edastamine apteekritele, et parandada nõustamise kvaliteeti) või ka koos- ja kõrvaltoimete riske vähendavate teenuste (nt standardiseeritud nõustamine, ravimite individuaalne pakendamine) pakkumine multiprobleemsetele patsientidele, et tagada ravimite ratsionaalne kasutamine.

## **3. Apteegiteenuse rolli on võimalik suurendada ravisoostumuse tagamisel.**

Patsiendi ravisoostumus sõltub patsiendist enda käitumisest, kuid ka sellest, kuidas arst patsiendile ravi aspekte selgitab ning sellest, kuidas apteeker patsienti ravimi väljastamisel nõustab. Hetkel ei ole nõustamistegevuse sisu Eestis detailselt reguleeritud, kuid on välja töötatud apteegi kvaliteedijuhis. Samas on võimalusi nõustamistegevust paremini korraldada ning standardiseerida, et tagada ravimi manustamine vastavalt arsti poolt määratud raviskeemile. Näiteks saab rakendada nõustamist lähtuvalt patsiendi spetsiifilistest vajadustest (nt kindlad riskigrupid) või sõltuvalt sellest, kui kogenud patsient konkreetse ravimi tarvitamisel on (nt mitmendat korda ravimit välja ostetakse). Täiendava patsienti puudutava info nägemine infosüsteemis võib võimaldada apteekril ka paremini otsustada, kui põhjalikult patsienti nõustada.

## **4. Apteekide rolli esmase nõustamise ja suunamise pakkumisel on võimalik täpsustada.**

Kui inimene otsib apteegist abi, siis apteeker peab tema probleemist aru saama ning otsustama, mida talle soovitada ning kuidas teda nõustada või suunata. Apteekri valikud on seejuures pakkuda patsiendile sümptomipõhiselt käsimüügiravimit, muud tervisekaupa, tervisealast nõu, suunata patsient arsti vastuvõtule, soovitada tal helistada perearsti nõuandetelefonile või pöörduda erakorralise meditsiini osakonda. Hetkel puuduvad Eestis standardsed juhendid, kuidas patsienti erinevates olukordades nõustada. Samuti puudub apteegil tagasiside, kas patsient ka tegelikkuses soovitusel arsti juurde pöördus.

## **5. Patsiendi ravimi- ja terviseinfo kasutamine apteegis võib parandada apteegiteenuse kvaliteeti. Apteegi ja perearstimeeskonna vahelist info liikumise süsteemsust on võimalik parandada.**

Apteegi ja raviteenuse osutajate vaheline digitaalne info liikumine puudutab praegu konkreetse patsiendi retseptiga seotud infot. Seega on apteekri jaoks digitaalselt kuvatud vaid patsiendi välja ostmata retseptid ning ravimialasel nõustamisel peab apteeker tuginema patsiendilt saadud infole. Uuringus toodi välja, et patsiendi terviseinfo liikumine ei ole hetkel piisav ning seab piiranguid patsientide kvaliteetseks nõustamiseks ja muudab keerukamaks retseptidega seotud probleemide lahendamise.

Telefonisuhtlus ja e-post on praegu ainukesed kommunikatsioonivõimalused retseptidega seonduvate probleemide lahendamiseks, kuid tegemist on aeganõudva suhtlusvormiga – apteeker ei pruugi arsti kätte saada (telefon kinni või arst ei ole tööl), teisalt arsti jaoks on see täiendav ajakulu. Seega on



võimalik patsiendiga terviseinfo liikumist e-tervise võimalusi kasutades parandada ning standardiseerida, mis võib võimaldada apteekril ka paremini otsustada, kuidas ning kui põhjalikult patsienti nõustada. Samuti on oluline info jagamine perearstimeeskonnaga – näiteks võib apteekripoolne patsiendikülastuse dokumenteerimine perearstile anda täpsema ülevaate nimistu patsientide tervise kohta ning võimalused paremaks ennetustegevuseks.

#### **6. Apteekide rahastamise süsteem ei motiveeri apteeke pakkuma põhjalikku ravimialast nõustamist vastavalt patsiendi vajadusele.**

Apteekide käive sõltub ravimite ja muude apteegikaupade müügist. Ravimite müügist saadav tulu sõltub ravimite juurdehindlusest, kehtestatud on juurdehindluse piirmäärad. Apteegi rahaline motivatsioon sõltub sellest, kui kallist ravimit patsient ostab ega ole seotud patsiendi tegeliku nõustamisvajadusega. Paremaid stiimuleid apteegiteenuse kvaliteedi ja efektiivsuse kasvuks võib pakkuda erinevate apteegiteenuse raames tehtavate tegevuste rahastamise diferentseerimine. Rahastamise diferentseerimine võib võimaldada ka paremini võtta arvesse erineva taustaga apteekide vajadusi, näiteks linna- ja maaapteekide eripärasid.

#### **7. Apteekides pakutavate muude teenuste (tervisealane nõustamine, tervisenäitajate määramine) pakkumist on võimalik korraldada paremas kooskõlas tervishoiusüsteemiga.**

Kui ravimite käitlemise ja ka kõrvaltoimete registreerimise osas on paigas selgemad protseduurid, siis muude apteekides pakutavate teenuste pakkumist ei ole Eestis eraldi reguleeritud. Praktikas pakutakse apteekides lisateenustest ravimite kasutamise hindamist ning terviseriskide hindamist ja/või -jälgimist. Lisaks määratakse apteekides ka erinevaid tervisenäitajaid – vererõhku, veresuhkru taset, üldkolesterooli taset, kehamassiindeksit (Lenbaum, Laius, Volmer 2013). Nimetatud teenuste pakkumine toimub olemasolevast tervishoiusüsteemist isoleeritult (pole teada kellele ning kui palju seda tehakse), samuti ei saa pakutud teenuste kohta infot perearst ega pereõde.

Õiguslikult ei ole määratletud, kas ja kui palju peaks apteekides pakutama muid teenuseid, samuti pole reguleeritud praktikas pakutavate teenuste kvaliteeti. Samas on loodud apteegivaldkonna osapoolte koostöös kvaliteedijuhis, mille eesmärgiks on sõnastada kaasaegse apteegiteenuse põhimõtted ehk kvaliteetse apteegiteenuse erinevad aspektid ning määratleda selged kriteeriumid apteegiteenuse kvaliteedi hindamiseks.

#### **8. Apteegiteenuse arendamine ja kaasajastamine eeldab apteegivaldkonna süsteemsete probleemide adresseerimist (tööjõupuudus, ressursipuudus, maa-apteekide toimetulekuprobleemid).**

Kuigi eksisteerib võimalusi apteegiteenuse arendamiseks ning apteekide rolli suurendamiseks tervishoiusüsteemis, on mitmeid süsteemseid probleeme, mis seda piiravad. Varasemad uuringud on toonud apteegivaldkonna probleemidena välja tööjõupuuduse ning alarahastatuse (PwC 2013, Faktum & Ariko 2012), suurimad toimetulekuprobleemid on maa-apteekidel (Kanavos 2009, Maripuu 2013). Kuivõrd apteekide käive sõltub suures osas väljakirjutatud retseptidest (62% käibest moodustavad retseptiravimid), võib piirkonnas paikneva perearstipraksise või muu tervishoiuasutuse olemasolu või selle kadumine mõjutada oluliselt apteegi jätkusuutlikkust. Apteegiteenuse arendamisel on oluline pikaajalistele vajadusele vastav ning tervishoiu osapooltega koostöös planeeritud proviisorite ja farmatseutide väljaõpe, et tagada apteekidele ühtlane ja piisav tööjõu kättesaadavus.

