

TARTU ÜLIKOOL

Majandusteaduskond

Kirsti Vihermäe

**RIIKLIKU REGULATSIOONI MÕJU EESTI
RAVIMITURU KONKURENTSITINGIMUSTELE**

Magistritöö ärijuhtimise magistri kraadi taotlemiseks ärijuhtimise erialal

Juhendajad: prof. Jüri Sepp,
Konkurentsiameti peadirektor Märts Ots

Tartu 2019

Suunan kaitsmisele

(juhendaja allkiri)

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

.....

Kirsti Vihermäe

SISUKORD

SISSEJUHATUS	5
1 RAVIMITURU RIIKLIKU REGULATSIOONI PÕHJUSED JA VORMID	10
1.1 Tururegulatsiooni teoreetilised alused: konkurentsi kaitsmise ja piiramise vahekord	10
1.2 Ravimituru iseärasused ja konkurentsitingimuste riikliku regulatsiooni vajadus ja vormid	19
1.3 Ravimituru konkurentsitingimuste reguleerimise rahvusvaheline praktika ning selle hinnangud	28
2 KONKURENTSITINGIMUSTE REGULATSIOON JA SELLE MÕJU HINDAMINE EESTI RAVIMITURUL	38
2.1 Uurimismetoodika kirjeldus	38
2.2 Ravimituru struktuuri riiklik reguleerimine Eestis	40
2.3 Ravimituru struktuuri areng Eestis ja selle seos regulatsioonidega	46
2.3.1 Ravimite hulgimüüjad ning nende vertikaalne integratsioon apteekidega ..	46
2.3.2 Ravimite jaemüügituru horisontaalne struktuur (kontsentratsioon) ning selle erinevused maal ja linnas.....	57
2.4 Ravimituru käimasoleva reformi võimalike mõjude kvalitatiivne analüüs.....	64
2.4.1 Ettevõtjate ja regulaatorite suhtumine ning ootused seoses apteegireformiga	65
2.4.2 Apteegireformi prognoositavad mõjud ravimituru konkurentsitingimustele.. ..	71
KOKKUVÕTE	74
VIIDATUD ALLIKAD.....	79
LISAD	87
Lisa 1. Juurdehindluse piirmäärad ravimite hulgi- ja jaemüügil	87

Lisa 2. Apteekide asutamis- ja tegutsemispiirangud EL riikides 2006.a.	88
Lisa 3. Eestis müüdud humaanravimite turumaht miljonites eurodes 2002–2018.	89
Lisa 4. Suurimate ravimite hulgimüüjate turuosa jaotus % 2009-2018.	90
Lisa 5. Üldapteekide arv linnas ja maal ning nende kontsentratsiooni suhe perioodil 2003 – 2019 (1. jaanuari seisuga)	91
Lisa 6. Apteekide käive 2008–2018.....	92
Lisa 7. Vertikaalselt integreeritud apteekide arv perioodidel 2006 – 2010 ja 2012– 2018.....	92
Lisa 8. Intervjuu küsimustik	93
Lisa 9. Intervjuu vastused.....	95
SUMMARY.....	103

SISSEJUHATUS

Kuna inimeste oodatav eluiga pikeneb, mis on osa demograafilisest üleminekust, toob see kaasa rahvastiku vananemise, mis tõstab apteegiteenuse rolli esmatasandi meditsiinis olulisele kohale. Maailma Tervishoiuorganisatsiooni seisukoht on, et tervis on üks põhilistest inimõigustest ja ravimite kättesaadavus osa sellest (Wiedenmayer, et al., 2006). Eelnev nõuab jätkusuutlikku ja hästi toimivat tervishoiusüsteemi sh ravimiturgu, sest ravimikulud moodustavad enam kui viiendiku tervishoiu kogukuludest (Tervise Arengu Instituut, 2016). Eesti ravimiturg on viimasel paaril aastakümnel läbi teinud suuri muutusi nii pakutavate kaupade ja teenuste kui ka konkurentsitingimuste riikliku regulatsiooni osas. Meditsiini ja farmaatsiatööstuse areng on märkimisväärselt vähendanud apteegis valmistatavate (ekstemporaalsete) ravimite osakaalu ning hüppeliselt on kasvanud tööstuslike ravimite valik. Tänu sellele on võimalik apteegis pakutavate ravimite seast leida igale kliendile, arvestades kõiki tema kaebusi ja tervise probleeme, just temale õige ravim. Riikliku regulatsiooni poole pealt saab välja tuua nihked liberaalse ja reguleeritud apteegikorralduse suunal turule sisenemise osas, kus apteekide asutamine ja omamine on vastavalt vaba või reguleeritud. Eestis on apteekide regulatsioone muudetud mõlemas suunas: 1995. aastal tühistati apteekide omanikeringi piirang, 2006 kehtestati geograafilised ja demograafilised piirangud ning 2014 tühistati 2006 kehtestatud piirangud, et kehtestada taas omanikeringi piirangud. Turu avatuse erinevad regulatsioonid on toonud kaasa muutused ravimituru struktuuris nii horisontaalselt apteekide tasandil kui ka vertikaalselt (apteekide suhted ravimite hulgikaubandusega). Vastavalt Harvardi koolkonna struktuur-käitumine-tulemus paradigmale peaks see kaasa tooma muutused ettevõtete turukäitumises ja lõpuks ka turutulemustes (teenuste valikus, kvaliteedis ja hinnas), mis eelkõige huvitavad tarbijaid (Sepp, 2010).

Muidugi ei ole ravimiturg jäetud üksnes turujõudude hooleks. “Apteegikorraldus on kõikjal rajatud kahe paralleelse põhiõiguse tasakaalule – ettevõtlusvabaduse ja tervise kaitseõiguse tasakaalule. Kuigi tervise kaitse peaks olema ülimuslik kõikide poliitikate elluviimisel, kipub praktikas paraku prevaleerima õigus vabale ettevõtlusele,” (Sarv, 2011), mis pole kunagi piiranguteta ega eesmärk omaette.

Algselt vaid ravimite valmistamisele ja väljastamisele koos kasutamise nõustamisega keskendunud apteegiteenuse roll ja kuvand on tänapäeval asendunud hoopis laiemas ja patsiendikesksema teenusega, mis on saanud koondnime „farmatseutiline hool“. Selle eesmärgiks on patsiendi elukvaliteedi parandamine, hõlmates endas ennetustegevusi, ravisoostumuse jälgimist, tervisealast nõustamist jne (Kruus & Paat-Ahi, 2013). Kui suuremates linnades ja tõmbekohtades on apteegiteenus Eestis väga hästi kättesaadav ning paljud kaubanduskeskused saavad uhkustada rohkem kui ühe apteegiga, siis maapiirkondades ei ole apteegi pidamine sugugi kasumlik ja väikesed apteegid on sunnitud oma tegevuse lõpetama ettevõtluseks vajaliku piisava käibe või teenuse osutamiseks vajaliku personali (apteekri) puudumise tõttu. Selline apteekide kuhjumine on tekitanud tööjõupuuduse ka linnades, sest apteekide arv on sedavõrd suur, et töötajaid lihtsalt ei jagu ning paljud apteekrid käivad tööl korraga erinevates apteekides.

Apteekide massiline koondumine keskustesse ja väikeste apteekide sulgemine maapiirkondades pani Eesti sotsiaalpoliitika 2014. aastal selle protsessi peatamiseks uusi lahendusi otsima. Otsustati muuta 2006. aastal elanike arvust ja apteekide vahelisest kaugusest lähtuvad asutamispiirangud kehtetuks. Apteekide asutamispiirangute kaotamise pooldajad on põhjendanud piirangute tarbetust järgmiselt:

- Konkurentsiamet oli seisukohal, et konkurents on vajalik ning oluline ka ravimiturul, viidates sellele, et ravimituru konkurentsile avamine toob kaasa apteegiteenuse kvaliteedi tõusu ja hindade languse (Konkurentsiamet, 2009) (2011);
- Riigikontrolli seisukoht ühtis konkurentsiameti seisukohaga, et puudub toimiv konkurents (Riigikontroll, 2012);

- Õiguskantsleri juriidiline analüüs lähtus põhiõiguste omavahelisest vahekorrast, kehtinud apteegipiirangu vajalikkusest ja proportsionaalsusest ning ei ole põhinenud turgude sügavamal analüüsil (Õiguskantsler, 2012).

Teised asjassepuutuvad osapooled (teenuse pakkujad ise), kes samuti olid asutamispiirangute kaotamise pooldajad, olid arvamisel, et see samm toob endaga kaasa uute ettevõtjate tuleku ravimiturule, mis võib kaasa tuua apteekide arvu suurenemise, aga ka olemasolevate apteekide ümberpaiknemise teatud perioodi jooksul. Arvati, et apteegid hakkavad kuhjuma suurematesse linnadesse, maa-apteekide arv väheneb ning vähekasumlikud apteegid suletakse (Maripuu, 2013).

Prognoositi ka asutamispiirangute kaotamise mõju ravimi hindadele:

- Kardeti, et asutamispiirangute kaotamine toob kaasa ravimite hinnatõusu, erialaliidud, kes nii arvasid olid: Eesti Apteekrite Liit, Eesti Apteekide Ühendus ja Eesti Ravimihulgimüüjate Liit (Maripuu, 2013). Eesti Apteekrite Liit põhjendas kartus Rootsi kogemuse näitel, kus piirangute kaotamine tõi kaasa ravimiturul ülepakkumise ning turul tegutsevad apteegid sattusid majandusraskustesse. Selle tagajärjel tõstis riik apteekide marginaale, mis põhjustas ravimite hinnatõusu. (Riigi Teataja, 2014)
- Organisatsioonid, kes olid arvamisel, et ravimite hinnad pigem langevad olid: Eesti Maaomavalitsuste Liit, Konkurentsiamet, Ravimiamet ja Eesti Patsientide Esindusühing. Ravimite hinnalanguse võib nende arvates põhjustada uue ravimite hulgemüüja või apteegiketi turule tulek. (Maripuu, 2013)
- Oli ka neid, kes uskusid, et ravimite hind on tugevalt seotud käibemaksumääraga ja seda saab mõjutada vaid riik, langetades ravimite käibemaksu. Sellisel seisukohal olid Eesti Patsientide Nõukoda ja Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi professor Raul Kiivet. (*Ibid*).

Vaatamata sellele, et apteegid tegutsevad väga rangete piirangute alusel, on nad siiski äriettevõtted, mille eesmärgiks on kasumi teenimine. Käesoleva töö teema on tänu ravimituru uutele regulatsioonidele väga aktuaalne ja puudutab kogu ravimisektori edasist arengut. Töö autor omab isiklikult ettevõtja ja proviisorina apteegi asutamise

kogemust nii piirangute kehtimise perioodil (2010) kui ka pärast asutamispiirangute kehtetuks muutmist (2016). Sellest tulenevalt on autoril täiendav huvi uurida ravimituru struktuuri riikliku regulatsiooni mõju Eesti ravimiturule.

Käesoleva magistritöö eesmärgiks on selgitada ja hinnata ravimituru riikliku regulatsiooni arenguetappe ning nendega seotud tegelikke ja oodatavaid muutusi Eesti ravimituru konkurentsitingimustes nii Eestis üldiselt kui ka regionaalselt. Lähtudes töö eesmärgist on autor püstitanud järgmised uurimisülesanded:

- Selgitada konkurentsitingimuste ja nende riikliku reguleerimise erinevaid teoreetilisi kontseptsioone;
- Kirjeldada apteegiteenuse ja kaupade turu eripära võrreldes tavaturgudega ning selle seost ravimituru riikliku reguleerimisega;
- Uurida ravimituru struktuuri riikliku regulatsiooni arenguetappe ja tulemusi teistes riikides ning Eestis;
- Analüüsida seniste regulatiivsete reformidega kaasnenud muutusi Eesti ravimituru struktuuris, sh ettevõtete arvus, paiknemises ja kontsentratsioonis;
- Analüüsida turuosaliste suhtumist üleminekusse proviisoriapteekide süsteemile ja vertikaalse integratsiooni keeldu ning prognoosida reformi tagajärgi.

Töö struktuuri ülesehitusel on lähtutud magistritöö eesmärgist ja püstitatud uurimisülesannetest ning töö on jaotatud kaheks peatükiks. Magistritöö teoreetilise osa esimeses alapeatükis selgitab autor turu struktuuri mõistet, mõõdikuid ja selle rolli, tuuakse välja erinevate majandusteadlaste vaatenurgad konkurentsile ja selle reguleerimisele, et mõista regulatsiooni muutmise põhjusi. Teoreetilise osa teises alapeatükis kirjeldatakse ravimituru eripära, et mõista selle seost riikliku reguleerimisega ning kolmas alapeatükk annab ülevaate apteekide regulatsioonist teistes riikides.

Magistritöö empiiriline osa koosneb kvantitatiivsest ja kvalitatiivsest analüüsist. Kvantitatiivses analüüsis kasutab autor Ravimiameti kogutud statistikat Eesti ravimituru kohta ning apteegikettide kodulehti, et saadud andmete põhjal selgitada riiklike reformidega kaasnenud seniseid muutusi Eesti ravimituru struktuuris, sh ettevõtete arvus,

paiknemises ja kontsentratsioonis. Kvalitatiivne uuring valmib turuosalistelt ja regulaatoritelt intervjuu käigus saadud andmete analüüsimise teel, et selgitada reformiga kaasnevaid võimalikke edasisi arenguid ravimiturul.

Märksõnad: ravimiturg, konkurents, reguleerimine, kontsentratsioon, vertikaalne integratsioon, omandipiirangud.

1 RAVIMITURU RIIKLIKU REGULATSIOONI PÕHJUSED JA VORMID

1.1 Tururegulatsiooni teoreetilised alused: konkurentsi kaitsmise ja piiramise vahekord

Magistritöö esimeses teoreetilises peatükis analüüsib autor konkurentsi rolli ja vorme majanduses struktuur–käitumine–tulemus paradigma ja Porter'i viie konkurentsijõu mudeli alusel. Lisaks tuuakse välja riikliku sekkumise põhjused nii konkurentsi kaitsmise kui selle piiramise korral. Tulenevalt riikliku regulatsiooni kohati tekitatud konkurentsi piiramisest, käsitleb autor selles peatükis OECD metoodikat regulatsioonide hindamiseks.

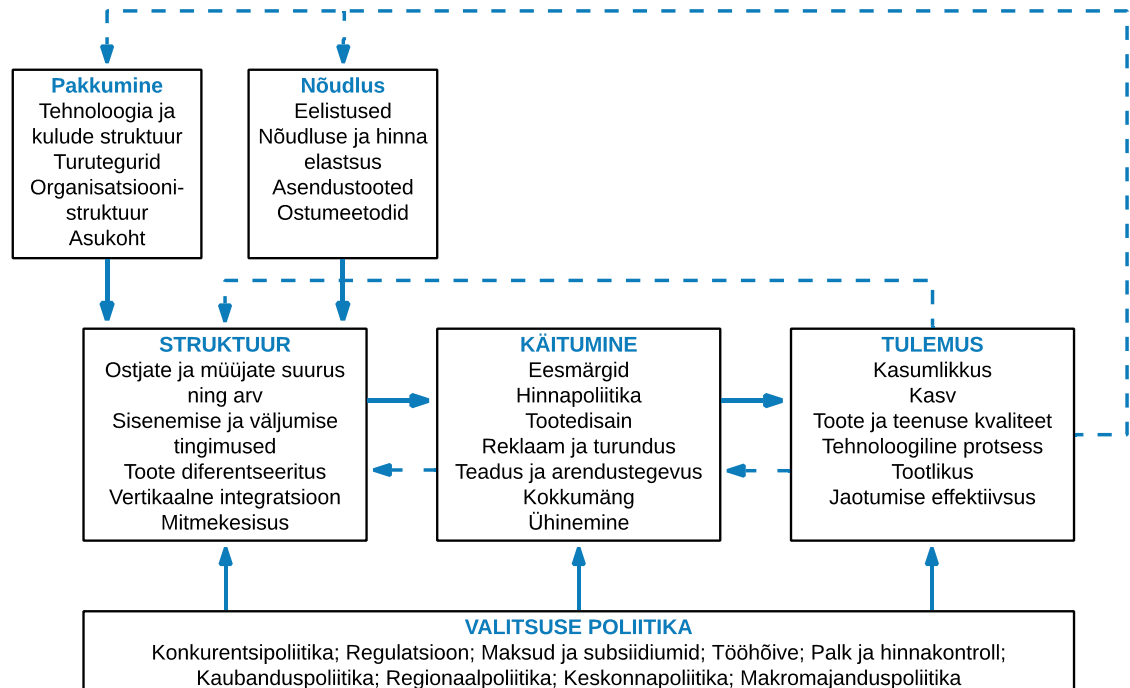
Konkurents on ettevõtluse ja turu lahutamatu osa ja olnud atraktiivne teema nii majandusteadlaste kui ka ettevõtjate jaoks läbi aegade. Teooria kohaselt on konkurentsi puhul tegemist eesmärgipärase püüdlusega saavutada parem situatsioon konkurentidega võrreldes, kus pakkujad võistlevad tarbijate pärast ja vastupidi. „Pakkujate omavaheline võistlus võib toimuda nii hinna, kvaliteedi, teenuse või nende kombinatsioonide ja teiste tegurite osas, mida kliendid võivad hinnata.“ (Khemani & Shapiro, 1990, lk 22) (Erma & Wrobel, 2012, lk 77). Konkurents toetab ettevõtet kasvu, arengut ja innovaatsilisust, sest paneb ettevõtted uuenduslikult mõtlema ja tegutsema, mis toob kaasa kaupade ja teenuste valiku laienemise turul, olles peamiseks tootlikuse kasvu mõjutavaks teguriks (Vickers, 1995, lk 1). Klientide võimalus valida erinevate teenusepakkujate vahel sunnib ettevõtteid omavahel konkureerima, mis toob kaasa suurema tootlikkuse ja majanduskasvu (OECD, 2014). Igal konkurendil on tugev stiimul oma kulude alandamiseks ehk efektiivseks ümberkäimiseks oma käsutuses olevate ressurssidega. Sellistes (konkurentsisure) tingimustes on praktiliselt paratamatu innovatsioonide kujunemine nii toodete kui ka nende tootmise tehnoloogiate osas (Homann & Suchanek, 2011, lk 193). Apteegiteenuse pakkujate puhul saame siin rääkida apteegis

omamärgitoodete (ingl *private-label products*) turule toomisest ja lisateenuste pakkumisest apteegis (nt erinevate tervisenäitajate mõõtmine ja tervisenõustamine), mis laiendab pakutavate teenuste valikut, tuues seeläbi apteegile lisakliente.