## **9. Valdkondlikku arengut toetaks senisest parem info ja statistika, samuti uuringud ning mõju hindamine.**

Praegu puudub statistika apteegikülastuste arvu ning külastuste põhjuste kohta. Samuti puudub statistika apteekides pakutavate lisateenuste kohta – kui palju neid kasutatakse ning mis on nende mõju patsientidele. Puudub info, kui palju apteekrid ravimitega seotud küsimuste osas perearstide ja pereõdedega suhtlevad (telefoni ja e-posti vahendusel) ning kui suure osa see nende tööst moodustab. Eestis on ka vähe uuritud ravimite koos- ja kõrvaltoimetega seotud kahjusid elanikkonnale ning kui palju koos- ja kõrvaltoimeid on võimalik vältida. Digiresepti kui suhtluskanali ning internetiapteegi mõju on samuti vähe hinnatud.

Aptegiteenuse rolli suurendamisel on vajalik põhjalik mõjude eel-, vahe- ja järelhindamine, et kaardistada konkreetsete teenusega seotud potentsiaalsed positiivsed mõjud ja võimalikud riskid.

## **10. Apteegiteenuse integreerimisel esmatasandiga peab lähtuma patsiendi vajadusest ning arvestama patsiendi liikumistekonda tervishoiusüsteemis.**

Apteeke on võimalik enam kaasata elanike tervise eest hoolitsemisse, kuid seejuures tuleb arvestada esmatasandi kui terviku korraldust. Patsiendikesksust saab toetada selge ülesannete jaotus ning info vahendamine tervishoiu osapoolte vahel. Oluline on patsiendi loogiline liikumine tervishoiusüsteemis ning lisateenuste pakkumine ei tohiks ohtu seada ravi järjepidevust ega patsienti segadusse ajada. Patsiendile kui teenusesaajale peab olema selgelt arusaadav, kust ja millist abi ta saab, kuhu ta peaks konkreetsetel juhtudel pöörduma ehk raviprotsess peab olema põhjalikult kogu tervishoiusüsteemis koordineeritud ning arvestama patsiendi vajadusi ning perearsti, pereõe ja teiste tervishoiu osapoolte rolli.

Arenguid saavad toetada erinevad osapooltevahelised (sh apteekrite, perearstide ja pereõdede) koostööd soodustavad organisatoorsed vormid, mis võimaldaksid aptegiteenuse arendamist patsiendikeskselt ning kooskõlas kogu ravimi- ja tervishoiupoliitikaga.

## Kasutatud kirjandus

1. Alexopoulou, Alexandra, Spyros P Dourakis, Demosthenes Mantzoukis, Thomas Pitsariotis, Anna Kandyli, Melanie Deutsch, Athanasios J Archimandritis. 2008. Adverse Drug Reactions as a Cause of Hospital Admissions: A 6-Month Experience in a Single Center in Greece. *European Journal of Internal Medicine* 19 (7) (November): 505–510.
2. Analüüs soodusravimite hindade muutusest 2004-2011. a. 2012 a.  
[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Analüüs\\_soodusravimitehinnad\\_2004-2011.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Analüüs_soodusravimitehinnad_2004-2011.pdf).
3. Apotek. 2013. Apoteket Farmaci.  
<http://www.apoteketfarmaci.se/Tjanster/Service.aspx?UniqueId=fd2797c6-ad02-4c43-b2c0-34718a7ced3b>.
4. Apotheek in NL. 2009. Apotheek.nl - Thema's - Farmacotherapeutisch Overleg.  
[http://www.apotheek.nl/Thema\\_s/Thema\\_s/Farmacotherapeutisch\\_overleg.aspx?mId=10702&rd=65#](http://www.apotheek.nl/Thema_s/Thema_s/Farmacotherapeutisch_overleg.aspx?mId=10702&rd=65#).
5. Apteekkariliitto. 2012. The Association of Finnish Pharmacies 2012.  
[http://www.apteekkariliitto.fi/media/pdf/afp\\_annual\\_review\\_2012\\_web.pdf](http://www.apteekkariliitto.fi/media/pdf/afp_annual_review_2012_web.pdf).
6. Armitage, Gail D., Esther Suter, Nelly D. Oelke, Carol E. Adair. 2009. Health Systems Integration: State of the Evidence. *International Journal of Integrated Care* 9 (June 17).  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707589/>.
7. Bakker, D, P Groenewegen. 2009. Primary Care in the Netherlands: Current Situation and Trends. 6 (2).
8. Black, Ashly D., Josip Car, Claudia Pagliari, Chantelle Anandan, Kathrin Cresswell, Tomislav Bokun, Brian McKinstry, Rob Procter, Azeem Majeed, and Aziz Sheikh. 2011. The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. *PLoS Med* 8 (1) (January 18).
9. Bouvy Marcel, Ruud Dessing, and Fon Duchateau. 2011. Position on Pharmacy, Pharmacists and Pharmacy Practice. White Paper on Pharmacy in the Netherlands. Royal Dutch Pharmacists Association.
10. Brown, David, Jane Portlock, and Paul Rutter. 2012. Review of Services Provided by Pharmacies That Promote Healthy Living. *International Journal of Clinical Pharmacy* 34 (3) (June): 399–409.
11. Buttigieg, Francesca. 2009. The European Court of Justice on the Liberalisation of Community Pharmacy Services. *Journal of the Malta College of Pharmacy Practice* (15).  
<http://www.mcppnet.org/publications/ISSUE15-8.pdf>.
12. Böttiger, Ylva, Kari Laine, Marine L Andersson, Tuomas Korhonen, Björn Molin, Marie-Louise Ovesjö, Tuire Tirkkonen, Anders Rane, Lars L Gustafsson, and Birgit Eiermann. 2009. SFINX-a Drug-Drug Interaction Database Designed for Clinical Decision Support Systems. *European Journal of Clinical Pharmacology* 65 (6) (June): 627–633.
13. Classen, D C, S L Pestotnik, R S Evans, J F Lloyd, and J P Burke. 1997. Adverse Drug Events in Hospitalized Patients. Excess Length of Stay, Extra Costs, and Attributable Mortality. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 277 (4) (January 22): 301–306.
14. Die Österreichische Apotheke in Zahlen. 2009. Die Österreichische Apotheke in Zahlen The Austrian Pharmacy - Facts and Figures.
15. Eesti Apteekrite Liit. 2012. Apteegiteenuse kvaliteedijuhis.  
<http://www.apteekriteliiit.ee/failid/Kvaliteedijuhis.pdf>.
16. Eesti haiglavõrgu arengukava. 2002. Sotsiaalministeerium.  
[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/HVA2002\\_1\\_.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/HVA2002_1_.pdf)
17. EMOR. 2012. Kodanike rahulolu riigi poolt pakutavate avalike e-teenustega.  
[http://www.mkm.ee/public/Kodanike\\_rahulolu\\_riigi\\_poolt\\_pakutavate\\_avalike\\_e-teenustega\\_2012\\_EMOR.pdf](http://www.mkm.ee/public/Kodanike_rahulolu_riigi_poolt_pakutavate_avalike_e-teenustega_2012_EMOR.pdf).
18. Eslami, Saeid, Ameen Abu-Hanna, and Nicolette F. de Keizer. 2007. Evaluation of Outpatient Computerized Physician Medication Order Entry Systems: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Informatics Association* 14 (4) (July 1): 400–406.

19. Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009 – 2015. 2009. Sotsiaalministeerium. Tallinn.
20. Faktum & Ariko. 2012. Apteekide tööjõuvajaduse uuring.
21. Gesundheit Österreich GmbH. 2010. Understanding the Pharmaceutical Care Concept and Applying It in Practice.
22. Grymonpre, Ruby E., Dawn A. Williamson, and Patrick R. Montgomery. 2001. Impact of a Pharmaceutical Care Model for Non-Institutionalised Elderly: Results of a Randomised, Controlled Trial. *International Journal of Pharmacy Practice* 9 (4): 235–241.
23. Gurwitz, J H, T S Field, J Avorn, D McCormick, S Jain, M Eckler, M Benser, A C Edmondson, and D W Bates. 2000. Incidence and Preventability of Adverse Drug Events in Nursing Homes. *The American Journal of Medicine* 109 (2) (August 1): 87–94.
24. Haggerty, Jeannie L., Robert J. Reid, George K. Freeman, Barbara H. Starfield, Carol E. Adair, and Rachael McKendry. 2003. Continuity of Care: A Multidisciplinary Review. *BMJ* 327 (7425) (November 22): 1219–1221.
25. Haigekassa. Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2012. 2013a. [http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/EHK\\_aastaraamat2012\\_est.pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/EHK_aastaraamat2012_est.pdf).
26. Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2012. Sotsiaalministeerium, Haigekassa. 2013b. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Uuringud\\_ja\\_analuusid/Elanike\\_hinnangud\\_tervisele\\_ja\\_arstiabile\\_2012\\_aruanne\\_GfK.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Uuringud_ja_analuusid/Elanike_hinnangud_tervisele_ja_arstiabile_2012_aruanne_GfK.pdf).
27. Haigekassa lepingupartnerite rahulolu: uuringu raport 2012. 2013c. TNS EMOR. [http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/HK\\_partnerite\\_uuringu\\_raport\\_21\\_02\\_2012.pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/HK_partnerite_uuringu_raport_21_02_2012.pdf).
28. Hea tahte koostöökokkulepe. 2012b. <http://www.sm.ee/aktuaalne/hea-tahte-koostookkulepe.html>.
29. Hepler, C D, and L M Strand. 1990. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. *American Journal of Hospital Pharmacy* 47 (3) (March): 533–543.
30. HM Government. 2008. Pharmacy in England Building on Strengths – Delivering the Future. <http://www.official-documents.gov.uk/document/cm73/7341/7341.pdf>.
31. Irs, Alar. 2013. Alar Irs: ravimite koostoimeid esineb ka Eestis. *Med24*, October 25. [http://www.med24.ee/uudised/farmaatsia/article\\_id-30928](http://www.med24.ee/uudised/farmaatsia/article_id-30928).
32. Joint FIP/WHO Guidelines on Good Pharmacy Service, WHO Technical Report, No 961, 2011 Annex 8 <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18676en/s18676en.pdf>
33. Kägu, Mart. 2009. Ravimite vaba hinnakujunduse riiklik piiramine. *Juridica*.
34. Kalvet, Tarmo, Marek Tiits, and Hille Hinsberg. 2013. E-teenuste kasutamise tulemuslikkus ja mõju. Balti Uuringute Instituut, Poliitikauuringute Keskus Praxis. <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/5580/1/Kalvet2013.pdf>.
35. Kanavos, Panos, Sotiri Vandoros, Jarno Habicht, and Kees de Joncheere. 2009. Review of the Estonian Pharmaceutical Sector: Towards the Development of a National Medicines Policy. World Health Organization. <http://ee.euro.who.int/E93049.pdf>.
36. Kiiwet, Raul-Allan. 2008. Retseptiravimite kasutamine ja iseravimine Eesti elanike poolt. *Eesti Arst* 88: 92–96.
37. Kõlves, Keili, Daisy Volmer, and Kairi Kõlves. 2010. Ravimite kõrvaltoimete avastamise ja teatamise analüüs Lõuna-Eesti apteekrite hoiakute ning arvamuste põhjal (*Eesti Arst* 2010; 89(6):400–408). <http://www.eestiarst.ee/static/files/001/ea1006lk400-408.pdf>.
38. Kongkaew, Chuenjid, Peter R Noyce, and Darren M Ashcroft. 2008. Hospital Admissions Associated with Adverse Drug Reactions: A Systematic Review of Prospective Observational Studies. *The Annals of Pharmacotherapy* 42 (7) (July): 1017–1025.
39. Krska, Janet, John A. Cromarty, Fiona Arris, Debbie Jamieson, Denise Hansford, Peter R. S. Duffus, George Downie, and D. Gwyn Seymour. 2001. Pharmacist-led Medication Review in Patients over 65: A Randomized, Controlled Trial in Primary Care. *Age and Ageing* 30 (3) (May 1): 205–211.
40. Kruus, Priit. Developing an Evaluation Framework for the Country-Wide Electronic Prescribing System in Estonia. 2013. Tallinna Tehnikaülikool.