Kirjanduses eristatakse konkurentsi kui üldist ja normatiivselt ambivalentset nähtust ühiskondlikult soovitatavast saavutuskonkurentsist (ingl *performance competition*). Konkurents võib olla koostöö vastand, kui see tugineb ebaetelistel võtetel (nt kõlvatu konkurents). Saavutuskonkurentsi iseärasuseks on asjaolu, et konkureeritakse koostöövõimaluste pärast turu vastaspoolega. Siin pole esiplaanil konkurentide rivaalsussuhted, vaid kaasatakse koostegevusse kõik need asjaosalised, kellele konkurendid oma kaupu ja teenuseid pakuvad ehk turu vastaspool (eriti lõpptarbijad). Saavutuskonkurents on alati vähemalt kolme tegelase vahetamine, kellest kaks on ühe turupoole konkurendid ja kolmas nende vahetuspartner turu vastaspoolel, kelle soosingu nimel võisteldakse. Ravimiturul sobib siin näitlikustamiseks tuua igakuised sooduspakkumised jt klientidele pakutavad hüvised, et neid enda juurde meelitada. Saavutuskonkurentsi tähtis omadus on, et tegevustingimuste muutumine toob kaasa indiviidide kohanemise nendega. “Eriti oluline on see ajal, mil maailm elab läbi enneolematuid majanduslikke ja poliitilisi muutusi. Konkurents tagab siin suure kohanemisvõime, pannes asjaosalised jällegi vastavate kohanemismeetmete viivitamatu rakendamise tugeva surve alla. Seejuures on tähtis, et see surve on umbisikuline.” (Homann & Suchanek, 2011, lk 191-194)

Järgnevalt vaatleme erinevaid käsitlusi konkurentsitingimuste eristamisel ja hindamisel. Konkurentsitingimuste analüüsimise aluseks on konkreetse turu määratlemine, mis hõlmab endas konkurentide tuvastamist ning turuosade arvutamist ja tugineb struktuur–käitumine–tulemus (SKT) (*Structure Conduct Performance – SCP*) paradigmat (OECD, 2012, lk 22). Selline meetod võimaldab uuritava tööstusharu andmete koondamist kategooriatesse (Lipczynski, Wilson, & Goddard, 2005, lk 6), mida saab kasutada analüütilise raamistikuna, et muuta suhteid turustruktuuri, käitumise ja tulemuslikkuse vahel (Boru & Kuhil, 2018, lk 81). Joonisel 1.1 kujutatud omavahelised seosed struktuuri, käitumise ja tulemuse vahel kirjeldavad SKT paradigma loogikat. Peamine seos on struktuuri, käitumise ja üksikute majandusüksuste tegevuste (tulemus) vahel, mis on SKT

mudeli peamine suund. Näidatud on ka tagasiside suhted tulemuse ja käitumise, käitumises ja struktuuri ning tulemuse ja struktuuri vahel. Kõik SKT omavahelised seosed on mõjutatud õigusaktide ja poliitikavaldkondade kaudu, mis näitab valitsuse majanduspoliitika rolli SKT paradigmas. (Stojanovic & Kostić, 2013, lk 330)



Joonis 1.1. Struktuur–käitumine–tulemus paradigma omavahelised seosed (Lipczynski, Wilson, & Goddard, 2005, lk 7)

Igal turul on oma spetsiifiline struktuur ehk tema tunnusjooned, milleks on osalejate arv ja kontsentratsioon, kauba ja teenuse homogeensus või diferentseeritus, turule sisenemise või väljumise tingimused ning konkureerimise vorm. Nimetatud tunnusjoontest lähtuvalt saame eristada nelja turustruktuuri (tabel 1.1). Selleks, et analüüsida majandusharu konkurentsitaset struktuuri alusel, kasutatakse ühe võimalusena kontsentratsiooninäitajate mõõtmist. Kaks peamist meetodit, mida selleks rakendatakse on Herfindahl Hirschmani indeks (HHI) ja ettevõtete kontsentratsiooni suhtarvu (CR_n) mõõtmine. Kui HHI kasutamisel on oluline teada kõigi turuosaliste turuosad, siis CR_n mõõtmise eeliseks on, et mõõtmisel arvestatakse vaid mõne suurema ettevõtte turuosasid. (Naldi & Flamini, 2014, lk 1-2). Lisaks eelnevatele on ka teisi kontsentratsiooni mõõtmise meetodeid, näiteks Lorenzi kõver, Gini koefitsient jt. Need meetodid siiski

konkurentsipoliitika analüüsis sagedast kasutust ei leia. (Lee, 2007, lk 9) (Lipczynski, Wilson, & Goddard, 2005, lk 217-218) (OECD, 1990, lk 25)

Majandusharu suurimate ettevõtete kontsentratsiooni suhtarv (CR_n) ehk ettevõtete kumuleeritud turuosa arvutatakse valemiga:

$$CR_n = \sum_{i=1}^n s_i$$

kus

n on ettevõtete arv;

s_i on ettevõtte turuosa.

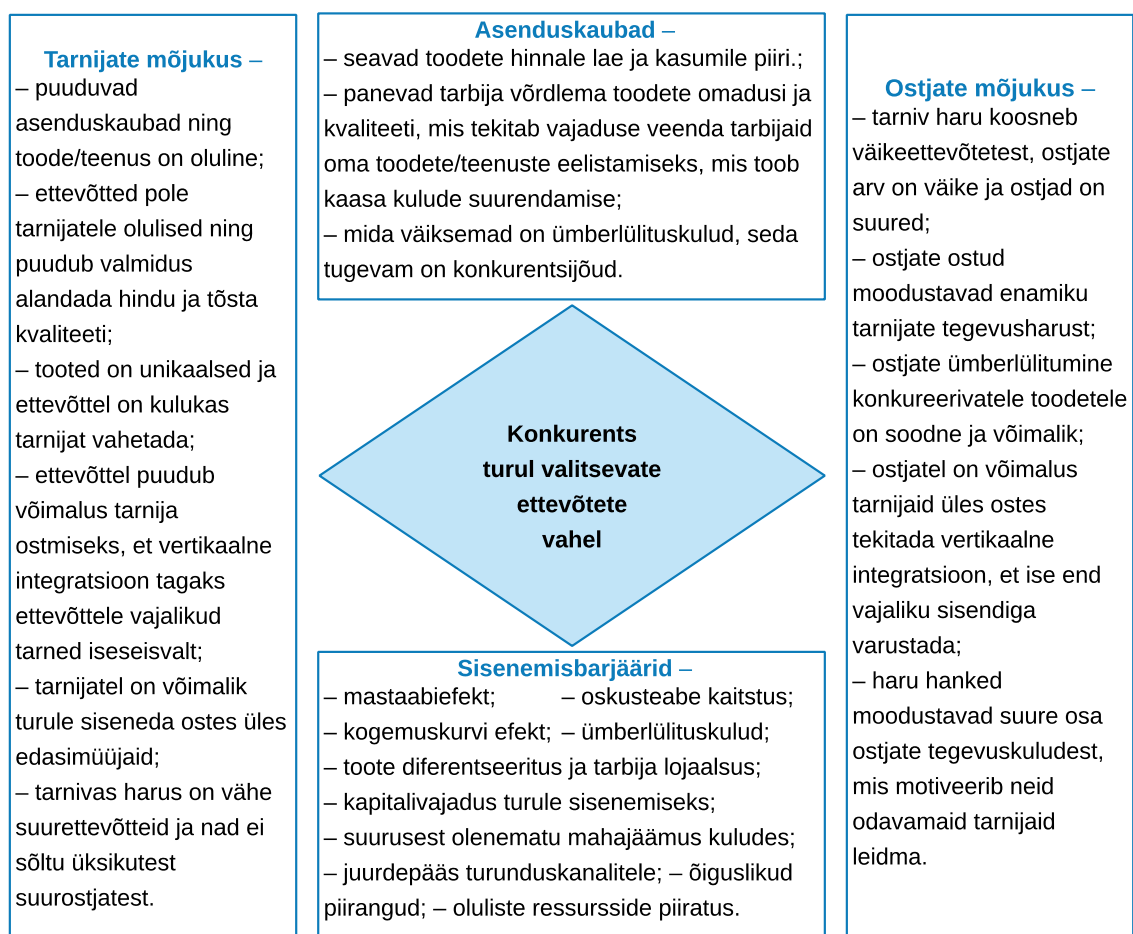
Vastavalt saadud CR_n indeksi väärtusele saame hinnata turu konkurentsitaset. Mida madalam on indeksi väärtus, seda kõrgem on konkurentsitase turul (Naldi & Flamini, 2014, lk 5). Erinevate turustruktuuride konkurentsi kontsentratsioonitase CR_n väärtused on toodud tabelis 1.1.

Tabel 1.1. Erinevate turustruktuuride tunnused

Turustruktuur	Ettevõtete arv turul	Toote/teenuse eripära	Võimalused turule sisenemiseks	Iseseisev hinnakujundus	CR4 indeksi väärtus
Täiuslik turu konkurents	väga suur	homogeenne	piiranguteta	olematu	0
Monopolistliku konkurentsiga turg	suur	diferentseeritud	piiranguteta	vähene	0 – 40
Oligopoolne konkurents	vähe	diferentseeritud ja homogeenne	raskendatud	arvestatav	40 – 60
Monopol	üks	unikaalne	takistatud	kõrge	> 60 (tugev oligopol)

Allikas: (Boru & Kuhil, 2018, lk 81) (Lipczynski, Wilson, & Goddard, 2005) (Naldi & Flamini, 2014); autori koostatud

Konkurentsiringute klassik Michael E. Porter on öelnud, et: “tööstuse struktuur juhib konkurentsi ja kasumlikkust, mitte struktuur ei sõltu sellest, kas tööstus on arenev, küps, kõrg- või madaltehnoloogia, reguleeritud või reguleerimata.” (Porter, 2008, lk 81) Porteri teooria järgi mõjutavad ettevõtte ja majandusharu tegevust viis konkurentsijõudu, mida kasutatakse tegevusvaldkonna konkurentsitingimuste hindamiseks ning igal konkurentsijõul on tema jõudu mõjutavad tegurid (joonis 1.2). Lisaks on Porteri viis konkurentsijõudu tugevalt mõjutatud eelnevalt uuritud SKT paradigmat (Lipczynski, Wilson, & Goddard, 2005, lk 16-17).



Joonis 1.2. M. E. Porter'i konkurentsijõu mudel (Leimann, Skärvad, & Teder, 2003, lk 118-127) (Kotler & Keller, 2006, lk 342) (Porter, 2008); autori koostatud

Kõige olulisemaks jõuks peab Porter konkurentsi turul valitsevate ettevõtete vahel. Sisenemisbarjäärid määravad võimaluse uute ettevõtete sisenemiseks, mis toob kaasa lisavõimalusi ja soovi omandada turuosa olemasolevate ettevõtete arvelt. Asenduskaubad

rahuldavad samu tarbijate vajadusi, mida uuritava haru toodang ja asenduskaupade leidmine võib vahest osutada keeruliseks. (Ravimituru näitel saab siin rääkida näiteks ravimite müügi lubamisest tavakauplustes.) Tarnijate mõjukus aitab tõsta pakutavate toodete ja teenuste kvaliteeti ning loob hinnakontrolli. Ostjate mõjukusest sõltub ettevõtete kasum läbi hindade alla surumise, lisateenuste või parema kvaliteedi nõudmisega. (Porter, 2008)

Konkurentsikeskonna analüüsimisel on oluline arvesse võtta kõiki eelpool vaadeldud konkurentsijõude. Mida tugevamad on joonisel 1.2 näidatud konkurentsijõudude mõjud, seda madalam on võimalus kasumi teenimiseks. Konkreetse ettevõtte seisukohalt vaadatuna oleks ideaalne see, kui kõik viis konkurentsijõudu oleksid nõrgad, mida praktikas kahjuks ei esine. Ühiskonna huvides on olukord vastupidine. Siinkohal on oluline, et tegevusharu siseselt on kõik konkurentsijõud erineva tugevusega (Leimann, Skärvad, & Teder, 2003, lk 117- 126).

Turu efektiivseks toimimiseks on konkurents hädavajalik. Kui kõiki ressursse turul kasutatakse optimaalselt saame rääkida pareto–efektiivsest (ka pareto–optimaalsest) olukorrast. Sellisel juhul ei ole võimalik kellegi olukorda turul parandada ilma, et kellegi teise olukord halveneks (Stiglitz, 1995, lk 57). Olukorda, kus turg ei ole oma ressursse tõhusalt jaotanud (turg ei ole pareto–efektiivne), nimetatakse turutõrkeks (ingl *market failure*) (OECD, 1990, lk 55) (Ledbury, Miller, Lee, & Fairman, 2006, lk 47). Kirjanduses eristatakse järgmisi turutõrked:

- informatsiooni asümmeetria – olukord kus üks tehingu pool on paremini informeeritud kui teine;
- turule sisenemise barjäärid – majanduslikud või tehnilised tegurid, mis takistavad uute tulijate turule sisenemist;
- välismõjud – negatiivsed välismõjud tekivad siis, kui üksikisiku tegevus või käitumine mõjutab otseselt teiste heaolu (nt keskkonnasaaste, ülerahvastatus vms). Positiivsed välismõjud hõlmavad endas teadus – ja arendustegevusi;
- turu puudulikkus – eraturg ei suuda pakkuda kaupa või teenust olenemata sellest, et pakkumise kulu on madalam sellest, mida tarbija on nõus maksma. (Ledbury, Miller, Lee, & Fairman, 2006) (Stiglitz, 1995, lk 71-79)

Turutõrgete kõrvaldamise eesmärk on parandada konkurentsi, et tagada tarbijatele suurem ja parem valik tooteid ja teenuseid, mis nõuab riigi sekkumist ja regulatsioonide kehtestamist (Lipczynski, Wilson, & Goddard, 2005, lk 253). Üheselt mõistetavat definitsiooni mõistele “regulatsioon” teoreetilisest kirjandusest ei ole võimalik leida. Erinevad autorid (Baldwin, Wienert, Stigler, Hertog) käsitlevad regulatsioonide teemade all erinevaid koolkondi ja liigitusi. Eristatakse kahte peamist majandusliku reguleerimise uurimise traditsiooni: avalikest huvidest lähtuvat (normatiivset) ja erahuvidest lähtuvat (positivistlikku). (Eerma, 2006)

Lähtudes konkurentsist ravimiturul on vandeadvokaat Risto Rüütel seisukohal, et turgude reguleerimise eesmärk peab olema siiski lõpptarbija heaolu suurendamine. See kehtib nii konkurentsi suurendamise kui selle piiramise kohta. „Tuleb meeles pidada, et konkurentsi soodustamisel või piiramisel, mis ei lähtu lõpptarbija huvide kaitsest, puudub igasugune mõte. Kuigi Eesti põhiseadus sätestab ettevõtlusvabaduse (samuti konkurentsivabaduse) ühena põhiõigustest, ei ole tegemist kõige olulisema põhiõigusega.“ (Rüütel, 2013) Rüütli arvates ei piirdu huvid ettevõtluse soodustamisega, vaid kõik põhiõigused, sealhulgas ettevõtlusvabadus, moodustavad ühtse süsteemi, mis toimivad vastastikustest koosmõjudest, mitte üksteisest isoleerituna. (*Ibid*)

Avalikest huvidest lähtuv traditsioon otsib reguleerijaile ühiskonna heaolu suurendavaid rakendusjuhiseid ja konkreetseid poliitikaid, jättes kõrvale nende era- ja erihuvid. Teise suuna peatähelepanu on sellel, mis tüüpi regulatsioone poliitiline protsess toodab (Eerma, 2006, lk 197). Besley ja Coate (2000) arvates on poliitikud valinud regulatsioonid oma poliitilise toetuse maksimeerimiseks. Autori arvates illustreerib see väide suurepäraselt seda, mis poliitikamaastikul enne asutamispiirangute kaotamist tegelikult toimus. “Asutamispiirangu mõjusid ei olnud enne kehtestamist analüüsitud, see tekitas kahtluse, kui ehtsad või otsitud olid tegelikult seletuskirjas nimetatud eesmärgid. Sest kui asutamispiirangu tegelik eesmärk ei olnud legitiimne, siis ei saanud seda arusaadavalt ka seaduseelnõu seletuskirja panna. Piirangu tegeliku mõju järgi otsustades teenis see turul kanda kinnitanud suurte jaemüügikettide huve, kes oma loasüsteeme kasutades said ära hoida konkurentide tulekut oma apteekide kõrvale.” (Konkurentsiamet, 2011, lk 5)

Regulatsioone käsitlevas normatiivses kirjanduses kirjeldatakse peamiselt kolme regulatsiooni liiki: majanduslik reguleerimine, sotsiaalne reguleerimine ja administratiivne reguleerimine (Wienert, 1997, lk 12). Eelmainitud regulatsiooni liikide kirjeldused on toodud tabelis 1.2.

Tabel 1.2. Regulatsiooni liikide kirjeldus ja kasutusala.

Majanduslik reguleerimine
Valitsuse sekkumine ressursside jaotamisse, kavatsusega suurendada turu efektiivsust, pakkuda kaupu ja teenuseid. Sisaldab turule sisenemise ja väljumise piiranguid, monopolse või oligopoolse võimu kasutamist, kontrolli hindade, tootmise ja teenuste osutamise üle.
Sotsiaalne reguleerimine
Sotsiaalsete väärtuste ja õiguste kaitsmine läbi valitsuse sekkumise, reguleerides tingimusi, mille alusel kaupu ja teenuseid toota ning müüa. Sisaldab tervise edendamist ja ohutust töökohal, kontrollib töölepingutega seonduvat, hõlmab tarbijakaitset ning võrdsete võimaluste edendamist;
Administratiivne reguleerimine
Valitsuse rahaliste vahendite kontrollimine, mis hõlmab endas nii rahaliste ressursside kui ka vara kogumist, haldamist ja jagamist, eesmärgiga suurendada administratiivset efektiivsust. Siia kuulub ka avaliku ja erasektori rolli ja vastutuse defineerimine

Allikas: (Wienert, 1997); autori koostatud

Üks riikliku reguleerimise võimalus turulepääsu reguleerimiseks on tegevuslubade ja litsentside kehtestamine majandusharus, mis võib olla riiklikuks sisenemistõkkeks (Eerma, 2006). Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumi (2009) koostatud konkurentsiolekorra analüüside metoodika uuring näitas, et „litsentside ja lubade süsteeme kasutatakse peamiselt selleks, et kindlustada seesuguste pakkujate tegutsemine turul ja tööstusharus, kes on suutelised täitma kehtestatud standardeid.“ (Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, 2009, lk 18) Majandustegevuse seadustiku üldosa seaduse (edaspidi MsÜS) kohaldamisalasse jäävate tegevusvaldkondade kaardistamise tulemusena tuvastati 2016. aastal 180 erineva nimetusega tegevusluba, majandustegevusteateid oli kokku 51. Selleks, et tegevusluba saada või teadet esitada on kõigil tegevusaladel kokku 1220 erinõuet, mis teeb keskmiselt 5 nõuet iga loa ja/või teate kohta. (MsÜS, 2016)

Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni OECD (*Organization for Economic Cooperation and Development*) hinnangul võib liialt palju riiklike regulatsioone kaasa

tuua liigseid piiranguid, mis hakkavad omakorda konkurentsi piirama. Kuna konkurents pakujate vahel on vajalik, tuleb nende loomisel ja rakendamisel arvestada sellega, et need ei piiraks liigselt konkurentsi. Et välja selgitada mittevajalikud piirangud on OECD väljatöötanud konkurentsi hindamise meetodid. Seda kasutades on võimalik välja selgitada regulatsioonid, mis on väiksema piirava mõjuga, kuid aitavad saavutada siiski sama eesmärgi. OECD pakub selleks konkurentsi testi, mis lihtsate väidete abil teeb kindlaks, kas testitav seadus või regulatsioon ohustab ja piirab konkurentsi turul või mitte. Konkurentsi hindamine on OECD arvates vajalik, kui regulatsioon toob kaasa kasvõi ühe tabelis 1.3 toodud efekti (OECD, 2011).

Tabel 1.3. OECD konkurentsiolukorra hindamise test

Regulatsioon piirab pakujate arvu või ringi
– annab ühele pakujale erioigused teatud toote tootmiseks või teenuse osutamiseks
– seab sisse litsentsi või loanõude teatud tegevuste teostamiseks
– piirab pakujate võimalusi toote tootmiseks või teenuse osutamiseks
– suurendab märkimisväärselt turule sisenemise või sealt väljumise kulusid pakkuja jaoks
– loob geograafilise takistuse ettevõtetele toote pakkumiseks, teenuste osutamiseks, kapitali investeerimiseks või tööjõu pakkumiseks
Regulatsioon piirab pakujate omavahelist konkurentsi
– kontrollib või mõjutab märkimisväärselt toodete või teenuste müügihindu
– piirab pakujate vabadust oma tooteid või teenuseid reklaamida või turustada
– loob standardid toote kvaliteedile, mis toob kaasa eelise teatud grupi pakujatele teiste pakujate ees või mis on kõrgemad kui hästi informeeritud tarbijad vajaksid
– tõstab märkimisväärselt teatud grupi tootjate tootmiskulusid võrreldes teiste tootjatega
Regulatsioon vähendab pakujate motiivi üksteisega tihedalt konkureerimiseks
– loob isereguleeruva või kaasreguleeriva süsteemi
– nõuab või aitab kaasa pakujate tootmise, hindade, müügi või kulude kohta käiva informatsiooni avaldamisele
– vabastab teatud tööstusharu või tootjate grupi tegevuse konkurentsiseaduste järgimisest
Regulatsioon piirab olemasolevaid valikuid ja teavet klientidele
– piirab kliendi võimet otsustada kellelt toodet või teenust osta
– piirab tarbijate vabadust valida tootjate pakujate või teenuste osutajate vahel suurendades pakujate vahetamisega kaasnevaid otseseid ja kaudseid kulusid
– piirab ostjate jaoks vajalikku informatsiooni, et tõhusalt osta

Allikas: (OECD, 2011) (OECD, 2017); autori koostatud)

Erinevates ettevõtlus- ja majandustegevuse valdkondades kehtivad spetsiifilised nõuded majandustegevuse osutajale. „Gebhardi¹ doktriini kohaselt peavad seatud piirangud õigusega kooskõlas olemiseks vastama neljale tingimusele: neid tuleb kohaldada diskrimineerimata; need peavad olema põhjendatud ülekaaluka üldise huviga; need peavad sobima taotletava eesmärgi saavutamiseks; ega tohi ulatuda kaugemale, kui on vajalik selle eesmärgi saavutamiseks.“ (MsÜS, 2016, lk 3)

Piirangute seadmine ravimiturul, mis on kooskõlas Gebhardi doktriiniga, vastates kõigile neljale tingimusele, tagab igale ettevõtjale võrdsed võimalused ja tingimused ettevõtluseks kaitstes sh tarbija huve.

1.2 Ravimituru iseärasused ja konkurentsitingimuste riikliku regulatsiooni vajadus ja vormid

Teoreetilise osa teises peatükis uurib autor ravimituru ja apteegiteenuse eripära, tuues välja erinevad osapooled, kes on apteegiteenuse osutamisega vahetult seotud, analüüsides nende rolli ja võimalikku käitumist ravimiturul. Samuti analüüsib autor ravimiturul pakutavate kaupade (ravimite) ja teenuste eripära võrreldes tavakaupadega ning nende seost riiklike regulatsioonidega.

Ravimiturul on palju aktiivselt tegutsevaid osapooli, kes kõik on ravimite ja info liikumise ning kokkulepete sõlmimisel omavahel väga tihedalt seotud. Ravimiturg saab laias laastus alguse ravimi väljatöötamise, selle uuringute ja katsetamisega ravimi tootja poolt ning lõppeb apteegist ravimi väljastamisega lõpptarbijale koos ravimi õige kasutamise nõustamisega. Kõik need etapid on tugevalt reguleeritud, et tagada ravimite kättesaadavus, taskukohane hind ja ohutu tarbimine.

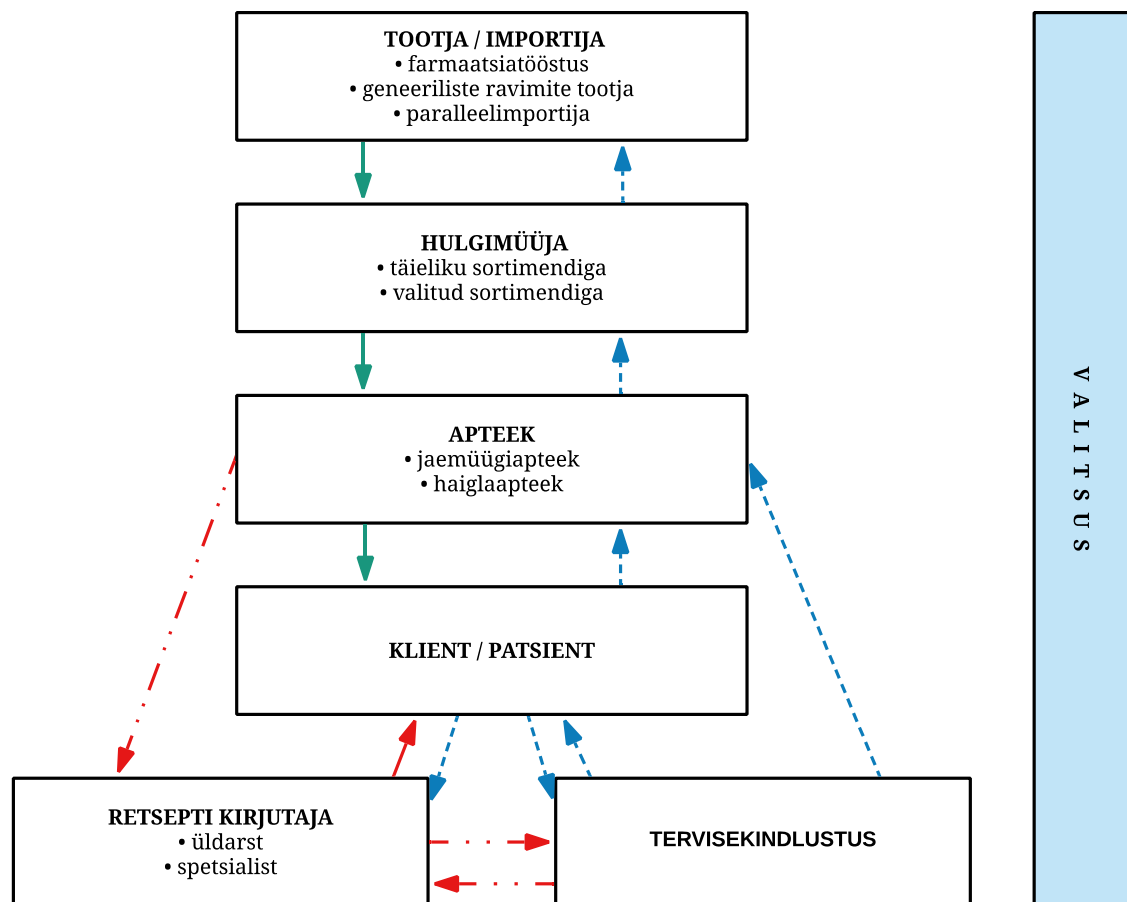
¹ Kohtuotsused Gebhard, C-55/94, EU:C:1995:411, punkt 37 ja selle kohta ka kohtuotsus komisjon vs. Portugal, C-438/08, EU:C:2009:651, punkt 46.

Turu efektiivse toimimise peaks tagama konkurents, kuid turul esineda võivad turutõrked osutuvad tihti konkurentsi piiravaks, mis toob kaasa riigipoolse sekkumise ja reguleerimise vajaduse, et neid leevendada ja tarbijat kaitsta. Sealhulgas luuakse turutõkkeid (litsentsid ja kvalifikatsiooninõuded) samuti eesmärgiga kaitsta tarbijat. Et leida tasakaal regulatsioonide ja vaba konkurentsi vahel on paljud riigid hakanud ravimiturgu dereguleerima.

Lisaks regulatiivsetele piirangutele mängib ravimiturul olulist rolli konkurents erinevatel tasanditel (ravimi tootjad, hulgimüüjad, apteegid), et tarbija saaks kasu kõrgest teenuse kvaliteedist, laiemast kaupade valikust, innovatsioonist ning madalatest hindadest. Pakutava teenuse kvaliteet ja taskukohane hind on erinevate agentide läbirääkimiste ja jõupingutuste tulemus. Tootjad, importijad, hulgimüüjad, jaemüüjad ja reguleerijad osalevad pikas tarneahelas, mille eesmärk on muuta ravimid patsientidele kättesaadavaks (Bokhari & Mariuzzo, 2014).

Ravimiturul aktiivselt osalejate osapoolte (ravimi tootjad, hulgimüüjad, apteegid, arstid, tarbijad, valitsus ja tervishoiutöötajad) rohkus eristab seda selgelt teistest turgudest ja muudab selle analüüsimise väga keeruliseks. Lisaks saame siin eristada ravimi väljakirjutajaid (üldarstid ja spetsialistid) kui ka ravimi müüjaid (haiglaapteegid, jaeapteegid, kauplused) ning tarbijaid (patsiente) ja neid, kes ravimi maksumust kompenseerivad (tervisekindlustusandjad). Arvestades valitsuse sekkumist turule erinevate regulatsioonide kehtestamisega ilmneb, et ravimiturul ei ole midagi sarnast tavalise pakkumise ja nõudluse majandusmudeli standarditega (Philipsen N. , 2003).

Lihtsalt ja ülevaatlilikult on ravimiturgu kirjeldanud Philipsen (2003). Ta näitab ära kõige sagedasema ravimite liikumise teekonna, kus ravimid jõuavad lõpptarbijani hulgimüüja ja apteegi vahendusel ning ravimite kompenseerimine toimub tervisekindlustajate kaudu. Kogu seda protsessi ja ravimite ning info liikumist reguleerib valitsus protsessi igas etapis (joonis 1.3).

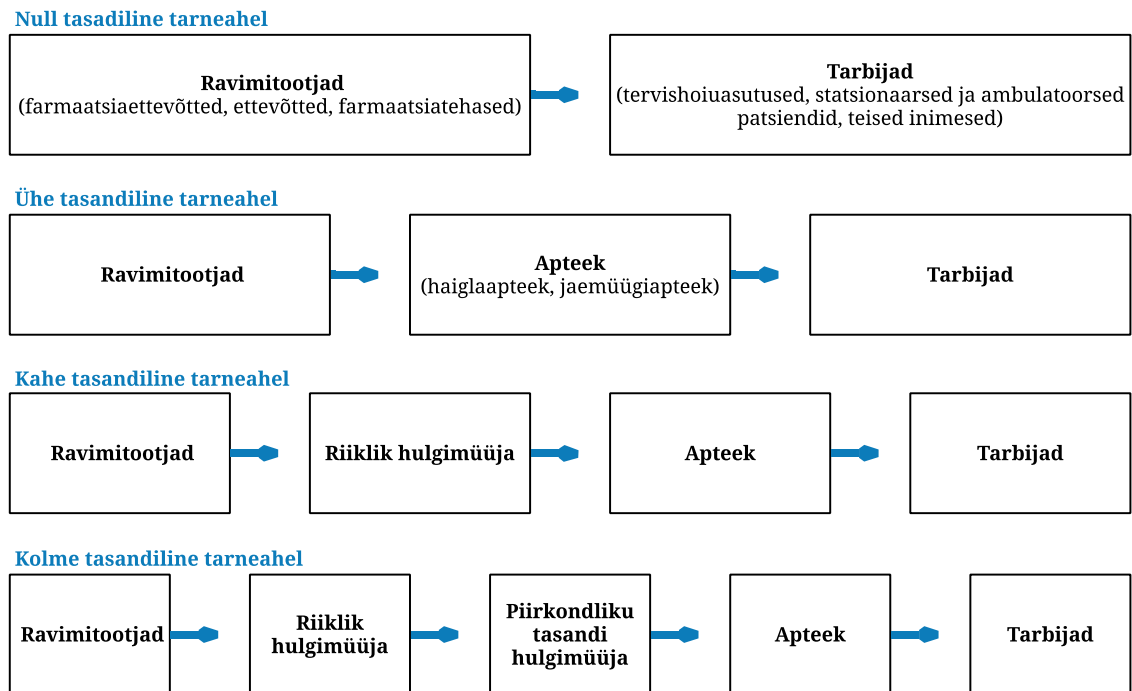


Joonis 1.3. Ravimiturg. Allikas: (Philipsen N. , 2003, lk 48)

Joonisel 1.3 on näidatud ravimite liikumine erinevate osapoolte vahel roheliste nooltega. Sinine punktiirjoon näitab rahavooge ning punane katkendlik joon sümboliseerib teisi suhteid erinevate osapoolte vahel. Veel põhjalikumalt ja detailsemalt on ravimiturgu kirjeldatud (Brooks , Doucette , Wan , & Klepser , 2008) kus tuuakse välja ühe võimalusena ravimite tarnimine tootjalt otse apteeki. Selliste mudelite kasutamine, kus tootjad saavad hulgimüüjast mööda minna, on siiski piiratud ja võimalik ainult eritoodetega, või kehtivad teatud tingimustel, kui regulatiivne keskkond seda võimaldab (Kanavos & Wouters, 2014). See milline turustuskanal valitakse sõltub juhtimisotsusest, mis määrab ettevõtte kulutused ja kasumi teenimise ning mõjutab otseselt kõigi teiste turunduse valdkonna lahenduste tõhusust. Ettevõtte, mis võtab turundusfunktsioonid täielikult enda kanda, katab ise kõik kulud, kuid samuti jääb kogu kasum sellele ettevõttele. Teiste kanalite kasutamine annab võimaluse jagada kulusid ja niisamuti tuleb

jaotada tulud kõigi jaotuskanali osalejate vahel (Mnushko, Pestun, Timanyuk, Sofronova, & Aliekperova, 2016).

Mnushko *et al.* (2016) toob välja erinevad ravimite jaotuskanalite struktuurid, mille pikkust iseloomustavad vahepealsed tasemed ning mille laius sõltub sõltumatute liikmete arvust igal tasemel (joonis 1.4.) (*Ibid*).



Joonis 1.4. Ravimite tarneahela struktuurid. Allikas: (Mnushko, Pestun, Timanyuk, Sofronova, & Aliekperova, 2016)

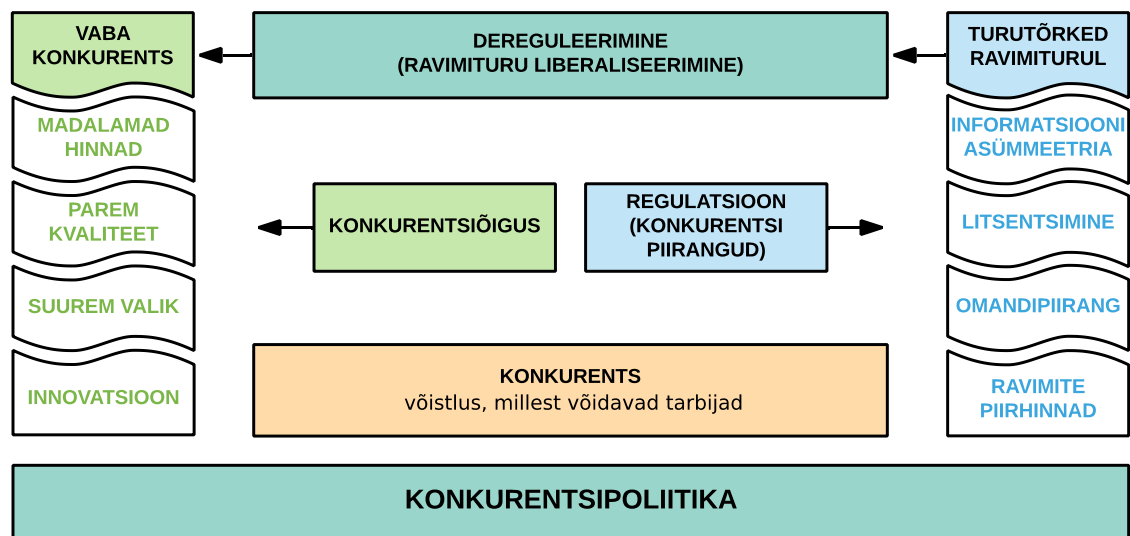
Null-tasandilist tarneahelat kasutatakse ravimite müümisel haiglatele ja teistele farmaatsiaettevõtetele, kuid tänapäeval leiab see rakendust harva, sest tootjatel on suurte koguste müümiseks lihtsam kasutada vahendajaid tänu haiglate piiratud ressurssidele (raha ja ruumi puudus), mis ei võimalda teha korraga suuri tellimusi. Ühetasandilist tarneahelat kasutatakse kõige sagedamini ja seal on ravimite vahendajaks apteek. Ukraina näitena toob Mnushko välja struktuuri, mis koosneb tavaliselt ühest või kahest hulgimüüjast ning apteegist (Mnushko, Pestun, Timanyuk, Sofronova, & Aliekperova, 2016).