41. Kruus, Priit. 2009. Poliitika mõjude analüüs Eesti ravimituru juurdehindluse regulatsioonide näitel. Tartu Ülikool.
42. Kruus, Priit, Riina Sikkut, and Ain Aaviksoo. 2012. Uute ravimite soodusnimekirja lisamise protsess ravimi- ja tervishoiupoliitika kontekstis. Uuring/analüüs. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/5394>.
43. Laidmäe, Erki. 2013. Patsiendi omaosalus soodusravimite ostmisel ja selle vähendamisele suunatud abinõud 92 (1): 34–38.
44. Lass, Jana. 2013. Jana Lass: Kõrvaltoimete tekke risk suureneb koos tarvitavate ravimite arvuga. Med24, October 25. [http://www.med24.ee/uudised/farmaatsia/article\\_id-30930](http://www.med24.ee/uudised/farmaatsia/article_id-30930).
45. Lass, Jana, Alar Irs, Heti Pisarev, Triin Leinemann, and Irja Lutsar. 2011. Off Label Use of Prescription Medicines in Children in Outpatient Setting in Estonia Is Common. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 20 (5) (May): 474–481.
46. Lee, Jeannie K, Karen A Grace, and Allen J Taylor. 2006. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol: A Randomized Controlled Trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 296 (21) (December 6): 2563–2571.
47. Lenbaum, K, O Laius, and D Volmer. 2013. Apteegiteenuse kvaliteedijuhise abil hinnatakse apteegipraktika hetkeseisu Eestis. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna aastapäeva teaduskonverents 2013, 35–35. 92 2.
48. Lluch, Maria, and Panos Kanavos. 2010. Impact of Regulation of Community Pharmacies on Efficiency, Access and Equity. Evidence from the UK and Spain. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)* 95 (2-3) (May): 245–254. doi:10.1016/j.healthpol.2009.11.002.
49. Maripuu, Maret. 2013. Kvaliteetse ja jätkusuutliku apteegiteenuse kättesaadavuse tagamisest lähtuvalt õiguskantsleri ettepanekust nr 20 üldapteegi tegevusloa väljaandmise ja muutmise piirangu kohta. Sotsiaalkomisjon.  
[https://www.google.ee/search?q=esmatasandi+ja+apteegi+integreerimine&ie=utf-8&oe=utf-8&rls=org.mozilla:en-US:official&client=firefox-a&source=hp&channel=np&gws\\_rd=cr&ei=oxc4UpydNIm44ATliHwBw](https://www.google.ee/search?q=esmatasandi+ja+apteegi+integreerimine&ie=utf-8&oe=utf-8&rls=org.mozilla:en-US:official&client=firefox-a&source=hp&channel=np&gws_rd=cr&ei=oxc4UpydNIm44ATliHwBw).
50. Martinson, Katrin. 2013. Katrin Martinson: Koostoimete teade peaks ideaalis tulema automaatselt retsepti kirjutades. Med24, October 22. [http://www.med24.ee/uudised/peremeditsiin/article\\_id-30931](http://www.med24.ee/uudised/peremeditsiin/article_id-30931).
51. McMillan, S S., A J Wheeler, A Sav, M A King, J A Whitty, E Kendall, and F Kelly. 2012. Community Pharmacy in Australia: A Health Hub Destination of the Future. *Research in Social & Administrative Pharmacy* 61.
52. McMullin, S. Troy, Thomas P. Lonergan, Charles S. Rynearson, Thomas D. Doerr, Paul A. Veregge, and Edward S. Scanlan. 2004. Impact of an Evidence-Based Computerized Decision Support System on Primary Care Prescription Costs. *The Annals of Family Medicine* 2 (5) (September 1): 494–498.
53. Minutikliniken. 2013. Hemsida | Laastari Minutikliniken. <http://minutkliniken.se/>.
54. Montgomery, A. T., S. Källemark Sporrang, M. P. Tully, and Å. Kettis Lindblad. 2008. Follow-up of Patients Receiving a Pharmaceutical Care Service in Sweden. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 33 (6): 653–662.
55. Morgan, S. C., and C. Cunningham. 2011. Population Ageing and the Determinants of Healthcare Expenditures: The Case of Hospital, Medical and Pharmaceutical Care in British Columbia, 1996 to 2006. *Healthcare Policy* 7 (1): 68–79.
56. Mossialos, E, H Naci, and E Courtin. 2013. Expanding the Role of Community Pharmacists: Policymaking in the Absence of Policy-Relevant Evidence? *Health Policy* 111 (2): 135–148.
57. Moullin, J C., D. Sabater-Hernández, F. Fernandez-Llimos, and S I. Benrimoj. 2013. Defining Professional Pharmacy Services in Community Pharmacy. *Research in Social & Administrative Pharmacy*: 1–7.

58. NHS Employers. 2011. Introduction of the New Medicine Service. Impact Assessment. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/215423/dh\\_130231.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215423/dh_130231.pdf)
59. NHS. 2013. Pharmacy Services Explained - The NHS in England - NHS Choices. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/pharmacists/Pages/pharmacistsandchemists.aspx>.
60. Nylor, C, C Imison, R Addicott, D Buck, N Goodwin, T Harrison, S Ross, L Sonola, Y Tian, and N Curry. 2013. Transforming Our Health Care System. TheKing'sFund.
61. OECD. 2013. OECD Statistics. <http://stats.oecd.org/>.
62. O'Neal, K S, and K M Crosby. 2013. Patients' Perceptions of a Pharmacist-Managed Weight Management Clinic in a Community Setting. *Research in Social & Administrative Pharmacy* 9 (1): 129–136.
63. Paat, G, A Aaviksoo, and T Lai. 2008. Perearstipraksiste funktsionaalsed korraldusmudelid Tallinnas ja Harjumaal. Uuring/analüüs. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/1147>.
64. Patientregistret. 2013. <http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret>.
65. PGEU. 2011. 24 Hours in the Pharmacy. PGEU - Annual Report 2011. <http://www.pgeu.eu/library/119-annual-report-2011.html>.
66. Pirmohamed, Munir, Sally James, Shaun Meakin, Chris Green, Andrew K. Scott, Thomas J. Walley, Keith Farrar, B. Kevin Park, and Alasdair M. Breckenridge. 2004. Adverse Drug Reactions as Cause of Admission to Hospital: Prospective Analysis of 18 820 Patients. *BMJ* 329 (7456) (July 3): 15–19.
67. Praxis. 2011. Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutliku rahastamise võimalused. Sihtasutus Poliitikauringute Keskus Praxis. [http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti\\_tervishoiu\\_rahastamise\\_jatkusuutlikkus/Eesti\\_sotsiaalkindlustussusteemi\\_jaetkusuutliku\\_rahastamise\\_voimalused\\_taeisversioon.pdf](http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti_tervishoiu_rahastamise_jatkusuutlikkus/Eesti_sotsiaalkindlustussusteemi_jaetkusuutliku_rahastamise_voimalused_taeisversioon.pdf).
68. Pronk, M, L Blom, R Jonkers, and A Bakker. 2002. Community Pharmacy and Patient-Oriented Activities: The Dutch Case. *Patient Education and Counseling* 46 (1): 39–45.
69. PSNC. 2013. PSNC Main Site. PSNC Main Site. <http://psnc.org.uk>.
70. PwC. 2013. Apteekide asutamispriirangute kaotamise mõju uuring. AS PricewaterhouseCoopers Advisors.
71. PwC. 2012. Eesti Apteekide finantsseisundi analüüs. AS PricewaterhouseCoopers Advisors.
72. Raudsepp, Diana, Jana Lass, Marika Saar, Liis Kuld, and Alar Irs. 2011. Ravimite kõrval- või koostoimed erakorralise meditsiini osakonda pöördumise põhjusena – prospektiivne vaatlusuuring (Eesti Arst 2011; 90(3):122–128). <http://www.eestiarst.ee/static/files/049/ea1103lk122-128.pdf>.
73. Ravimiamet. 2009. Ülevaade Eesti apteekide tegevusest 2009. <http://sam.ee/apteegistatistikapdf>.
74. Ravimiamet. Ülevaade Eesti apteekide tegevusest 2010. 2010. <http://www.sam.ee/sites/default/files/Apteegistatistika%202010.pdf>.
75. Ravimiameti statistika aastaraamat. 2012a. [http://www.ravimiamet.ee/sites/default/files/documents/publications/statistika\\_aastaraamat\\_2012/statistika\\_aastaraamat\\_2012.html#/0](http://www.ravimiamet.ee/sites/default/files/documents/publications/statistika_aastaraamat_2012/statistika_aastaraamat_2012.html#/0).
76. Ravimiamet. Ülevaade apteekide tegevusest 2012. 2012b. <http://www.sam.ee/sites/default/files/Ylevaade%20apteekide%20tegevusest%202012.pdf>.
77. Ravimiamet. Ravimiameti järelevalvetegevused 2013. a I poolaastal. 2013a. <http://www.ravimiamet.ee/ravimiameti-j%C3%A4relevalvetegevused-2013-i-poolaastal>.
78. Ravimiamet. Ülevaade apteekide tegevusest 2013. 2013b. <http://www.sam.ee/sites/default/files/Ylevaade%20apteekide%20tegevusest%202012.pdf>.
79. Regeringkansliet. 2013. Hälso- Och Sjukvård I Sverige. <http://www.regeringen.se/sb/d/14832>.
80. Riigi Teataja\_b. 2008. Retseptikeskuse asutamine ja retseptikeskuse pidamise põhimäärus. <https://www.riigiteataja.ee/akt/124042013002>.
81. Riigi Teataja\_c. 2005. Ravimite hulgi- ja jaemüügi juurdehindluse piirmäärad ning nende rakendamise kord. <https://www.riigiteataja.ee/akt/13353363>.
82. Riigi Teataja\_d. 2013. Ravimiseadus. <https://www.riigiteataja.ee/akt/117042013006?leiaKehtiv>.