Erinevate tarneahelate haldamine hõlmab endas võimalike konfliktide tuvastamist ja nende vältimist. Igas tarneahelas on konflikti ja konkurentsi võimalus, kus konflikt võib olla vertikaalne, horisontaalne ja mitmetasandiline. Vertikaalsed konfliktid tekivad tarneahela eri tasandite vahel (tootja, hulgitootja, apteek), kui näiteks tootja proovib hulgimüüjast mööda minna, soovides ravimeid apteegile otse tarnida. Horisontaalsed konfliktid tekivad sama tasandi vahendajate vahel, milleks on apteekide vaheline konkurents, näiteks ketiapteegid vs iseseisvad apteegid. Samuti eksisteerib konkurents hulgimüüjate vahel, kes tegutsevad piirkondlikul või kohalikul tasandil. Siin võib tekkida konflikt olukorras, kus hulgimüüja soovib võimalusel vahendajatest vabaneda väljaspool oma segmenti, aga ka toodete tasandil, sest sama tüüpi kaupu pakutakse laialdaselt erinevate vahendajate kaudu. Mitmetasandilised konfliktid tekivad siis kui tootja kasutab turustamiseks erinevaid jaotuskanaleid, ravimiturul on need sagedased riikides (näiteks USA ja Ühendkuningriigid), kus ravimeid müüakse korraga nii poodides kui apteekides. (*Ibid*)

Tarneahelate killustatust ravimiturul, eriti jaemüügi tasandil, kohtab paljudes arenenud riikides. Märkimisväärne erinevus hulgi- ja jaemüügipunktide asetuse tiheduses, on enamasti tingitud erinevustest reguleerimises, ajaloolistes mustrites ja nõuetest teenindusele. Üldiselt jälgib ravimiturg trendi jaemüüjate ja hulgimüüjate horisontaalsele ja vertikaalsele konsolideerimisele, et tekitada mastaabiefekti ravimite hankimisel ja turustamisel. Horisontaalne integratsioon toob kaasa väikeste üksuste ühendamise, kes tegutsevad samas tegevusvaldkonnas (jaemüüjate või hulgimüüjate ühinemised) ning vertikaalne integratsioon iseloomustab hulgimüüjast ettevõtjaid, kes oma täiendavad ärihuvi tõttu on omandanud apteegi või apteegiketi. (Kanavos & Wouters, 2014)

Valitsuse osalemine ravimituru reguleerimisel on oma vormilt ja ulatuselt olnud palju laiem kui enamike teiste kaupadega turgudel. Kuigi paljud valitsused on hakanud kaaluma avaliku sektori ja erasektori rolli muutmist tuleks tähelepanu pöörata valitsuse sekkumiste põhjustele. Võttes aluseks majanduslikud põhjendused, tuleks “täiuslikel turgudel” jätta ostjad ja müüjad oma äritegevuses ilma suurema valitsuse sekkumiseta, sest ressursside jaotus on optimaalne. Kuid tegelikkuses on täiusliku turu jaoks vajalikud tingimused harva täidetud ja ravimituru reguleerimise vajalikkust tingivad erinevad

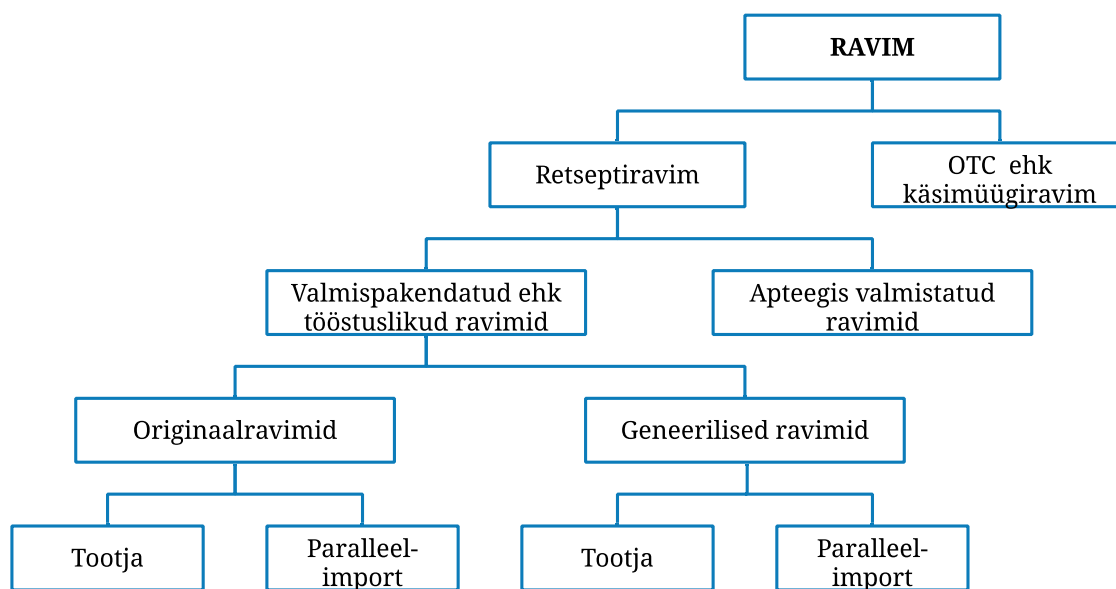
turutõrked. (Bennett, Quick, & Velásquez, 1997) Peamine turutõrge ravimiturul on tingitud kaupade eripärast, seda iseloomustab informatsiooni asümmeetria, kus tarbijal puudub informatsioon ravimi hinna, kvaliteedi, ohutuse ja omaduste kohta (*Ibid*) (Nelson, 1970) ning ta on oma otsuste tegemisel seotud arsti antud soovitude või retseptiga, samuti ei maksa tarbija ravimi eest selle tegelikku hinda (Volkerink, Bas, & Gorp, 2007, lk 25). Teised võimalikud turutõrked ravimiturul, nende põhjused ning vaba konkurentsi saavutamise teekond ja eesmärgid konkurentsipoliitikas on toodud joonisel 1.5.



Joonis 1.5. Ravimituru konkurentsipoliitika; Allikas: autori koostatud

Informatsioonilise asümmeetria tasakaalustamiseks kasutavad regulaatorid erinevaid meetmeid. Ravimiturul on informatsiooni asümmeetria ületamiseks kasutusel litsentsimine, mis seab kindlad normid teenuse osutajale ja on omakorda turutõrkeks. Lisaks litsentsimisele leevendab informatsiooni asümmeetriat ravimiturul ka kvaliteedi reguleerimine, müügiedendusmeetodite valiku reguleerimine, teabe ja koolituste pakkumine ning kutseetika tugevdamine, et pakutavad valikud ei oleks seotud kasumi teenimise eesmärgiga. Samuti võivad kutseühingud võtta kasutusele ja luua erinevad eeskirju ja tegevusjuhendeid, et edastatav teave ja pakutav teenus oleksid kooskõlastatud vältimaks ebasoovitavaid tagajärgi ravimite kasutamisel. (Bennett, Quick, & Velásquez, 1997) Eestis on erinevate kutseühingute koostöös valminud „Apteegiteenuse kvaliteedijuhis”.

Definitsiooni järgi on ravim mis tahes aine või ainete kombinatsioon kindlas ravimvormis, mis on ette nähtud haiguste raviks, ennetamiseks ja diagnoosimiseks või füsioloogiliste funktsioonide taastamiseks, parandamiseks ning muutmiseks, mis on pakendatud pakendisse ja turule lastud (Mnushko, Pestun, Timanyuk, Sofronova, & Aliekperova, 2016). Inimestel kasutatavad ravimid ehk humaanravimid jagunevad laias plaanis kaheks – retseptiravimid ja käsimüügiravimid ehk OTC (ingl. *over-the-counter*). Retseptiravimite ja käsimüügiravimite suurim erinevus seisneb väljastamise piirangus, sest retseptiravimi ostmiseks on vajalik arsti poolt välja kirjutatud retsept. Põhjalikum ravimite klassifikatsioon on toodud joonisel 1.6. (Philipsen N. , 2003, lk 49-51)



Joonis 1.6. Ravimi klassifikatsioon (Philipsen N. , 2003, lk 51)

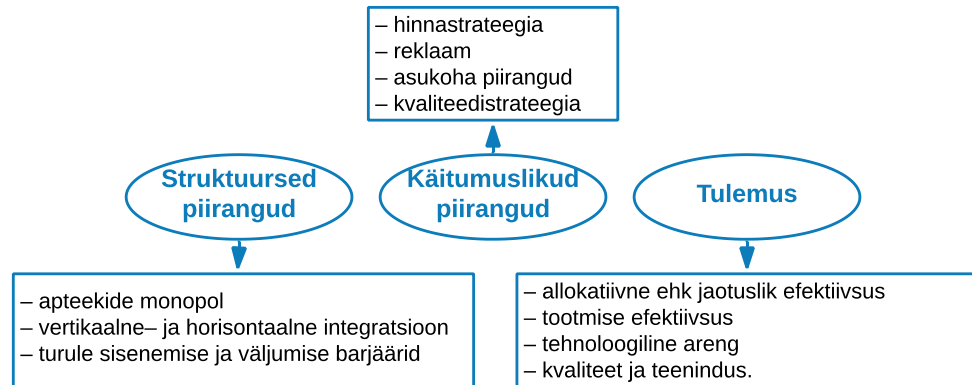
Retseptiravimid jõuavad tavaliselt patsiendini apteegi või haigla ja tervisekeskuse kaudu. On riike, kus lubatakse ravimeid väljastada kaugemates piirkondades ka perearstidel ja on riike kus valitud retseptiravimeid on võimalik müüa väljaspool apteeke (näiteks poed, supermarketid jne), kui selleks on olemas spetsiaalne osakond, mida jälgib apteeker. Samuti on riike kus apteekide käes on monopol ja ravimite müük toimub ainult apteegis. Paljudes riikides on ravimite müük lubatud ka interneti vahendusel (netiapteek), kus viimastel aastatel on ravimite müük märkimisväärselt kasvanud. (Philipsen N. J., 2013)

Ravimituru viimaseks ahelaks on apteek, mille ülesanne on osutada apteegiteenust. Tänapäeval ei ole apteek enam ainult ravimite valmistamise ja väljastamisega tegelev ettevõtte, sest apteekritest on saanud farmakoteraapia valdkonna spetsialistid ja apteegiteenuse ühe osana pakutakse teenust, mis on saanud koondnime farmatseutiline hool (ingl. *pharmaceutical care*) (Ibib). Ravimite müüki, apteegiteenuse osana mõjutab turu nõudlus, mida iseloomustavateks teguriteks on: informatsiooni asümmeetria, asendustoodete ja kaupade eripära, ostumeetodid ja autonoomne turukasv (Volkerink, Bas, & Gorp, 2007).

Apteegiteenuse puhul on tugev informatsiooniline asümmeetria apteekri ja kliendi vahelistes suhetes. Ravimid on “kogemuskaubad” ja klient ei oska toodete kvaliteeti eelnevalt hinnata ning teeb tavaliselt valiku tuginedes apteekri (ka arsti) antud soovitudele, kus ebasoodne valik võib kliendi jaoks toote kvaliteeti langetada. Informatsiooniline asümmeetria tingib selle, et kliendil puuduvad teadmised enamike ravimite asendamise võimaluste kohta, eriti retseptiravimite puhul. Samuti on retseptiravimite nõudlus hinnale vähem tundlik võrreldes olukorraga kus klient saab ise otsustada kas ta ostab ravimit või mitte. Hinnatundlikkust ja selle otsese mõju mitte tajumist tõstab (kohustuslik) ravikindlustus, sest ravimite ostmisel hüvitatakse klientidele ostetud ravimid osaliselt või täielikult ravikindlustuse kaudu ning seetõttu ei koge kliendid oma ostu rahalisi tagajärgi, mis mõjutab otseselt ravimite nõudlust. (Ibid)

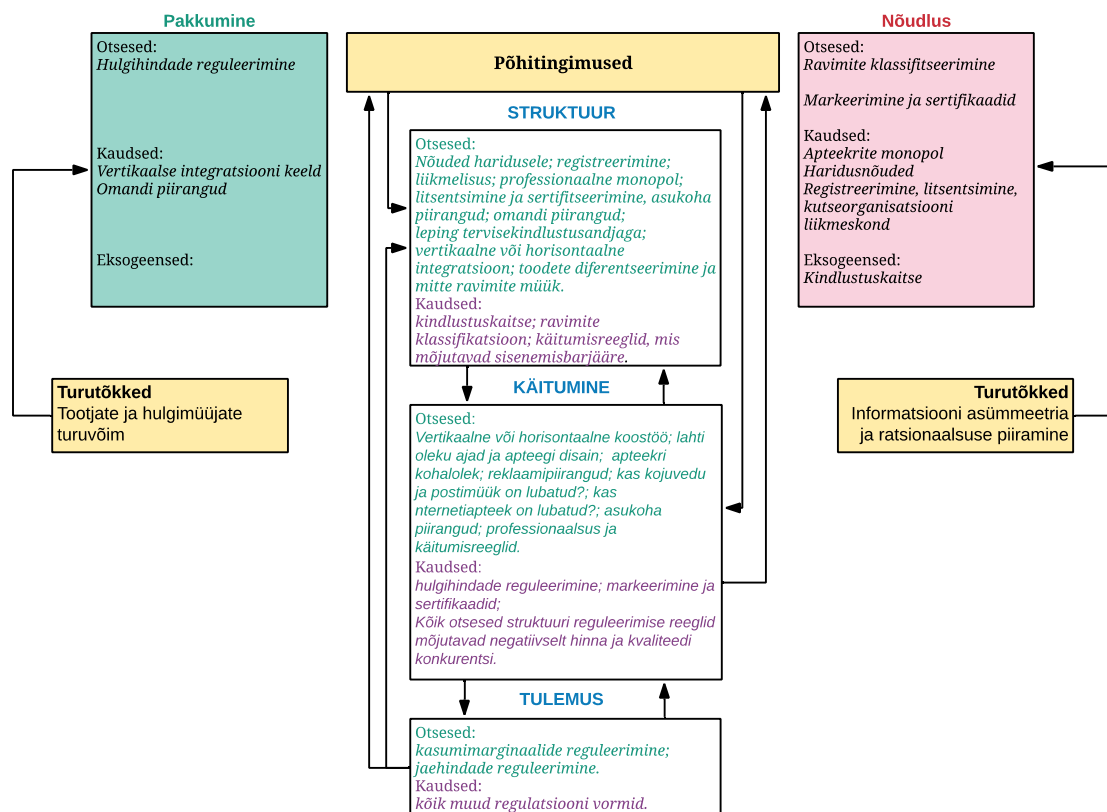
Enamustes riikides on ravikindlustus seadusandlusega nõutud, mis omakorda annab kindlustusorganisatsioonidele kontrolli ravimi hindade määramise üle ja kuna klient on ravimi hindade vastu kindlustatud, siis puudub tal stiimul osta ravimit odavamast apteegist, mis tingib selle, et konkurents apteekide vahel ei ole tõhus ja tulemuslik (OECD, 2001). Kliendi oskamatus valida ise asenduskaupu ja asjaolu, et nad ei tunne otseselt ostu rahalisi tagajärgi ei muuda ravimite nõudluse reageerimist hinnamuutustele olematuks. Lisaks eelnevale mõjutab ravimite nõudlust ka üldine elanikkonna vananemise kasv, sündimus ja rahvatervis. (Ibid)

Apteegiteenuse osutamisel kehtivad regulatsioonid SKT paradigma järgi on toodud joonisel 1.7.



Joonis 1.7. Allikas: (Volkerink, Bas, & Gorp, 2007); autori koostatud

Regulatsiooni omavahelisi seoseid apteegiteenuse osutamisel läbi SKT paradigma näeme joonisel 1.8.



Joonis 1.8. Regulatsioonid ja nende seosed apteegiteenuse osutamisel vastavalt SKT paradigmale. Allikas: (Volkerink, Bas, & Gorp, 2007)

Kokkuvõtvalt on ravimiturg tervikuna väga spetsiifiline ja tugevalt reguleeritud haru, kus regulatsioonidele alluvad kõik ravimiturul osalejad – tootjad, hulgimüüjad, jaemüüjad ja raviarstid. Ravimituru reguleerimise eesmärk on tagada ravimite kõrge kvaliteet, ohutu tarbimine ning kontroll ravimitele tehtavate kulutuste üle.

1.3 Ravimituru konkurentsitingimuste reguleerimise rahvusvaheline praktika ning selle hinnangud

Järgnevalt uurib autor ravimituru struktuuri riiklike regulatsioone ja nende rakendamist teistes riikides. Tuuakse välja, mis eesmärgil ja millal on erinevaid regulatsioone erinevates riikides rakendatud ning milline on olnud nende tulemus ravimituru konkurentsitingimustele sh apteegiteenuse kvaliteedile.

Nagu magistritöö eelnevas käsitluses selgub rakendatakse apteekide asutamisel geograafilisi, demograafilisi ja omanikeringi puudutavaid piiranguid, mis on vaid osa kogu sektori ulatuslikust regulatsioonist. Veel mõjutavad kogu sektori toimimist konkreetsetes riigis kehtestatud hinnakompensatsioonimehhanismid (piirhinnad või fikseeritud hinnad, kasumipiirangud jm), kellel on ravimite väljastamise õigus lisaks apteekritele, reklaamiregulatsioonid, ravimitele rakendavad maksuerisused jne. Erinevad uuringud näitavad, et Euroopa riikides on viimastel aastatel suundumus pigem regulatsioonide vähendamisele ja sektori allutamisele konkurentsireeglitele. Ravimituru dereguleerimist põhjendatakse sellega, et liberaliseerimine suurendab konkurentsi ja vähendab ravimite hindasid, parandades või jättes apteegiteenuse kättesaadavuse ja kvaliteedi vähemalt samale tasemele ning tuues kaasa võimaluse uute müügikohtade avamiseks. (Vogler, Arts, & Habl, 2006) (Vogler, Arts, & Sandberger, 2012) Ravimituru liberaliseerimine on enamasti seotud uute apteekide asutamiskiirangute ja omandipiirangute liberaliseerimisega või käsimüügiravimite müügile lubamisega väljaspool apteeki (Vogler, 2014).

Järgnevalt vaatleme erinevate riikide praktikate näitel, millises suunas on apteegiteenuse osutamist reguleeritud ning milliseid muutusi on regulatsioonid erinevates kategooriates (struktuur–käitumine–tulemus) kaasa toonud. Euroopa Liidu Farmaatsia Grupp (PGEU) tellis (2006) Austria Terviseinstituudilt (ÖBIG) uuringu, et analüüsida dereguleerimise

võimalikke mõjusid ravimiturule. Uuringu eesmärgiks oli pöörata erilist tähelepanu apteegiteenuse kättesaadavusele ja kvaliteedile ning ravimi hindadele. Uuringus osales kokku kuus riiki, millest pooled olid liberaliseeritud ravimituruga riigid (Iirimaa, Holland, Norra) ja pooled rangelt reguleeritud ravimituruga riigid (Soome, Austria, Hispaania). Nimetatud riikides 2005. aastal kehtinud asutamispiirangud on toodud tabelis 1.4. (Vogler, Arts, & Habl, 2006)

Tabel 1.4. Apteekide asutamispiirangud 2005. aastal

Riik	Regulatsioon			Asutamispiirangu kriteerium	
	Jah/Ei	Tase	Säte	Geograafiline	Demograafiline
Iirimaa	Ei ¹	— ¹	— ¹	— ¹	— ¹
Holland	Ei	—	—	—	—
Norra	Ei ²	—	—	—	—
Austria	Jah	Riiklik	Kohustuslik	Kaugus teisest apteegist min 500m	5500 elanikku apteegi kohta
Soome	Jah	Riiklik	Kohustuslik	Litsents antakse kui piirkonnas on apteegi olemasolu vajalik, ranged kriteeriumid puuduvad	
Hispaania	Jah	Riiklik ja regionaalne	Kohustuslik	Kaugus teisest apteegist min 250m	Minimaalselt 2800 elanikku apteegi kohta

¹ Apteekide asutamispiirangud kehtisid aastatel 1996-2001 (uue apteegi võis rajada 4000 elaniku kohta linnas ja 2500 elaniku kohta maapiirkonnas).

² Enne 2001. aastat määras ja otsustas Norra terviseamet apteekide arvu ja asukoha, plaan tehti viieks aastaks.

Allikas: (Vogler, Arts, & Habl, 2006, lk 89)

Irimaal on apteegiteenuse osutamine olnud väga liberaalne, esimesed asutamispiirangud (geograafilised ja demograafilised) kehtestati 1996. aastal ning tühistati uuesti 2002. aastal pärast OECD (2000) tehtud analüüsi, milles põhjendati, et Iirimaa ei vaja nii tugevat regulatsiooni apteegisektoris, sest see ei taga teenuse kättesaadavust maapiirkondades ja piirab vaba konkurentsi (*Ibid*) (Siclen, 2000) (Vogler, 2014) (Volkerink, Bas, & Gorp, 2007). Hollandis kaotati apteekide asutamis- ja omandipiirangud 1990. aastate lõpus, mis tõi endaga kaasa apteekide arvu kasvu, eriti majanduslikult atraktiivsetes piirkondades (Vogler, Arts, & Habl, 2006).

Norra apteegisektor oli väga tugevalt reguleeritud kuni 2001. aasta märtsini, kehtisid omandipiirangud ja oli riiklik viie aasta plaan uute apteekide rajamiseks. Pärast

asutamispiirangute kaotamist tohtis apteegi rajada igaüks (va arstid ja ravimfirmad), selline liberaliseerimine tõi kaasa apteekide arvu hüppelise tõusu, eriti just majanduslikult atraktiivsetes piirkondades, kus apteegiteenus oli juba hästi kättesaadav. Apteekide arvu kiire kasv tõi kaasa tööjõu probleemid ning apteekide ketistumise ja vertikaalse integratsiooni, sest väga lühikese aja jooksul koondusid apteegid kolme suure hulгимүүja alla. Selline koondumine tõi kaasa konkurentsiameti sekkumise pärast seda, kui üks kett saavutas 80% turuosa. Kehtestati määrusega, et ükski apteegikett ei tohi ületada 40%-st turuosa, sest see avaldaks negatiivset mõju konkurentsile. (*Ibid*) (Rudholm) (Vogler, 2014) Norra näitel (2006) toovad uuringu autorid välja fakti, et dereguleerimine ilma õigusliku raamistiku kaitseta ei too kaasa konkurentsi suurenemist, sest osalejad kasutavad oskuslikult tekkinud seaduselinki turul valitseva mõju saavutamiseks (Vogler, Arts, & Hahl, 2006). Ülevaate kehtivatest omandipiirangutest ja nende erisustest annab tabel 1.5.

Tabel 1.5. Omandipiirangud apteekides 2005. aastal

Riik	Omandistruktuur apteegis		Apteegiketid		Apteegi litsentsi müümine
	Ainult apteeker	Teised grupid	Lubatud	Kirjeldus	
Iirimaa	Ei	Iga juriidiline või füüsiline isik va arst, kes tegutseb samas piirkonnas	Jah	Piirangud puuduvad	Lubatud
Holland	Ei	Iga juriidiline või füüsiline isik	Jah	Piirangud puuduvad	Pole lubatud ¹
Norra	Ei	Iga juriidiline või füüsiline isik va arst ja ravimite tootja	Jah	Apt. arv ketis piiratud (keti maksimaalne turuosa 40%)	— ²
Austria	Jah	—	Ei	Apteegiketid pole lubatud. Haruapteeke tohib olla 1.	Pole lubatud
Soome	Jah	—	Ei	Apteegiketid pole lubatud. Haruapteeke tohib olla 3.	Pole lubatud
Hispaania	Jah	—	Ei	—	Lubatud ³

¹ Puudub litsents, on vaid leping kindlustusega. Lepingutega kauplemine ei ole lubatud.

² Ei kohaldata. Litsentse on kahte tüüpi: 1) apteegi omamise litsents ja 2) apteegi avamise litsents. Litsentsidel ei ole kauplemisväärtust.

³ Lubatud müüa teisele apteekrile vähemalt 3 aastat pärast tegutsemist.

Allikas: (Vogler, Arts, & Hahl, 2006)

Uuringus osalenud range regulatsiooniga riikides (Austria, Soome, Hispaania) on kehtestatud apteekide asutamisele omandipiirangud ning liberaalse apteegikorraldusega riikides (Iirimaa, Holland, Norra) tohib apteeki pidada iga juriidiline või füüsiline isik. Vertikaalne integratsioon ja apteekide kuulumine kettidesse on samuti lubatud vaid liberaalse apteegikorraldusega riikides. Horisontaalne integratsioon ehk struktuuriüksuste omamine on lubatud reguleeritud riikidest Austrias ja Soomes. Eriti rangelt on see reguleeritud Hispaanias, kus apteekide integreerimine pole üldse lubatud (tabel 1.6).

Tabel 1.6. Vertikaalne ja horisontaalne integratsioon apteegisektoris

Riik	Omandisuhe apteegis	Proviisori omandis apteeke %	Apteegiketid	Ketti mitte-kuuluvad apteegid %
Iirimaa	– Omandivahetus on toimunud viimase 20 aasta jooksul. – Oluline roll on apteekrite loodud ühendustel: 64% apteekritest kuuluvad apteekrite omandis olevatele ettevõtetele (2001) – Vertikaalne integratsioon: 2 3-st hulgimüüjast omab apteeke, kolmas nõustab apteekide ostmist ja müümist	90% (2001)	– Apteegiketid hakkasid tekkima 1990.a. – 2005 aastal oli 460 ketiapteeki võrreldes 1995. aastaga kui oli 170 ketti kuuluvat apteeki. - Ketiapteekide koondumine suurematesse linnadesse. – 40%-le kõigest apteegi omanikest kuulub kaks või enam apteeki	24% (2004)
Holland	– Sihtasutustel ja haigekassal on apteekide omamine lubatud ja seda kasutatakse – Omandisuhte muutus kui apteekrite järelevalve on tagatud on lubatud – Hulgimüüjad ostavad üha enam või omavada osaliselt apteeke – Apteekide asutavad ka apteegiketid	70% ¹	– Apteegiketid olid loodud juba 1990-date alguses, mis kuulusid sihtasutustele või haigekassale	68%

Järgneb...

Tabel 1.6. järg:

Riik	Omandisuhe apteegis	Proviisori omandis apteeke %	Apteegetid	Ketti mitte-kuuluvad apteegid %
Norra	– Hulgimüüjad hakkasid kohe peale uue seaduse jõustumist 2001 apteek ostma – Kõik kolm hulgimüüjat omavad apteegikette – Paljud alles jäänud sõltumatud apteegid kuuluvad osaliselt hulgimüüjatele	19% ¹	– 80,6% apteekidest kuuluvad apteegiketti – 10% apteekidest on sõlminud osapoolte lepingu ning seotud sõltumatu apteegiketiga “Ditt Apotek” – 7% apteekidest on leping ketiga kuid ei kuulu selle omandisse	2%
Austria	Apteegid kuuluvad sõltumatutele apteekritele	100%	– Lubatud on maksimaalselt üks haruapteek	100% ²
Soome	Apteegid kuuluvad sõltumatutele apteekritele	100%	– Lubatud on maksimaalselt kolm haruapteeki	100% ²
Hispaania	Apteegid kuuluvad sõltumatutele apteekritele	100%	– Apteekide ahelad ja sidusettevõtted ei ole lubatud (mitu omanikku ei ole lubatud)	100%

¹ Sealhulgas apteegid, mis on osaliselt apteekri omanduses ja osaliselt seotud hulgimüüjatega

² Apteeke kellele kuulub kuni kolm haruapteeki ei käsitleta apteegiketina.

Allikas: (Vogler, Arts, & Habl, 2006)

Üldiselt jõutakse nimetatud uuringus järeldusele, et ravimituru dereguleerimine, mille eesmärgiks oli konkurentsi suurendamine ja ravimitele tehtavate kulutuste vähendamine, oodatud tulemusi ei toonud ning liberaliseerimist ravimiturul seostatakse pigem ühe osana üldisest dereguleerimise protsessidest, mis olid suunatud erinevatele sektoritele (energia, telekommunikatsioon). Ravimituru liberaliseerimise ebasoodsate kõrvalmõjudena konkurentsitingimustele tuuakse välja turul domineerivate osalejate mõjuvõimu ning teenuse kättesaadavuse ebaühtlust, eriti ebapiisavus maapiirkondades. Seevastu andis nimetatud võrdlusanalüüs apteegiteenuse ja ravimite kättesaadavuse osas paremaid tulemusi reguleeritud riikides, sest apteekide jaotus on ühtlasem, ning ravimite väljastamine maapiirkondades hästi reguleeritud. Näiteks on Soome maapiirkondade

postkontorites ja/või toidupoodides ravimikapid, kus on lubatud müüa piiratud hulgal retseptiravimeid, mis toimub apteekri järelevalve all. (*Ibid*)

Kuigi apteegiteenuse kvaliteeti peeti piisavaks kõigis uuringus osalenud riikides leiti märke selle kohta, et reguleeritud riikides oli see mõnevõrra parem kui reguleerimata riikides ja seda just teenuse osutaja panuses rahvatervisesse, mis seisnes näiteks kliendi nõustamisele kulutatud ajas. Samuti olid käsimüügiravimite hinnad reguleeritud riikides stabiilsemad. (*Ibid*)

Analoogne uuring, mille tellijaks oli Taani Apteekrite Liit (*Danmarks Apotekerforening*), viidi läbi 2012. aastal, siis osales võrdluses üheksa Euroopa riiki (2006. aastal osalenud riikidele lisaks Saksamaa, Inglismaa ja Iirimaa). Sarnaselt eelmisele uuringule tuuakse ka siin välja tendents, et ravimituru dereguleerimine ei paranda apteegiteenuse kättesaadavust maapiirkondades vaid tõstab apteekide arvu atraktiivsetes müügikohtades (linnad, kaubanduskeskused). Samal ajal rakendatakse reguleeritud riikides strateegiaid uute apteekide avamiseks piirkondades, kus varem pole apteeki olnud. Uuringus juhitakse tähelepanu sellele, et dereguleerimisel tekkinud vertikaalne integratsioon toob kaasa piiratud valiku apteegis pakutavate toodete osas, sest omanikud (hulgimüüjad) võivad survestada apteekreid tootevaliku tegemisel ja vastavusse viimisel nende poolt tarnitavate toodetega. Sellest tulenevalt on ravimituru liberaliseerimisel tekkiv vertikaalne ja horisontaalne integratsioon kasulik vaid hulgimüüjatele, andes võimaluse saavutada turgu valitsev seisund. Sõltumatutele apteekritele toob dereguleerimine kaasa nende ametialase sõltumatuse kadumise ning suurte kettide konkurentsi surve alla sattumise. Samuti on sõltumatute apteekrite jaoks uue apteegi ostmise keeruline, sest konkurendid on majanduslikult tugevamad. (Vogler, Arts, & Sandberger, 2012)

Kuna kaks eelnevalt vaadeldud uuringut olid tellitud Euroopa Liidu Farmaatsia Grupi (PGEU) ja Taani Apteekrite Liidu poolt, siis võime eeldada, et uuringu tulemused võivad olla kallutatud. Seetõttu teeb autor lisaks kokkuvõtte Euroopa Komisjoni palvel tehtud uuringust, mille viis läbi konsultatsioonifirma ECORYS Nederland BV koostöös M. Philipseniga ja mis avaldati 2007. aasta juulis. Nimetatud uuringu ajendiks oli erinevate väljaannete viited negatiivsele seosele reguleerimistaseme ja turu tulemuste vahel.

Uuringu eesmärgiks oli hinnata põhjalikult erinevate regulatsioonide mõju apteegiteenuse kvaliteedile ning siseturu toimimisele. Uuringus osales kokku 25 EL riiki ja uuring viidi läbi perioodil 2005–2007. Valikkokkuvõtte uuritud regulatsioonidest ja nende rakendamisest erinevates EL liikmesriikides annab magistritöö lisa 2. (Volkerink, Bas, & Gorp, 2007)

Uuringu tulemusena leiti, et empiirilised analüüsid toetasid kirjanduses kajastatud hüpoteese. Tugev negatiivne seos leiti tegutsemispiirangute (omandipiirangud, asukohapiirangud ja piirangud teiste EL riikide apteekrite kohalikule turule sisenemine) ja tulemuslikkuse vahel ning tööõuete ja jaotuvuse efektiivsuse vahel. Sellest järeldati, et ravimiturul kehtivad asutamispiirangud on põhjustanud märkimisväärsed sotsiaalsed kulutusi. Toetudes uuringu tulemustele toodi välja kolm sotsiaalset heaolu suurendavat tegurit: omandipiirangute vähendamine, apteekide paiknemine ning tööjõu sissetoomine teistest EL liikmesriikidest. Sellest tulenevalt leiti, et omandipiirangute ja asutamispiirangute vähendamine vajab täiendavate poliitikate rakendamist. “Protsess, mis julgustaks üksikuid liikmesriike, omaks positiivset mõju nii jaotuvuse efektiivsusele, kui ka produktiivsusele.” (Volkerink, Bas, & Gorp, 2007, lk 83)

Leiti, et ravimituru riikliku reguleerimise muutmise vajadus on sotsiaalsest perspektiivist vaadates olemas. “Siiski eeldab Pareto heaolu parandamine seda, et muutustega peaks kaasas käima apteekrite majanduslik toetus, näiteks läbi mingite kompenseerimissüsteemide. Sellisel moel oleksid ühiskonnapoolsed soodustused maksimaalsed ning majanduslikud mõjud huvigruppidele tasakaalustatud. Lisaks sellele oleks vajalik tagada ligipääs teenusele nendes piirkondades, kus turg seda ise tagada ei suuda.” (Volkerink, Bas, & Gorp, 2007, lk 84)

Järgnevalt vaatleb autor kahe riigi, Ungari ja Inglismaa kogemust. Valitud riigid sobivad näitlikustamiseks just seetõttu, et nendes riikides on apteekide asutamispiirangud kaotatud ja siis taas kehtestatud. Ungaris tühistati apteekide asutamispiirangud 2006. aastal. Selle tulemusel suurenes apteekide hulk 20%, kuid ainult tihedalt asustatud piirkondades. Ungari valitsus analüüsis muudatuse mõjusid 2010. aastal ja jõudis seisukohale, et liberaliseerimine ei andnud soovitud tulemusi, sest uusi apteeke