83. Riigi Teataja\_e. 2013. Ravimite väljakirjutamise ja apteekidest väljastamise tingimused ja kord ning retsepti vorm. <https://www.riigiteataja.ee/akt/110052013009>.
84. Riigi Teataja\_j. 2010. Tervise infosüsteemi põhimäärus. Riigi Teataja\_j. <https://www.riigiteataja.ee/akt/13251011?leiaKehtiv>.
85. Riigi Teataja\_p. 2013. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded – Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/106112012009?leiaKehtiv>.
86. Riigikontroll. 2011. Perearstiabi korraldus. Kas süsteem täidab sellele pandud ülesandeid? Uuring/analüüs. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4741>.
87. Riigikontroll, III. 2012. Ravimite hüvitamise korraldus.
88. Roberts, Marc, William Hsiao, Peter Berman, and Michael Reich. 2008. Getting Health Reform Right. Oxford University Press. <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195371505.001.0001/acprof-9780195371505>.
89. Ruths, S, J Straand, and H A Nygaard. 2003. Multidisciplinary Medication Review in Nursing Home Residents: What Are the Most Significant Drug-Related Problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) Study. *Quality & Safety in Health Care* 12 (3) (June): 176–180.
90. Samm, Tiina. 2006. Proviisorite ja farmatseutide hoiakud käsimüügiravimite valikul ja nõustamisel apteegikülastajate Tartu näitel. Tartu Ülikool. <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/821/1/Samm2006.pdf>.
91. Saramunee, Kritsanee, Janet Krska, Adam Mackridge, Jacqueline Richards, Siritree Suttajit, and Penelope Phillips-Howard. 2012. How to Enhance Public Health Service Utilization in Community Pharmacy?: General Public and Health Providers' Perspectives. *Research in Social & Administrative Pharmacy: RSAP* (October 19). doi:10.1016/j.sapharm.2012.05.006.
92. Schäfer, Willemijn, Madelon Kroneman, Wienke Boerma, Michael van den Berg, Gert Westert, Walter Devillé, and Ewout van Ginneken. 2010. The Netherlands: Health System Review. *Health Systems in Transition* 12 (1): v–xxvii, 1–228.
93. Smith, M, M L Cannon-Breland, and S Spiggle. 2013. Consumer, Physician, and Payer Perspectives on Primary Care Medication Management Services with a Shared Resource Pharmacists Network. *Research in Social & Administrative Pharmacy*.
94. Smithburger, Pamela L, Mitchell S Buckley, Sharon Bejian, Katie Burenheide, and Sandra L Kane- Gill. 2011. A Critical Evaluation of Clinical Decision Support for the Detection of Drug-Drug Interactions. *Expert Opinion on Drug Safety* 10 (6) (November): 871–882.
95. Socialstyrelsen. 2013. Patientregistret. <http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret>.
96. Søndergaard, Birthe, Jens Gundgaard, Jan Sørensen, and Ebba Holme Hansen. 2006. Dose-Dispensed Medicine and Associated Costs of Medicine and Health Care. The Danish University of Pharmaceutical Sciences.
97. Sotsiaalministeerium. 2008. Rahvastiku tervise arengukava. Poliitikadokument. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/123>.
98. Startsidea. 2013. Apotekens Service. <http://www.apotekensservice.se/>.
99. Suter, Esther, Nelly D. Oelke, Carol E. Adair, and Gail D. Armitage. 2009. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthcare Quarterly* (Toronto, Ont.) 13 (Spec No) (October): 16–23.
100. Sveriges Apoteksforening. 2012. Branschrapporter - Sveriges Apoteksforening. <http://www.sverigesapoteksforening.se/apoteksbranchen/branschrapporter/>.
101. TAI (Tervise Arengu Instituut). 2013. Tervisestatistika ja -uuringute andmebaas | TAI. <http://www.tai.ee/et/terviseandmed/tervisestatistika-ja-uuringute-andmebaas>.
102. tallinn.ee. 2013. Apteek > Tallinn. <http://www.tallinn.ee/est/apteek>.
103. tartu.ee. 2013. Tere tulemast Tartusse! [http://www.tartu.ee/?lang\\_id=1&menu\\_id=34&page\\_id=2960](http://www.tartu.ee/?lang_id=1&menu_id=34&page_id=2960).

104. Thomson, Sarah, Triin Habicht, Liis Rooväli, T Evetovits, and Jarno Habicht. 2011. Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks: üks aasta hiljem. Uuring/analüüs. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4521>.
105. Thomson, Sarah, Andres Võrk, Triin Habicht, Liis Rooväli, Tamas Evetovits, and Jarno Habicht. 2010. Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Eesti Haigekassa.
106. TTK. 2013. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. Õppekulude hüvitamise tingimused. <http://www.ttk.ee/oppimine/oppekorraldus/oppekulude-huvitamise/>.
107. TÜ. 2013. Tartu Ülikool Arstiteaduskond. <http://www.med.ut.ee/>.
108. Twigg, M J, F Poland, D Bhattacharya, J A Desborough, and D J Wright. 2012. The Current and Future Roles of Community Pharmacists: Views and Experiences of Patients with Type 2 Diabetes. *Research in Social & Administrative Pharmacy* 44.
109. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Achtzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission 2008/2009. Drucksache 17/2600. Stellungnahme der Bundesregierung. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/043/1704305.pdf>
110. Van Mil, J W F, and M Schulz. 2006. A Review of Pharmaceutical Care in Community Pharmacy in Europe. *Harvard Health Policy Review* 7 (1): 155–168.
111. Van Mil, J W, M Schulz, and T F Tromp. 2004. Pharmaceutical Care, European Developments in Concepts, Implementation, Teaching, and Research: A Review. *Pharmacy World & Science* 26 (6): 303–311.
112. Viigimaa, Margus. 2013. Margus Viigimaa: ravimite koostoitmete andmebaas on ülimalt vajalik. *Med24*, October 22. [http://www.med24.ee/uudised/kardioloogia/article\\_id-30932](http://www.med24.ee/uudised/kardioloogia/article_id-30932).
113. Viktil, Kirsten K, Hege S Blix, Tron A Moger, and Aasmund Reikvam. 2007. Polypharmacy as Commonly Defined Is an Indicator of Limited Value in the Assessment of Drug-Related Problems. *British Journal of Clinical Pharmacology* 63 (2) (February): 187–195.
114. Villako, Peeter, Daisy Volmer, and Ain Raal. 2012. Factors Influencing Purchase of and Counselling about Prescription and OTC Medicines at Community Pharmacies in Tallinn, Estonia. *Acta Poloniae Pharmaceutica* 69 (2) (April): 335–340.
115. Vogler, Sabine, Danielle Arts, and Katharina Sandberger. 2012. Impact of Pharmacy Deregulation and Regulation in European Countries. *Gesundheit Österre ich GmbH*. [http://irishpatients.ie/news/wp-content/uploads/2012/05/GOeG\\_FP\\_PharmacyRegulationDeregulation\\_Summary\\_March2012-1.pdf](http://irishpatients.ie/news/wp-content/uploads/2012/05/GOeG_FP_PharmacyRegulationDeregulation_Summary_March2012-1.pdf).
116. Vogler, Sabine, Claudia Hahl, Christine Leopold, Ingrid Rosian-Schikuta, Kees de Joncheere, and Trine Lyager Thomsen. 2008. PPRI Report. Commissioned by European Commission, Directorate-General Health and Consumer Protection and Austrian Federal Ministry of Health, Family and Youth. [http://ppri.oebig.at/Downloads/Publications/PPRI\\_Report\\_final.pdf](http://ppri.oebig.at/Downloads/Publications/PPRI_Report_final.pdf).
117. Volmer, D, J S Bell, R Janno, A Raal, D D Hamilton, and M S Airaksinen. 2009. Change in Public Satisfaction with Community Pharmacy Services in Tartu, Estonia, between 1993 and 2005. *Research in Social & Administrative Pharmacy* 5 (4): 337–346.
118. Volmer, D, L Smirnova, E Henrikson, and R-A Kiivet. 2012. Eesti inimeste retseptiravimite kasutamise seosed tervise enesehinnangu ja krooniliste haiguste esinemisega 1996. ja 2006. aasta Eesti Terviseuuringu andmetel. *Eesti Arst* 91 (6): 286–293.
119. Volmer, Daisy, John Lilja, and David Hamilton. 2007. How Well Informed Are Pharmacy Customers in Estonia about Minor Illnesses and over-the-Counter Medicines. *Medicina (Kaunas, Lithuania)* 43 (1): 70–78.
120. Võrk, Andres, Jarno Habicht, Ke Xu, and Joseph Kutzin. 2010. Income-Related Inequality in Health Care Financing and Utilization in Estonia since 2000. *Health Financing Policy Paper*. [http://ee.euro.who.int/E94130\\_\\_HFPP\\_EST\\_2010-3\\_.pdf](http://ee.euro.who.int/E94130__HFPP_EST_2010-3_.pdf).
121. Võrk, Andres, Maris Jesse, Indrek Roostalu, and Tarmo Jüristo. 2005. Eesti tervishoiu rahastamissüsteemi jätkusuutlikkuse analüüs. Sihtasutus Poliitikauuringute Keskus Praxis. [http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti\\_tervishoiu\\_rahastamise\\_jatkusuutlikkus/PRAXIS2005\\_THrahastamine\\_loppdokfinal0.pdf](http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti_tervishoiu_rahastamise_jatkusuutlikkus/PRAXIS2005_THrahastamine_loppdokfinal0.pdf).