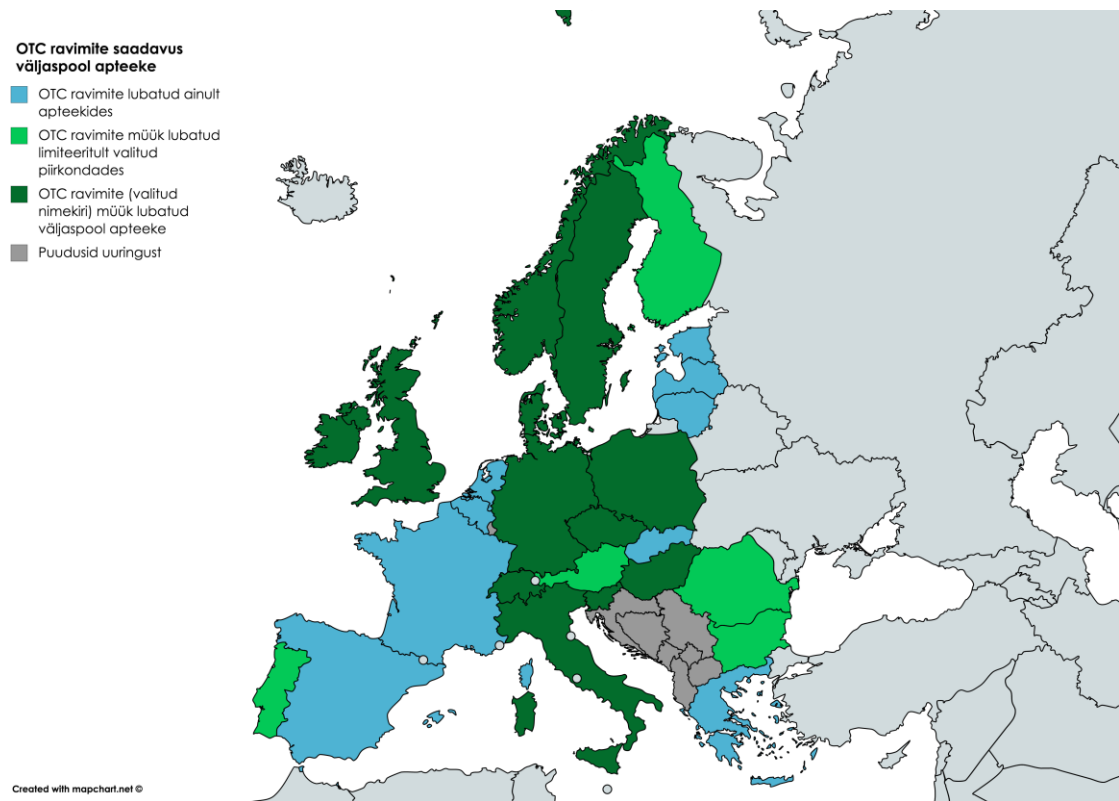
maarajoonidesse ja väikestesse asulatesse ei asutatud. Maapiirkondade ravimitega varustamine ei paranenud ning linnades valitses teenuse ülepakkumine. Piirangute kaotamise mõjud olid sedavõrd negatiivsed, et 2011. aastal otsustati piirangud taastada. (Ban, 2013) (Pina, 2014)

Apteegikorraldus Inglismaal sarnaneb haiglakorraldusele Eestis, kus iga ettevõtja, kellel on olemas vajalikud ressursid võib avada apteegi, mis ei tähenda, et riiklik ravikindlustus uut turule tulijat aktsepteeriks. Kõik Eesti haiglad ja Inglismaa apteegid, kes soovivad ravikindlustuselt (Eestis Haigekassa, Inglismaal *National Health Service*, NHS) raha saada, peavad arvestama piirangutega. 2005. aastal leevendati Inglismaa konkurentsiameti (*Office of Fair Trading*) ettepanekul NHS lepingupartnerite piiranguid neile, kes olid valmis apteegiteenust osutama vähemalt 100 tundi nädalas. Sellega loodeti, et vaba konkurents parandab teenuse kättesaadavust ja alandab ravimite hindasid. Piirangute kaotamise mõjusid on Inglismaal pikema aja jooksul mitmeid kordi hinnatud. Esmalt valmis 2007. aasta parlamendiparteide ühise töögrupi analüüs, millest järeldus, et apteegi asutamispriirangute osaline kaotamine 2005. aastal ei ole olnud kellelegi kasulik. Probleemideks on apteekide edasine jätkusuutlikkus, apteekide kuhjumine ja liberaliseerimise vähene kasu patsientidele. “Dereguleerimine ei vii edasi ning riik peab hakkama apteegivõrku planeerima, sest vaba konkurents ei taga apteekide optimaalset paiknemist.” (Nömper, 2012, lk 731)

Seejärel tehti 2008. aastal valitsuse analüüs, mis järeldas, et apteegi asutamispriirangute liberaliseerimine on põhjustanud olulisi tagasilööke: näiteks uute apteekide kuhjumine. Uute apteekide arvu ja paiknemist pole võimalik planeerida, et arvestada piirkondlikku nõudlust. Apteekide kuhjumise vastumeetmena soovitatakse kehtestada piirang, et uus apteek asuks vähemalt 1,6–2 km kaugusel teisest apteegist. (*Ibid*) (HM Government, 2008, lk 114)

Nii nagu apteekide asutamispriirangute üle, on peetud vaidlusi ka apteekide monopoli üle paljudes riikides. Väga paljudes riikides on ravimite väljastamise õigus jäänud vaid apteekidele ja apteekritele. Üldiselt võib täheldada suundumust käsimüügiravimite müügi liberaliseerimisele ja käsimüügiravimid muutuvad üha enam kättesaadavamaks

väljaspool apteeke, seda ka reguleeritud ravimituruga riikides (Vogler, Arts, & Sandberger, 2012). Joonis 1.9 illustreerib, kuidas ja mil moel on ravimite kättesaadavus ja apteekide monopoli küsimus lahendatud erinevates EL riikides.



Joonis 1.9. Käsimüügiravimite müük väljaspool apteeke EL riikides (Vogler, 2014)

Tumeroheliselt on märgitud riigid (Itaalia, Iirimaa, Inglismaa, Šveits, Saksamaa, Tšehhi, Poola, Ungari, Rootsi, Norra), kus valitud käsimüügiravimite müük on lubatud väljaspool apteeke. Heleroheliselt toodud riikides (Portugal, Austria, Bulgaaria, Rumeenia, Soome), on valitud käsimüügiravimid saadaval väljaspool apteeke piiratud tingimustel. Selleks on loodud hajaasustusega piirkondades ravimikapid/punktid, kust elanikud saavad osta käsimüügiravimeid ning retsepti olemasolul ja vajadusel tellida retseptiravimeid. Siniselt märgitud riikides (Hispaania, Prantsusmaa, Belgia, Holland, Taani, Kreeka, Slovakkia, Leedu, Läti, Eesti) on ravimite müük lubatud vaid apteegis.

Sõltumata regulatsiooni ulatusest ei mõjuta regulatsioonid apteegiteenuse kvaliteeti, sest apteekritele on seatud ette kõrged kutsestandardid, mille järgi nad oma tööd teevad.

Nõustamine on apteekri üks peamisi ülesandeid ja paljud kliendid pöörduvad abi saamiseks esimesena just apteeki. Küll aga tõstab ravimituru dereguleerimine apteekrite töökoormust, lühendades seeläbi patsiendi nõustamiseks jäävat aega. Kuigi viimase aastakümne vältel on olnud rangelt reguleeritud ravimituruga riigid tugeva surve all, jõuti Euroopa Kohtu otsusega (2011) järeldusele, et apteekide asutamispiirangud ja omandipiirangud on rahva tervise huvides õigustatud. (Vogler, Arts, & Sandberger, 2012)

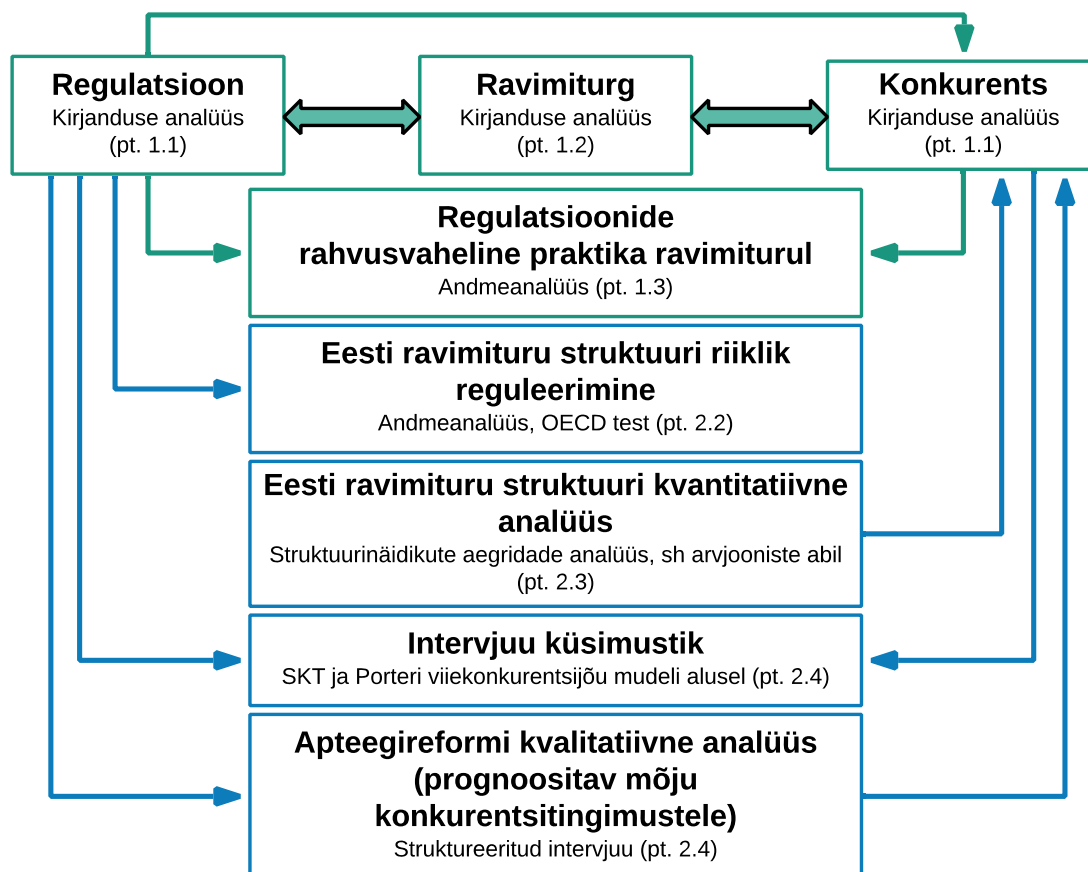
Kokkuvõtteks võib öelda, et ravimituru dereguleerimise eesmärgiks on parema ravimite kättesaadavuse tagamine ja taskukohane hind. Tegelikuses ei ole aga võimalik neid ootusi täielikult täita ja deregulatsiooni tulemus võib olla oodatule hoopis vastupidine, sest turuosaliste (nt hulgimüüjate) surve suurendada apteekide käivet läbi käsimüügiravimite ja teiste apteegikaupade on suur ning apteekide paiknemine territooriumil ebaühtlane.

2 KONKURENTSITINGIMUSTE REGULATSIOON JA SELLE MÕJU HINDAMINE EESTI RAVIMITURUL

2.1 Uurimismetoodika kirjeldus

Autor valis uurimisprobleemiks riikliku regulatsiooni seniste muutuste mõju ravimituru struktuurile ja konkurentsitingimustel. Kuna käimas on apteegireform, mis peaks jõustuma 2020. aasta 1. aprilliks, siis lisaks juba ilmnunud mõjudele analüüsib autor erinevate turuosaliste suhtumist reformi, et hinnata reformi võimalikke mõjusid ravimituru konkurentsitingimustele, sh struktuurile.

Empiirilises uurimuses kasutab autor kvantitatiivseid ja kvalitatiivseid uurimismeetodeid, magistritöö struktuur ja meetodid on toodud joonisel 2.1. Selleks, et selgitada välja ravimituru konkurentsi piiravad regulatsioonid, kasutab autor töö empiirilises osas OECD konkurentsi hindamise testi. Regulatsiooni muutuste mõju ravimituru struktuurile ja konkurentsitingimustele analüüsitakse kvantitatiivselt, kasutades Ravimiametilt saadud statistilisi andmeid. Konkurentsituatsiooni hindamiseks ravimiturul leitakse kolme suurema ravimite hulgimüüja kontsentratsiooni suhtarv (CR_3) ning jaemüügiturul vertikaalselt integreeritud nelja apteegiketi kontsentratsiooni suhtarv (CR_4). Struktuuri näidikute aegridade analüüsi kasutab autor ravimituru struktuuri muutuste dünaamika ja vertikaalse integratsiooni dünaamika analüüsimiseks. Ravimiturul osalejate suhtumise analüüsimiseks apteegireformi kasutab autor struktureeritud intervjuud erinevate osapooltega. Intervjuu küsimuste koostamisel on võetud aluseks SKT paradigma ja Porter'i viie konkurentsijõu mudel, intervjuu küsimustik on toodud magistritöö lisas 8.



Joonis 2.1. Magistritöö struktuur ja metoodika; Allikas: autori koostatud

Intervjuu valim kujunes põhimõttel, et intervjuueeritaval oleks kompetentsus uuritava teema osas ja intervjuueeritavate hulgas oleksid esindatud kõik olulisemad huvigrupid (teenuse osutajad ja regulaatorid), keda regulatsioon ja apteegireform puudutab. Intervjuu valim on toodud tabelis 2.1.

Tabel 2.1. Intervjuu valim

Intervjuu toimumise aeg	Intervjuueeritava valdkond	Roll
12.04.2019	Euroapteekide kett "EA"	Jaemüüja (ketiapteegid)
16.04.2019	Eesti Proviisorite Koda MTÜ "EP"	Jaemüüja
17.04.2019	Ravimiamet "RA"	Reguleerija
18.04.2019	Tamro Eesti OÜ "TA"	Hulgimüüja
18.04.2019	Konkurentsiamet "KA"	Reguleerija

Allikas: autori koostatud

Autor omab pikaajalist töö- ja ettevõtluskogemust ravimiturul ning tunneb Eesti ravimiturgu, sellest tulenevalt on autori arvates struktuurinäidikute aegriidade statistiline analüüs ning SKT paradigma ja Porter'i viie konkurentsijõu mudeli kasutamine sobivad meetodid Eesti ravimitoru konkurentsitingimuste analüüsimiseks. Intervjuude läbiviimise tulemusel saadavad osapoolte mõtted, hinnangud ja ootused apteegireformile annavad kokku usaldusväärsed andmed, et teha järeldusi apteegireformi võimalike muutuste kohta ravimitoru struktuuris ja kontsentratsioonis.

2.2 Ravimitoru struktuuri riiklik reguleerimine Eestis

Empiirilise osa teises peatükis analüüsib autor ravimitoru struktuursete piirangute eesmäärke ja sisu erinevatel perioodidel. Konkurentsi piiravate regulatsioonide välja selgitamiseks viib autor läbi OECD konkurentsi hindamise testi.

“Aluse tänapäevasele apteegivõrgu kujunemisele Eestis andis 1923.a jõustunud vabamüügi apteekide avamise seadus, mis sätestas kriteeriumid uute apteekide avamisele. Ühe apteegi võis avada keskmiselt 6000 elaniku kohta. Valgas, Narvas ja Pärnus 7000 elaniku kohta ning Tallinnas ja Tartus 8000 elaniku kohta.” (Sarv, 2011, lk 13) Apteegivõrgu kujundamine jätkus ja 1940. aastal tegutses Eestis juba 205 apteeki ning taasiseseisvumise ajaks oli apteekide arv kasvanud 218 apteegini. “Selline apteegivõrgu suurus oli Eesti elanikkonna teenindamiseks optimaalne.” (Kimmel & Kannelmäe, 2011)

Esimene ravimiseadus pärast taasiseseisvumist jõustus 1. aprillil 1996. Tegemist oli esimese, mitte väga mahuka normistikuga, mida hiljem korduvalt ja oluliselt muudeti. Juba siis võis seaduse algtekstist leida normi (§10), mille kohaselt apteegi omanik tohtis olla riik, kohalik omavalitsus või Eesti kodanik, viimasel juhul pidi 51% hääleõigusest kuuluma apteegis töötavale erialaspetsialistile, kelle nimele on väljastatud teenuse

osutamise tegevusluba. (Ravimiseadus, 1996) Need piirangud tühistati suvel 1996², peale seda tohtisid ka juriidilised isikud olla apteegi omanikud. Ravimiseadust otsustati taas muuta 2006. aastal kui kehtestati apteekidele asutamispiirangud, eesmärgiga tagada apteegiteenuse ühtlasem jaotumine ja kättesaadavus üle Eestis, et ravimid oleksid võrdselt kättesaadavad kõigile. Piirangud pidid vähendama maa-apteekide sulgemist ja vältima kuhjumist tihedalt asustatud aladele. Linna ei saanud uut apteeki rajada, kui linnas oli ühe apteegi kohta alla 3000 elaniku ja asulas, mis ei ole linna staatuses, ei saanud uut apteeki rajada juba seal olemasolevale apteegile lähemale kui 1 kilomeeter.

Kui kohalik omavalitsus siiski leidis, et uue apteegi avamine suurenenud nõudlusega piirkonnas, rahvastiku ümberpaiknemise, apteegiteenuse puudumise või halva kvaliteedi tõttu on siiski vajalik, tegi ta Ravimiametile vastava avalduse. Kui erandi tegemine oli põhjendatud, said kõik soovijad taotleda apteegi avamise õigust ning kui taotlejaid oli rohkem kui üks, heideti liisku. (Maripuu, 2013) Selline liisuheitmise protseduur kehtestati Ravimiameti poolt 2006.a. alguses.³ Selle tulemusena loodi juurde sadu ja tuhandeid uusi ettevõtteid, millel registri andmetel, äritegevus puudus, kuid kes kõik osalesid liisuheitmisel, et suurendada oma võidu võimalust. Liisuheitmisel osalemise eesmärk ei olnud alati avada uus apteek, vaid võimalusel takistada konkurenti tulekut turule. Sest liisu võitjale anti uue apteegi avamiseks aega 6 kuud, ilma apteegi avamise kohustuseta. Kui selle aja jooksul apteeki ei avatud, korraldati uus liisuheitmine. Sagedased olid ka juhud, kui pärast liisu võitmist ettevõtte, millel äritegevus seni puudus, võõrandati. (Ots, 2011)

² Ravimiseaduse muutmise seadus. 26. juuni 1996. -RT I 1996, 49, 954.

³ Liisuheitmise läbiviimine on kehtestatud Ravimiameti peadirektori 21.05.2007.a. käskkirjaga nr 16 „Ravimiseaduse § 42¹ ettenähtud ülesannete täitmise kord“.