122. Värk, Sandra. 2012. Ravimite paralleelkaubandus - kas võimalus ravimihindade alandamiseks? Tartu Ülikool.
123. Wanless, Derek, and Health Trends Review team at HM Treasury. 2002. Securing Our Future Health: Taking a Long-Term View. <http://si.easp.es/derechosciudadania/wp-content/uploads/2009/10/4.informe-wanless.pdf>.
124. Westerling, Anna M., Veikko Haikala, and Marja Airaksinen. 2011. The Role of Information Technology in the Development of Community Pharmacy Services: Visions and Strategic Views of International Experts. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 7 (4) (December): 430–437.
125. Westerlund, Tommy, and B Marklund. 2009. Assessment of the Clinical and Economic Outcomes of Pharmacy Interventions in Drug-Related Problems. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 34 (3) (June): 319–327.
126. Wiedenmayer, Karin, Rob S. Summers, Clare A. Mackie, Andries G. S. Gous, Marthe Everard, Dick Tromp, World Health Organization, and International Pharmaceutical Federation. 2006. *Developing Pharmacy Practice : A Focus on Patient Care : Handbook / Karin Wiedenmayer [et Al.]*. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/69399>.
127. Wong, Kevin, Savio K H Yu, and Anne Holbrook. 2010. A Systematic Review of Medication Safety Outcomes Related to Drug Interaction Software. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology = Journal de La Thérapeutique Des Populations et de La Pharamcologie Clinique* 17 (2): e243–255.

# Lisa 1. Intervjuu kava

## Kaasaegse apteegiteenuse roll esmatasandi tervishoiu osana

### Poolstruktureeritud intervjuu kava

*Intervjuu orienteeruv pikkus: 1 tund*

*Intervjueeritavad: olulised apteegivõrgu ja esmatasandi osapooled (kokku 10 inimest)*

*Intervjueerijad: Priit Kruus ja Gerli Paat-Ahi*

*Intervjueerimise periood: august - september 2013*

### Taust ja korralduslikud teemad

Intervjuu käigus selgitatakse välja osapoolte hinnangud apteegivõrgu ja esmatasandi integreerimise võimaluste ja mõjude kohta.

Intervjuude käigus kogutud infot kasutatakse **anonümiseeritult**. Tsitaate (samuti mitte isikustatult ehk ilma viiteta organisatsioonile või isiku nimele) võidakse kasutada uuringuaruande tekstis illustreerivate näidetena. Intervjuu salvestamiseks kasutatakse **diktofoni**.

### Intervjuu kava

#### Probleemid ja apteekrite roll

Mis on teie arvates **apteegivaldkonna** (laiemalt ravimipoliitika?) kõige suuremad **probleemid**? (nimetage 3-5)

Mis on **esmatasandi** kõige suuremad **probleemid**? (nimetage 3)

Kuidas on kujunenud praegune **apteekrite roll** tervishoiusüsteemis?

**Kas** apteekide suurem integreerimine esmatasandisse (kaasamine raviotsessi) **võiks olla üks lahendus** nimetatud probleemide lahendamisele?

**Välisriikide** kogemus. Kas oskate tuua näiteid välisriikidest?

#### Integreerituse dimensioonid ja mõju

Kuidas nähakse apteegi rolli **raviotsessis**? Millises faasis peaks apteekril olema esmajoones suurem roll?

*Mõju: kvaliteedile, kättesaadavusele, efektiivsusele JA korraldusele (mida institutsioonid teistmoodi tegema peaks?)*

**Informatsiooniline integratsioon**. Hetkel näeb apteeker retseptiga seotud infot, aga ta ei näe haiguslugu. Kas apteekrid peaks nägema haiguslugu? Kas see võimaldaks retseptidega seotud probleeme kiiremini lahendada? Mõju.

Digiresepti võimalused? Internetiapteek? Suhtlus telefoni teel arstiga.

*Mõju: kvaliteedile, kättesaadavusele, efektiivsusele JA korraldusele (mida institutsioonid teistmoodi tegema peaks?)*

Kas ja mis **teenuseid** võiksid apteekrid pakkuda? Miks?

Kuidas peaks nende teenuste pakkumine olema reguleeritud? Ja **rahastatud**? Kas patsient peaks ise tasuma või peaks Haigekassa kuidagi eraldi rahastama? Kas võiks olla sarnane **tulemustasu** nagu perearstidel?

Juhul kui apteegid hakkavad teenuseid osutama, siis kes peaks **hindama seda kompetentsust**? Kuidas seda hinnata? Milline peaks olema Ravimiameti ja milline Terviseameti roll?

Kuidas apteegivõrku ja esmatasandit **geograafiliselt integreerida**? Kas nad peaksid paiknema koos ka geograafiliselt või mitte? Mida see kaasa tooks? Kumb peaks olema lähemal?

*Mõju: kvaliteedile, kättesaadavusele, efektiivsusele JA korraldusele (mida institutsioonid teistmoodi tegema peaks?)*

**Organisatsiooniline integratsioon** - Organisatsioonilise integratsiooni all peavad autorid siin silmas apteegiteenuse ja esmatasandi keskset korraldust ning juhtimist – laiemalt ka riikliku ravimipoliitika ja tervishoiupoliitika omavahelist kooskõla.