Kuigi asutamispirangud on kehtestatud paljudes riikides, oli Eestis olukord 2006. aastal erandlik selle poolest, et piirangud kehtestati jae- ja hulgimüügitasandi ulatusliku vertikaalse integratsiooni ja turukontsentratsiooni tingimustes.

Kuna ravimiturul kujunenud olukorda iseloomustas tugev vertikaalne ja horisontaalne integratsioon, piiratud konkurents, kõrged hinnad ning maa-apteekide endises tempos sulgemine, leidis Riigikontroll, et ravimiseaduse paragrahvist 42¹ tulenevad piirangud⁴ ei ole oma eesmärki täitnud (Riigikontroll, 2012). Riigikontrolli (2012) auditi tulemusena domineeris Eesti ravimite hulgimüügiturul kaks hulgimüüjat (Magnum ja Tamro), kelle käes oli toona üle 80% hulgimüügiturust, mistõttu oli konkurents hulgimüügiturul halb ning kolmandal osapoolel väga keeruline turule siseneda. Samuti kuulusid enamuse üldapteekidest Eestis kahe suurema ravimite hulgimüügi ettevõtte omandisse või mõjusfääri. Magnumile kuulusid kaks suurt apteegikett (Apotheka ja Südameapteek) ning Tamro omandis olid osaliselt või tervenisti Benu kaubamärki kandvad apteegid. (Riigikontroll, 2013).

Kuna piirangud ei olnud oma eesmärki täitnud, siis Riigikogu muutis apteegipidamise korraldust aastatel 2014 ja 2015. Ravimiseadust muudeti kahes osas:

- 9.juunist 2014.a. hakkas kehtima vertikaalse integratsiooni keeld, et eraldada ravimite jae- ja hulgimüük;
- 20.märtsil 2015.a. kehtestati apteekide avamisele omandipiirang (st üldapteegi tegevusluba väljastatakse proviisorile või proviisori enamusosalusega juriidilisele

⁴ § 42¹. Üldapteegi tegevusloa väljaandmise ja muutmise piirangud nägid ette, et uut apteeki ei saa rajada linna, kui Ravimiameti ja Statistikaameti andmetel on selles linnas ühe üldapteegi kohta vähem kui 3000 elanikku. Ning asulates ei saa avada uut apteeki, seal juba olemasolevale apteegile lähemale kui 1 kilomeeter.

isikule ning proviisor võib olla seotud kuni nelja üldapteegiga), et toetada konkurentsi ja suurendada proviisorite sõltumatust (Ravimiseadus, 2017).

Üleminekuaeg proviisori enamusosalusega apteekidele ning ravimite jae- ja hulgimüügi omandisuhte lahutamisele ühtlustati viiele aastale. Üldapteegi tegevusload tuleb uute tingimustega vastavusse viia 1. aprilliks 2020. Üleminekuperioodil võidakse kohustada vähemalt kümmet üldapteeki omavat isikut osutama apteegiteenust vähese nõudlusega piirkonnas.⁵

Nimetatud piirangute seaduspärasuse ja vajalikkuse üle peetakse vaidlusi tänaseni. Piirangute vastuseisjad leiavad, et selline seaduskorraldus piirab ettevõtlusvabadust ning pooldajad leiavad, et vaid selline korraldus tagab õiglase konkurentsi ja apteegiteenuse kvaliteedi. Eesti ravimituru riiklik regulatsioon erinevatel perioodidel, koos kirjelduste ja eesmärkidega kronoloogilises järjekorras on toodud tabelis 2.2.

⁵ RT I, 30.12.2015, 40

Tabel 2.2. Ravimituru struktuursete piirangute sisu ja eesmärk

Periood	Piirangu sisu	Piirangu eesmärk
... 1996	Apteegid võisid kuuluda üksnes proviisoritele.	
1996...2006	Puudusid asutamispiirangud apteekidele, apteegi võis asutada juriidiline isik.	
01.01.2006 ... 08.06.2014	Kehtisid demograafilised ja geograafilised asutamispiirangud: Linnades ei saanud üldapteeki avada, kui ühe olemasoleva apteegi kohta oli vähem kui 3000 inimest; Maapiirkondades ei tohtinud uus apteek jääda olemasolevale apteegile lähemale kui üks kilomeeter.	Vähendada maa-apteekide sulgemist.
09.06.2014 ... 09.06.2015	Kaotati geograafilised ja demograafilised asutamispiirangud. Ajutiselt jäeti kehtima piirang apteegi avamiseks suure nõudlusega piirkonnas, kus Statistikaameti andmetel elab 4000 või enam elanikku ja kus asub vähemalt üks tegutsev üldapteek või selle struktuuriüksus.	Takistada pärast piirangute kaotamist massilist apteekide avamist linnades.
09.06.2014 ... kehtiv	Üldapteegi tegevusloa omaja ei või olla ravimite hulgimüügi, tootmise või tervishoiuteenuste osutamise tegevusloa omaja.	Vähendada suurte hulgimüüjate mõju apteekides töötavatele proviisoritele.
20.03.2015 ... kehtiv	Füüsilisest isikust ettevõtja peab olema proviisor, juriidilise isiku puhul peab enam kui 50 protsenti ettevõttest kuuluma proviisorile, kes peab töötama vähemalt ühes temale väljastatud tegevusloa alusel tegutsevas üldapteegis juhatajana. Proviisor võib olla seotud kuni nelja üldapteegiga asulas, kus elab rohkem kui 4000 elanikku (kehtib ka vähemusaktsiate omanikele). Apteekide arv väiksema elanike arvuga asulates ei ole piiratud. Apteegiteenuse osutamise kohustus omavalitsuse põhjendatud ettepaneku alusel piirkonnas, kus vähemalt 2000 elanikule jääb apteek kaugemale kui 30 kilomeetrit. Kohustada saab isikut, kellele on antud rohkem kui 20 000 elanikuga linnas või linnades kokku vähemalt kümme üldapteegiteenuse osutamise tegevusloa, kusjuures valitseva mõju kaudu seotud tegevusloa omajad loetakse üheks isikuks.	Suurendada apteekide sõltumatust. *Üleminekuaeg omandisuhte lahutamiseks on viis aastat. Tagada ettevõtluses võrdsemad võimalused kõigile proviisoritele. Tagada apteegiteenuse kättesaadavus maapiirkondades
14.06.2017... kehtiv	4000 ja enama elanikuga linnas tegutsev üldapteegi struktuuriüksus (haruapteek), mis on asutatud enne 2014. aasta 9. juunit, võib linnas tegutsemiskohta muutmata haruapteegina tegutseda kuni 2020. aasta 1. aprillini.	Tõsta linnas asuvate apteekide nõuded üldapteekide tasemele, et parandada apteegiteenuse kvaliteeti.

Allikas: (Ravimiseadus, 2017), (Ravimiamet, 2019); autori koostatu

Hinnates apteegiteenuse osutamisele kehtivaid regulatsioone magistr töö teoreetilise osa esimeses peatükis kirjeldatud OECD metoodika (tabel 1.3) alusel näeme, et apteegiteenuse osutamise regulatiivne raamistik toob konkurentsi olukorras välja mitmeid konkurentsi piiravaid efekte:

- Litsentsi ja lubade süsteem – „kasutatakse selleks, et kindlustada ainult seesuguste pakkujate tegutsemine turul, kes on suutelised täitma kehtestatud standardeid. Litsentsi ja lubade süsteemi rakendamine täidab tavaliselt tarbijakaitse eesmärgi. Kui litsentside ja lubade süsteemi raames kehtestatud regulatsioonid on rangemad kui eesmärgi saavutamiseks vaja, võib süsteemi rakendamisega kaasneda teatud pakkujate kaitsmine, kuna takistatud on turule sisenemine.“ (Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, 2009, lk 18) (viimane oleks tulnud kõne alla juhul kui ravimid oleks lubatud poodidesse);
- Toodete või teenuste müügihinna kontroll – hinnakontroll võib olla nii maksimaalse kui ka minimaalse hinna kehtestamine. Maksimaalne hind määratakse kindlaks, et kaitsta tarbijaid. (*Ibid*) Siin saame rääkida ravimite juurdehindluse piirmäärade, mis on kinnitatud Sotsiaalministeeriumi poolt ja lisaks tarbijale kaitseb see riigi rahakotti (ravimite juurdehindluse piirmäärad on toodud käesoleva magistr töö lisas 1.);
- Toodete või teenuste reklaami piiramine – magistr töö kontekstis saame siin rääkida ravimireklaamist, mis on samuti tugevalt reguleeritud, et kaitsta tarbijat. Apteegi, kui teenuse pakkuja reklaamimine piiratud ei ole;
- Standardite kehtestamine toodetele või teenustele – apteegiteenusest lähtuvalt on tegemist informatsiooni asümmeetriaga, ehk olukorraga kus tarbija käsutuses olev informatsioon on puudulik ja kehtestatud standardid peavad tagama tarbija turvalisuse. (Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, 2009)

Nagu eelnevast nähtub on apteegiteenuse osutamisel rida erinevaid regulatsioone, mis kõik on konkurentsipiiravad, kuid tarbija ohutuse tagamiseks siiski vajalikud ning alternatiivseid võimalusi regulatsiooni muutmiseks rakendada ei ole mõistlik või võimalik.

2.3 Ravimituru struktuuri areng Eestis ja selle seos regulatsioonidega

Empiirilise osa peatüki 2.3 alapeatükkides analüüsib autor kvantitatiivselt ravimituru struktuuri, et selgitada milliseid muutusi on erinevad regulatsioonid erinevatel perioodidel kaasa toonud ning kuidas see on mõjutanud apteegiteenuse kättesaadavust linnas ja maal. Ravimite hulgemüügituru arengu analüüsiks kasutab autor ettevõtete arvu dünaamika analüüsi. Et analüüsida ravimiturul tegutsevate hulgemüüjate turuosasid, toob autor välja kolme suurima hulgemüüja kontsentratsiooni suhtarvu (CR_3) ravimiturul erinevatel perioodidel. Lisaks teeb autor analüüsi vertikaalselt integreeritud apteekide (hulgemüüja omandis olevad apteegid) kohta erinevatel perioodidel, et analüüsida vertikaalse integratsiooni dünaamikat sh analüüsides kui suur osa apteekidest protsentuaalselt kuulub erinevatele hulgemüüjatele, et mõõta, millises mahus on turg olnud vertikaalselt integreeritud erinevatel perioodidel ning näidates apteegikettide käibekontsentratsiooni valitud perioodil. Ravimite jaemüügituru kvantitatiivses analüüsis hinnatakse apteegiteenuse kättesaadavust linnas ja maal kasutades selleks apteekide arvu muutuse dünaamika analüüsi. Konkurentsitingimuste ja kontsentratsioonitaseme hindamiseks jaemüügiturul analüüsitakse apteekide arvu muutuse dünaamikat tegevusloa omaja kohta ning erinevate apteegikettide käibekontsentratsiooni sh kontsentratsiooni suhtarvu (CR_4). Kvantitatiivses analüüsis kasutatud andmed pärinevad Äriregistri majandusaasta väljavõtetest ja Raviameti statistika andmebaasidest ning erinevate hulgemüüjate ja apteegikettide kodulehtedelt.

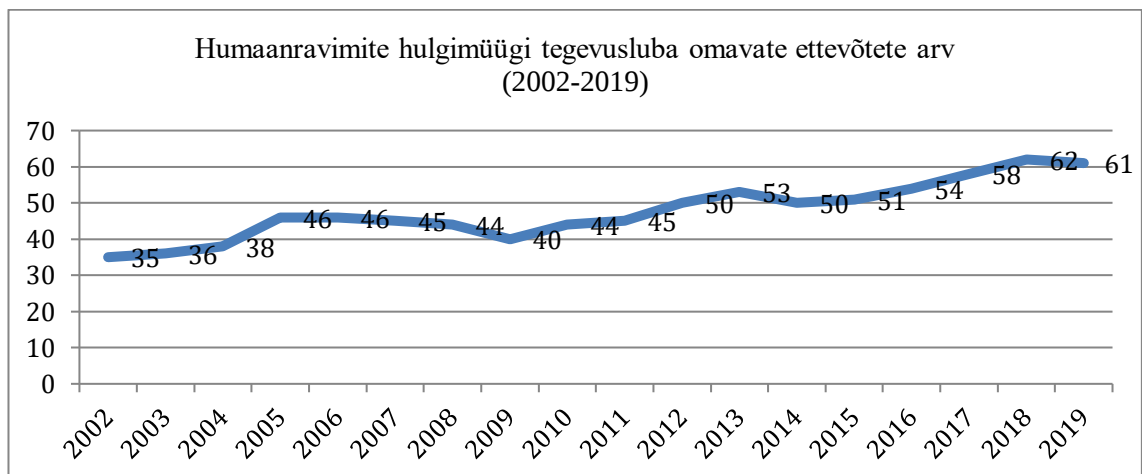
2.3.1 Ravimite hulgemüüjad ning nende vertikaalne integratsioon apteekidega

Selles alapeatükis keskendub autor ravimite hulgemüügituru struktuuri ja selle dünaamika analüüsimisele, näidates ravimite hulgemüügituru arengut ja kontsentratsiooni dünaamikat erinevatel perioodidel. Samuti kirjeldatakse hulgemüüjate seotust apteekidega, analüüsides vertikaalse integratsiooni arengut ja dünaamikat erinevatel perioodidel.

Humaanravimite turumaht on kogu vaadeldava perioodi jooksul pidevalt kasvanud, ulatudes 2018. aastal 325 miljoni euron (lisa 3). Vaid 2009. aastal vähenes see eelmise

perioodiga võrreldes 1,56%. Samuti on kogu perioodi vältel suurem enamus (70–85%) ravimite hulгимүүgi turust kuulunud kahe suure hulгимүүja, Tamro Eesti OÜ ja Magnum Medical OÜ (sh Apteekide Koostöö Hulгимүүk OÜ) kätte (lisa 4).

Eesti ravimiturul on humaanravimite hulгимүүgi tegevusluba omavaid ettevõtteid erinevatel perioodidel olnud palju. Ravimiameti kodulehel on avaldatud ravimite hulгимүүgi statistika andmed alates 2002. aastast kuni tänaseni, mis magistritöö kontekstis on sobiv, et kirjeldada ja analüüsida ravimite hulгимүүgiturul toimunud muutusi erinevatel regulatsiooni perioodidel. 2002. aastal oli Eestis 35 humaanravimite hulгимүүgi tegevusluba omavat ettevõtet, mis on 2019. aastaks kasvanud 61-ni (joonis 2.2) (Ravimiamet, 2019)



Joonis 2.2. Humaanravimite hulгимүүgi tegevusluba omavate ettevõtete arv Eestis 2002–2019. Allikas: (Ravimiamet, 2019); autori koostatud

Euroopa Komisjon kasutab kaubaturu määratlemiseks NACE klassifikaatorit, kus ravimite hulгимүүk kuulub klassi G.51.46. Sellel lisaks eristab ta ravimite hulгимүүgi veel eraldi klassidesse järgmiselt:

- tootjaid, kes müüvad ise oma ravimeid;
- hulгимүүjaid, kes pakuvad laias valikus ravimeid;
- hulгимүүjaid, kelle müüdav ravimite valik on piiratud (Rõõmsaar, 2008).

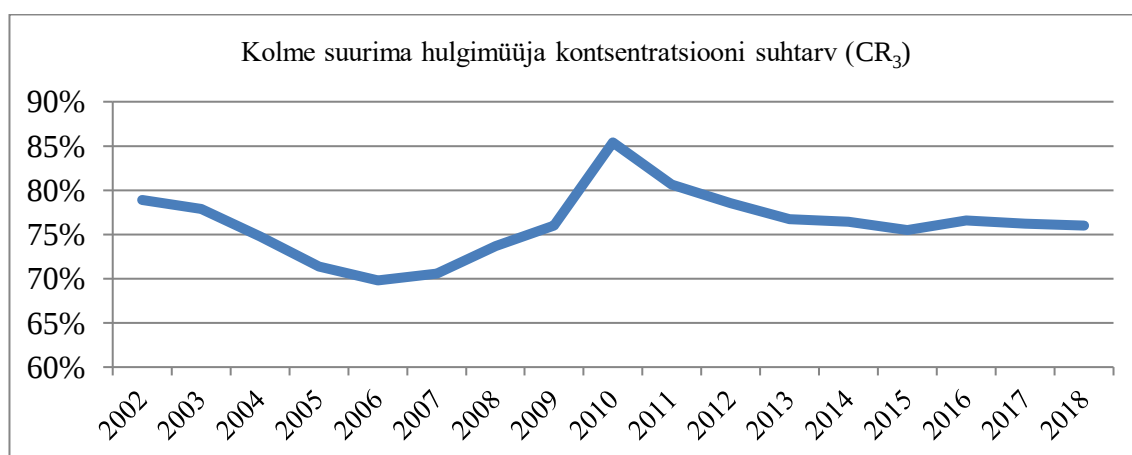
Sellest tulenevalt ei ole kõik ravimite hulгимүүgi tegevusluba omavad hulгимүүjaid omavahel otsesed konkurendid, sest ravimite hulгимүүgi õigust võivad omada ka

ravimite tootjad ja maaletootjad (tootja esindajad), eesmärgiga osaleda riigihangetel ja müüa oma ravimeid haiglaapteekidele. Lisaks haiglaapteekide varustamisele müüvad nimetatud hulgimüüjad oma kaupu ka laia valikut pakkuvatele hulgimüüjatele, kes omavad vajalikku ressursi (ladu, logistika), et teenindada apteeke (sh haiglaapteeke). Magistritöö kontekstis ei pea autor vajalikuks nende hulgimüüjate välja jätmist konkurentsitaseme hindamisel, sest nende osakaal jääb kõigil perioodidel alla 10%.

Konkurentsiamet on seisukohal, et ravimite hulgimüügituru „konkurentsiolekorra hindamiseks ning omavahel konkureerivate ettevõtjate turujõu hindamiseks tuleks eristada erinevaid ravimite turustamise tasandeid:

- ravimite sisseost (tootja → hulgimüüja);
- vaheturg (hulgimüüja → hulgimüüja);
- ravimite hulgimüük (hulgimüüja → jaemüüja).“ (Rõõmusaar, 2008, lk 4)

Et hinnata kvantitatiivselt üldist konkurentsitaset Eesti ravimite hulgimüügituru tasandil arvutas autor Ravimiameti statistikaandmete põhjal välja kolme (Tamro Eesti OÜ, Magnum Medical OÜ ja Apteekide Koostöö Hulgimüük OÜ) suurima turuosalise kontsentratsiooni suhtarvu CR_3 (joonis 2.3) ehk nende turumahu osakaalu magistritöös käsitletud perioodide lõikes (2002 – 2018).