*Millised oleks integratsiooni mõjud tervishoiu juhtimisele ja järelevalvele?*

Mis roll peaks olema **haiglaapteekidel** selles kontekstis?

Milline on mõju **perearstidele**?

Kas ja millised võiksid olla **esimesed lihtsamad muudatused** ja millised on keerulisemad muudatused? **Pikaajaline** perspektiiv.

**Kommunikatsioon.** Milline on praegu apteegi maine patsientide silmis? Kas patsiendid on valmis apteekides teenust tarbima? Kas nad **usaldavad** apteeke?

Koolitus ja õpe. Kas **apteekrite õpe** on paindlik ja võimaldab mingeid muutusi?

Omavaheline koostöö. Apteeker, perearst, eriarst. **Kuidas tagada hea koostöö?** (info liikumine, digiresept, haiguslugu). Kuidas tagada patsiendikesksus? Et patsient saaks aru, kuhu, millal ta terviseprobleemiga minema peab?

Kas teie hinnangul võimaldaks apteekrite kaasamine vähendada muid arstivisiite (perearst, eriarst, EMO)? Miks te nii arvate? Milline on mõju kvaliteedile?

Soovitused ja tulevik. **Millised on soovitud valdkonna arenguks?** Millised on muutusi soosivad ja takistavad tegurid? Kes peaks vajalikke samme esmalt astuma?

*Lisanduvad spetsiifilised küsimused sõltuvalt osapoolte eripärast.*

### **Lõppsõna**

Kokkuvõtte intervjuu põhisõnumitest. Kas intervjuueeritav soovib veel midagi lisada?

Tänu sõnad.

Uuring valmib sügisel.

Intervjuueeritute loetelu:

<b>Organisatsioon</b>	<b>Intervjuueeritu</b>
Eesti Apteekide Ühendus	Kadri Tammepuu
Eesti Apteekrite Liit	Ülle Rebane
Eesti Haigekassa	Erki Laidmäe
Eesti Patsientide Nõukoda	Kaido Kolk
Eesti Perearstide Selts	Vanda Kristjan
Ravimiamet	Katrin Kiisk
Sotsiaalministeerium	Dagmar Rüütel
Tartu Ülikooli Arstiteaduskond	Daisy Volmer
töötervishoiuarst	Kadi Tsimmer

## Lisa 2. Tervisesüsteemide integreerituse teoreetiline käsitlus

Tervishoiu juhtimise (*management, governance*) kirjandus hõlmab väga suurt hulka termineid ja lahendusi, mille abil on proovitud süsteemi eesmärke saavutada. Roberts *et al.* (2008) poolt on loodud tervishoiu reformide käsitlus, mis kaardistab tervishoiusüsteemi kontrollhoovad (finantseerimisallikad, rahastamiskorraldus, organisatsioon, regulatsioon ja käitumine), millega saab mõjutada tervishoiusüsteemi peamisi eesmärke: efektiivsus, kvaliteet, kättesaadavus, et lõppkokkuvõttes saavutada elanike tervise paranemine, rahulolu ja kaitse finantsriskide eest. Mitmed autorid on samade eesmärkidega seoses kasutanud terminit tervisesüsteemide integreeritus.

Terviseteaduste kirjandus vaatleb tervishoiusüsteemide integreeritust enamasti kui positiivset olukorda ning selle suurendamist kui võimalust tagada tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkust (Suter *et al.* 2009). Samas puudub ühtne täpne definitsioon, mida tervisesüsteemide integreerituse all mõeldakse, puudub selge teoreetiline raamistik ja kokkulepitud taksonoomia tervisesüsteemide integratsiooni käsitlemiseks, kuigi mitmed aspektid ja väärtused nagu näiteks patsiendikeskus, holistiline tervishoid, ühtne koordineerimine ja raviprotsessi järjepidevus, esinevad teema varasemas käsitluses. Tervishoiusüsteemi integreeritust nähakse kui efektiivsuse ja kvaliteedi kasvu läbi tõhusa kommunikatsiooni ja standardiseeritud protokollide. (Suter *et al.* 2009) Järgnevalt tuuakse välja põhjalikul süstemaatilisel ülevaatel põhinevad Suter *et al.* (2009) poolt koostatud tervisesüsteemide integreerituse printsiibid:

- **Mitmekülgsed teenused kogu patsiendi ravi ja tervistumise protsessi vältel.** Nähakse kogu raviprotsessi käigus pakutavate ravi ja tervisteenuste planeerimise, pakkumise ja koordineerimise vajadust. See hõlmab nii esmatasandi kui haiglateenuseid, samuti koostööd tervise ja sotsiaalteenuste pakkujate vahel. Integreerituse tase on määratud selle kaudu, kui palju erinevad osapooled on seotud laiema süsteemiga (kajastudes sarnaste eesmärkide, visiooni ja missiooni läbi).
- **Patsiendikeskus.** Süsteemi keskne eesmärk peaks olema patsiendi vajadustele vastavus, mida on võimalik saavutada patsientide vajaduse hindamisega, mis läheb sisendiks teenuste planeerimisse ja info juhtimisse. Vajadustepõhiselt on võimalik ümber disainida raviprotsessid, et saavutada patsientide rahulolu ja soovitud ravitulemused. Teenused peavad olema kohandatud nii, et patsient saab õiget ravi, õiges kohas, õigel ajal. See aga eeldab põhjalikku arusaamist viisidest, kuidas patsient liigub tervishoiusüsteemi sees ja erinevate tervishoiu ja sotsiaalteenuste pakkujate vahel. Integreeritud tervisesüsteemis peaks olema patsiendil lihtne liikuda – selle saavutamiseks on vajalik patsientide kaasamine erinevatesse organisatsioonilistesse tasemetesse.
- **Geograafiline katvus.** Geograafilisest aspektist lähtuvalt läbimõeldud teenuste korraldus vajab ravi kättesaadavuse tagamise seisukohast tähelepanu.
- **Standardiseeritud teenuste pakkumine interdistsiplinaarsetes meeskondades.** Standardiseeritud teenuste pakkumine, mida pakuvad interdistsiplinaarsed meeskonnad, võimaldab saavutada raviprotsessi järjepidevust (vt ka selle mõiste dimensioone allpool). Oluline on, et rollid ja vastutused erinevate meeskonnaliikmete vahel on selgelt identifitseeritud, et tagada sujuv üleminek ühelt ravitüübilt teisele. Jagatud ravijuhendid ja patsiendi teekonna kaardistused (vt näide lisa 3), aga ka ühised otsustustoe tööriistad on vajalikud kvaliteedi tagamiseks üle teenusepakkujate. Soovitud olukorra saavutamisele on

mitmeid barjääre: nagu rollide ebaselgus, erialased huvid, vastandlikud ideoloogiad ja väärtused, aga ka usalduse puudus ja erinevad seisukohad kliendi soovide osas. Teemaga on vahetult seotud omavaheline efektiivne kommunikatsioon, mida on võimalik saavutada erinevate vahenditega: teenuste koospaiknemine, tihedad meeskonnakoosolekud, elektroonilised infosüsteemid.

- **Tulemusjuhtimine.** Tulemusjuhtimine hõlmab struktuurset lähenemist seoses tulemuste jälgimise, hindamise ja mõjutamisega. Pidev ravitulemuste mõõtmine ja raporteerimine on osa kvaliteedijuhtimisprotsessist, et tagada kulu-efektiivne ja kõrgekvaliteediline ravi.
- **Infosüsteemid.** Mitmete eeltoodud printsiipide juurutamine on võimalik ainult süsteemiülese infosüsteemi olemasolul ja toetusel, mis võimaldab infojuhtimist ja kasutuse ning tulemuste efektiivset mõõtmist. Kvaliteetsed infosüsteemid võimaldavad kommunikatsiooni ja info liikumist üle erinevate patsiendi teekondade. Elektrooniline haiguslugu seob kasutajad, rahastajad ja teenuseosutajad tervikult ja pakub vajalikku infot osapooltele. On oluline, et info oleks kättesaadav kõikjal süsteemis, et võimaldada nõ nähtamatut kommunikatsiooni erinevate teenuseosutajate vahel. Infosüsteem peaks võimaldama ka süsteemiülest patientide registreerimiskorraldust. Finantsinfo ja kliinilise info integreerimine on oluline planeerimise seisukohast. Informatsioonilist integratsiooni ei toimu, kui infosüsteemid on ebakasutajasõbralikud, neid ei kasutata piisavalt, puuduvad ühtsed selged standardid ja arenguplaan ning kui süsteemi kasutajatele ei ole võimaldatud piisavalt koolitust ja kaasatust arendusse.
- **Organisatsioonikultuur ja eestvedamine.** Integratsioon eeldab eestvedamist koos selge visiooni ja organisatsioonikulutuuriga, mis on visiooniga vastavuses. Vastandlikud organisatsioonikultuurid, nagu näiteks erinevused tervishoiu ja sotsiaalteenuste osutajate või arstide ja teiste tervishoiuspetsialistide vahel on integratsiooni piiravateks teguriteks. Samuti on integratsiooni piiravaks teguriks nn akuutse ravi keskne mõtteviis, mis paneb haiglaravi integreerituse protsessi keskmesse. Erinevate organisatsioonikultuuride ühitamine eeldab pühendunud ja nähtavat eestvedamist koos läbipaistva kommunikatsiooniga.
- **Arstide integreeritus süsteemi.** Arstid peaksid olema kaasatud kõikidesse süsteemi etappidesse disainimisel, juurutamisel ja arendamisel. Arstide kaasatusel on erinevaid takistusi – eeldatav võimu ja prestiiži vähenemine ja sellest tulenev muutustele vastuseis. Arstide kaasatust võib aidata suurendada olemasolevad võrgustikud, informaalised kontaktid ja patsiendifookus, samuti ei tasu alatähtsustada perearstide ühendavat rolli.
- **Juhtimisstruktuur.** Eriorganisatsioonide ja teenuste integreerimine lepinguliste suhete ja võrgustikuga eeldab juhtimisstruktuure, mis võimaldavad koordinatsiooni. Juhtimine peab olema mitmetahuline, kaasama erinevaid osapooli. Strateegilised kokkulepped väliste osapooltega on olulised, kuid samuti ka finantsstiimulid, mis motiveerivad kuluefektiivset ja kvaliteetset teenusepakkumist.
- **Rahastamine.** Tervisesüsteemi integreerimine võib vajada suuremaid kulutusi (investeeringuid) enne kui tekib efektiivsuse kasvust tulenenud kulusääst. See kuidas tervishoidu rahastatakse omab määravat rolli integreerituse saavutamisel – üks suurimaid takistusi võib olla erinevad rahastamismudelid eri süsteemi osadele (hooldus, haiglaravi, akuutne ravi, esmatasandi rahastamine). Finantsmehhanisme on vaja, et tagada optimaalne rahastus erinevatele süsteemi osadele.

Integreeritusega seotult vaatlevad Haggerty *et al.* (2003) ravi järjepidevust (*care continuity*) kolmetüübilisena:

- informatsiooni **järjepidevus** (*information continuity*) – informatsioon on sideaine, mis ühendab ühe teenuseosutaja poolt pakutud ravi teisega ning erinevad teenuste episoodid; seejuures on vajalik täpne info haiguse spetsiifika kohta, kuid sama olulised on ka patsientide eelistused, väärtused ja taust, et siduda erinevad ravi episoodid üheks juhtumiks ning tagada teenuste vajadustele vastavus;
- juhtimise **järjepidevus** (*management continuity*) – juhtimise järjepidevus on oluline krooniliste ja keerukate haiguste puhul, mis vajavad erinevate teenuseosutajate komplementaarset ja õigeaegset panust; ravi järjepidevus tagatakse, kui eksisteerivad ühised „ravi juhtimise“ plaanid ja protokollid, mis võimaldavad raviprotsessi käiku ka ette näha; oluline on seejuures paindlikkus, et teadvustada individuaalsete patsiendi vajaduste muutusi vastavalt oludele;
- suhtluse **järjepidevus** (*relational continuity*) – patsiendiga suhtlemise järjepidevus on eriti oluline esmatasandi tervishoius ja vaimse tervise käsitlemisel, et tagada patsiendi ootuste juhtimine.

Eeltoodud liigituste valguses saab tervishoiusüsteemi ideaalset seisunit vaadata kui lähenemist, kus kõik süsteemi osapooled töötavad ühtse eesmärgi nimel ning süsteemide alameesmärgid ei ole omavahel vastuolus. Tervishoius saabki seda vaadelda kui patsiendikeskset järjepideva ravi pakkumist – süsteem toimib ühtse voona ehk patsient saab ilma taustmürata tervishoiuteenust (nn *seamless healthcare*) ning eritasanditel on süsteemi osapoolte vaheline töö sujuvalt koordineeritud. Paraku on tervishoiusüsteemid liiga keerulised, et selle terviklikumaks korralduseks oleks üks valmislahendus ning seetõttu on vaja vaadata kohalikku konteksti ning erinevaid mudeleid, kogemusi ning protsesse, et ehitada integreeritud süsteem, mis adresseeriks kogu ühiskonna vajadusi üle kõikide raviprotsessi (*continuum of care*) etappide (Armitage *et al.* 2009).

Eestis on senine integreerituse analüütiline baas puudutanud pikaajalise hoolduse arenguid ning tervishoiusüsteemi integreerimist teiste sotsiaalkindlustuse skeemidega, kuid süsteemisest integratsiooni ei ole oluliselt puudutatud (Sotsiaalministeerium 2008). Kõige lähedasem areng, mida võib ühtse tervishoiusüsteemi juhtimisega seostada, on tervise infosüsteemi käivitamine. Tervise infosüsteem on defineeritud kui riigi infosüsteemi kuuluv andmekogu, milles töödeldakse tervishoiuvaldkonnaga seotud andmeid tervishoiuteenuse osutamise lepingu sõlmimiseks ja täitmiseks, tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendi õiguste tagamiseks ning rahva tervise kaitseks, sealhulgas tervislikku seisundit kajastavate registrite pidamiseks ja tervishoiu juhtimiseks (Riigi Teataja\_j 2010). Seega on tervise infosüsteemil nähtud kandvat rolli tervishoiuvaldkonnaga seotud andmete töötlemisel tervishoiu juhtimiseks. Otseselt ei adresseerita patsiendikesksust, kuid siiski kvaliteeti, patsiendi õiguste tagamist ja rahva tervise kaitset.

### Lisa 3. Apteegiteenuse roll patsiendi teekonnal tervishoiusüsteemis