Joonis 2.3. Kolme suurema hulgimüüja osakaal ravimite hulgimüügiturul; Allikas: (Ravimiamet, 2019); autori koostatud

Nagu joonisel 2.3 näeme on kontsentratsiooni suhtarv CR_3 stabiilselt kõrge (üle 70%). Selle languse aastatel 2002-2006 tingis välismaiste apteegikettide turule tulek, mis

elavdas konkurentsi hulгимүүгитурл, sest loodi uued hulгимүүгифirmad Baltfarma OÜ, kellele kuulusid Euroapteegid ja Medapta OÜ, kelle omandis oli Ülikooli Apteegi kett. 2006. aastal oli kolme suurima hulгимүүja kontsentratsiooni suhtarv perioodi madalaim. Seejärel hakkas see taas tõusma, saavutades haripunkti 2010. aastaks (85,4%). Selle põhjustas hulгимүүjate Nordic Pharma OÜ ja TopMed AS lahkumine turult ning Oriola AS-i otsus, lõpetada jaeapteekide teenindamine. TopMed AS lahkumise ja Oriola AS otsus, lõpetada jaeapteekide teenindamine, oli tingitud apteekide ketistumisest, sest kahe suure hulгимүүja omandisse kuuluvad või nendega osaliselt seotud apteegid eelistavad kaupu tellida endaga seotud hulгимүүjalt. (Rõõmusaar, 2008)

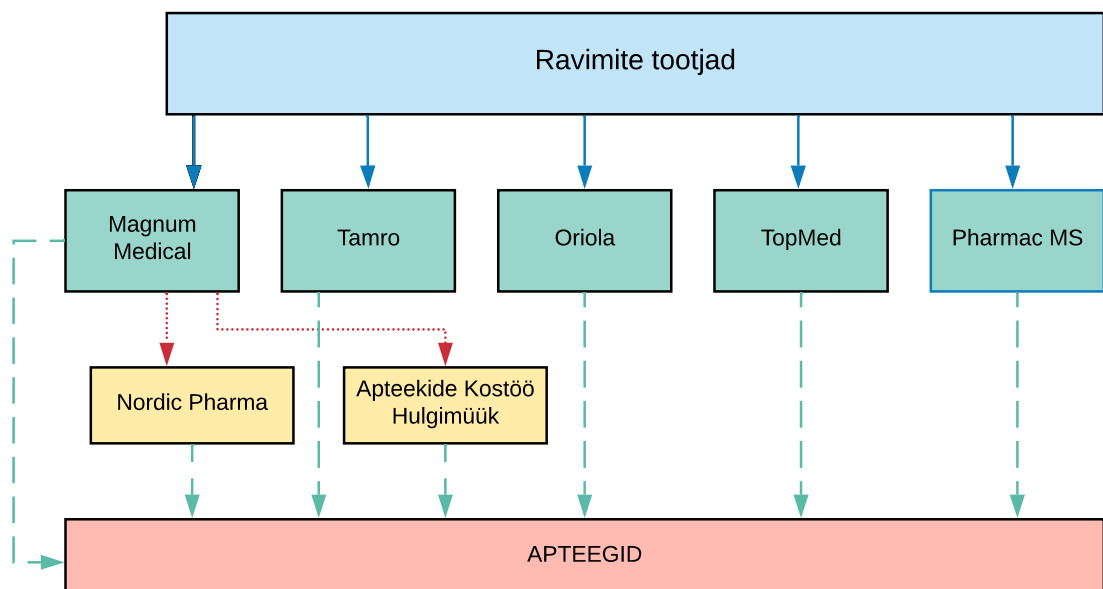
Vaatamata sellele, et ravimite hulгимүүгитурл on hulгимүүjaid palju, teenindab jaemүүgiapteeke neist vaid väikene osa (5-6 ettevõtet), moodustades keskmiselt 90% ravimite koguturu mahust. Kui analüüsida statistilisi andmeid aastatel 2002 – 2018 (tabel 2.3), siis suurima muutuse statistikasse tõi Apteekide Koostöö Hulгимүүk OÜ (AKH OÜ) loomine (2004) Magnum Medicali poolt, mis vähendas näiliselt Magnumi turuosa ja tänu millele sai ravimite hulгимүүgi turul liidripositsiooni (2005 – 2011) omale Tamro (tabel 2.3).

Tabel 2.3. Suuremad ravimite hulгимүүjad ja nende % turuosast 2002-2018.

HULGIMÜÜJA	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tamro Eesti OÜ	30,9	30,1	29,9	30,5	30,2	31,0	31,5	30,2	31,8	30,5	27,7	26,7	25,6	24,5	24,4	26,3	27,0
Magnum Medical OÜ	48,0	47,8	42,4	25,9	26,7	27,2	29,3	29,6	30,7	28,5	29,5	28,8	29,6	30,0	30,7	28,6	28,0
Apteekide Koostöö			2,5	15,0	12,9	12,4	12,9	16,2	22,9	21,6	21,3	21,2	21,2	21,0	21,6	21,3	21,0
Nordic Pharma OÜ	2,5	3,1	4,7	10,0	11,6	11,0	10,6	8,1									
Oriola AS	3,4	4,9	5,8	5,9	6,7	6,3	5,6	5,5	2,2	2,5	3,3	3,6	3,0	3,3	2,6	2,8	
TopMed AS	4,7	4,4	4,6	4,9	4,4	3,9	2,9										
AS Pharmac MS	3,2	3,2	3,0	1,9	1,9												
Roch Eesti										3,1	3,4	3,5	4,0	4,6	5,5	5,6	5,0
Baltfarma											1,5	3,4	4,2	4,2	4,8	4,8	5,0
Terviseamet											4,8	4,5	4,9	5,9	4,9	5,4	5
Chirurgicus AS									2,8	2,8							

Allikas: (Ravimiamet, 2019); autori koostatud

Tuginedes Ravimiameti andmetele (tabel 2.3), oli geograafiliste ja demograafiliste asutamispiirangute kehtestamise alguses (2006) Eestis kokku seitse, suurima turuosaga humaanravimite hulgimüüjat (Tamro Eesti OÜ (30,2%), Magnum Medical OÜ (26,7%), Nordic Pharma OÜ (11,6%), AS Oriola (6,7%), TopMed AS (4,4%), AS Pharmac MS (1,9%)), kõik nimetatud hulgimüüjad varustasid jaemüügi apteeke. Ravimiturul valitsenud olukorda illustreerib joonis 2.4, kus ravimite turustamiseks kasutatavad turustuskanalid on märgitud erivärvi nooltega, kirjeldades ravimite tarneahela struktuuri ja suurimate hulgimüüjate tegevust ning Magnumi strateegiat Eesti ravimiturul. Sinised nooled näitavad ravimite sisseostu tasandit (tootja – hulgimüüja), punane punktiirjoon illustreerib vaheturu tasandit (hulgimüüja – hulgimüüja) ning roheline katkendlik joon näitab ravimite hulgimüügi tasandit (hulgimüüja – jaemüüja). Magnum mängib olulist rolli kõigis kolmes tarneahelas, lisaks ravimite ostmisele maaletoojatelt, tegeleb ta aktiivselt ise ravimite maale toomisega, müües neid edasi nii vaheturul tegutsevatele hulgimüüjatele kui ka otse jaemüüjatele (apteegid). Hulgimüügi tasandi moodustavad kõik joonisel 2.4 toodud hulgimüüjad, kes tarnivad sortimendis olevaid ravimeid apteekidele. (Rõõmusaar, 2008)



Joonis 2.4. Ravimite turustamise kanalid Eestis 2006 Allikas: *(Ibid)*

Ravimiameti statistika põhjal (tabel 2.3) omas 2006. aastal Magnum näiliselt vaid 26,7% turumahust. Märkimisväärse turuosa languse (aastal 2005 oli Magnumi turuosa 42,5%)

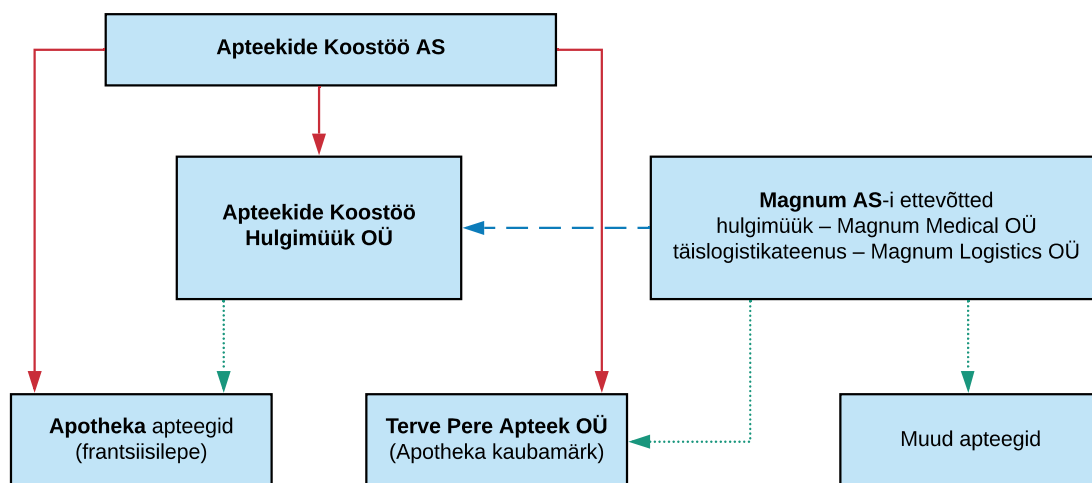
tingis joonisel 2.4 kujutatud Magnumi strateegia, kui Magnum hakkas ravimeid tarnima vaheturul tegutsenud hulgimüüjatele (Nordic Pharma OÜ-le ja AKH OÜ-le). Osaledes samal ajal kõikides ravimite turustamise kanalites (sisseost, vaheturg ja hulgimüük), olles hulgi tasandil vertikaalselt integreeritud Nordic Pharma OÜ kui ka AKH OÜ-ga, kuulus Magnumile tegelikult 2006. aastal 51,2% humaanravimite turumahust. Sellest järeldub, et tegu oli tugeva konkurentsiolukorra moonutamisega.

Autor on seisukohal, et lisaks piiratud konkurentsitingimustele on ettevõtjal, kes omab sellist turujõudu (tegutsedes nii ravimite hulgi- kui ka jaemüügi tasandil), väga suur mõju kaupade valikule ja kättesaadavusele, tehes otsuseid ja valikuid lähtudes enda majanduslikest huvidest, jättes arvestamata kliendi soove, vajadusi ja majanduslikku olukorda. Sellises turusituatsioonis näevad sarnast probleemi ka paljud apteegiteenuse osutajad, ravimite hulgimüüjad, ravimite tootjate esindajad (Rõõmusaar, 2008, lk 10).

Analüüsides edasist perioodi (al 2010) leiame suuremate humaanravimite hulgimüüjate seast (tabel 2.3) ka Roch Eesti OÜ ja Chirurgicus AS-i, kuid autorile teada olevatel andmetel need hulgimüüjad ja apteekidele tarnimisega ei tegele, vaid on väikese valiku ravimite maaletoojad ja osalevad riigihangetes. Samuti ei varusta Terviseamet jaemüügiapteeke, vaid osaleb erinevates tervise edendamisele suunatud projektides (nt vaktsineerimine jms), hankides ravimeid hangete raames ja tarnides neid erinevatele tervishoiuasutustele. Küll aga on alates 2012. aastat kasvutrendi hakanud näitama Baltfarma OÜ (tabel 2.3), kes teenindab Euroapteegi ketti. (Ravimiamet, 2019)

Kuigi AKH OÜ puhul on tegemist eraldi seisva juriidilise isikuga, kes omab ravimite hulgimüügi tegevusluba ja teenindab Apotheka kaubamärgi all tegutsevaid apteeke, on AKH OÜ pakutav ravimite sortiment ja logistika täpselt sama nagu Magnum Medical OÜ poolt pakutav teenus, kes teenindab Terve Pere Apteek OÜ-le kuuluvaid Apotheka apteeke (Magnumiga vertikaalselt integreeritud apteegid), Südameapteegi ketti ja teisi

eraldi seisvaid apteeke ning vajadusel⁶ teistesse kettidesse kuuluvaid apteeke. Kuigi Konkurentsiameti koondumise otsusest (Rõõmusaar, 2008, lk 18) saab välja lugeda, et Magnum AS ei oma osalust AKH OÜ-s, kirjeldatakse nimetatud olukorras siiski nende ettevõtete vahel konkurentsisureve puudumist. Magnum AS-ile kuuluvate ettevõtete omavahelist seotust kirjeldab joonis 2.5.



Joonis 2.5. Magnum AS ja Aptekide Koostöö Hulgrimüük OÜ omavaheline seos Allikas: (Rõõmusaar, 2008) autori koostatud

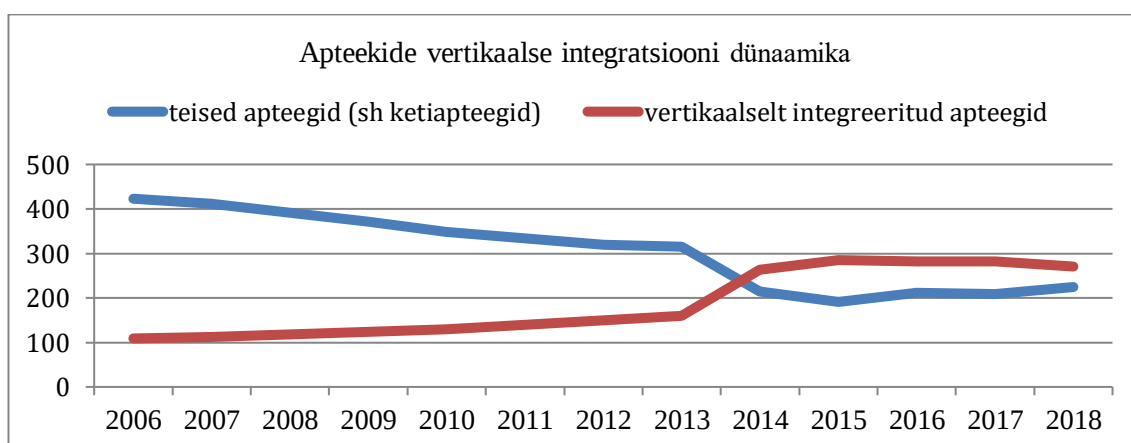
Nagu joonisel 2.5 näha võime on kõik AKH OÜ poolt turustatavad ravimid pärit Magnumist, sest AKH OÜ ostab kogu pakutava sortimendi sisse Magnumilt, müües seda edasi formaalselt AKH OÜ nime all. Kõik apteegid, keda AKH OÜ varustab kuuluvad Apotheka apteegiketti ja kasutavad sama turundusstrateegiat (*Ibid*).

Võttes arvesse eelneva käsitluse põhjal välja selgitatud fakti, et AKH OÜ on väga tihedalt seotud Magnumi kontserniga, saame väita, et tegelikult kontrollivad ravimiturgu kaks ravimite hulgrimüüjat ja ravimite hulgrimüügiturg on oligopoolses seisundis.

⁶ Magnum Medicali sortimendis on valik ravimeid, mida teised hulgrimüüjad ei paku.

Järgnevalt analüüsib autor hulgimüüjate omandisse kuuluvate ehk vertikaalselt integreeritud apteekide arvu kasvu ravimiturul. Esmalt vaatleme perioodi alates aastast 2006, kui hulk apteekide koondumisi oli juba toimunud ning 20% apteekidest (lisa 7) olid vertikaalselt integreeritud kuuludes erinevate hulgimüüjate omandisse. Ravimituru riiklik regulatsioon aastal 2006 (geograafilised ja demograafilised asutamispiirangud) ravimite hulgiturgu otseselt ei puudutanud ja edasist vertikaalset integratsiooni ei takistanud ning 2009. aastaks oli neljandik ravimiturust vertikaalselt integreeritud.

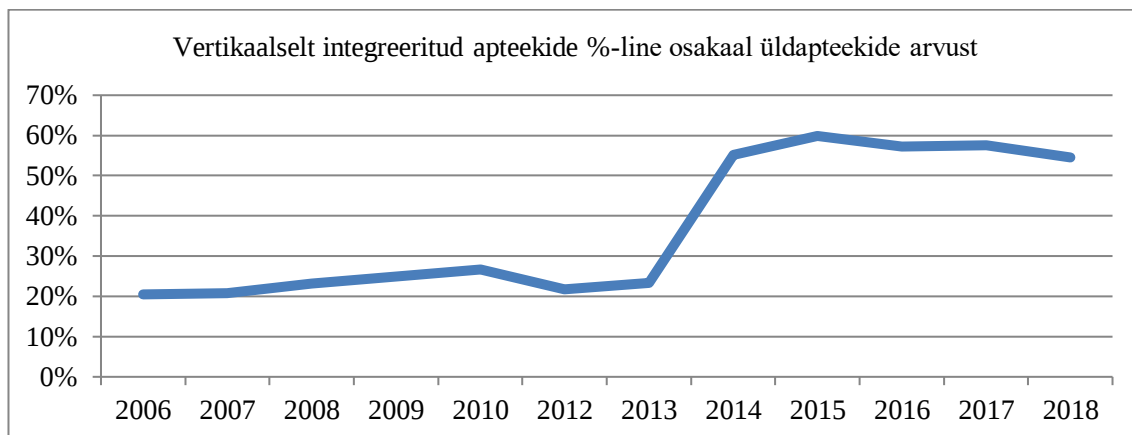
Täpsema ülevaate vertikaalse integratsiooni arengust annab joonis 2.6, mille põhjal saab väita, et turg pöördus vertikaalselt integreerituks 2014. aastaks. Sama aasta suvel hakkas kehtima apteekidele vertikaalse integratsiooni keeld, et ravimiturul tekkinud olukorda leevendada. Nagu joonisel 2.6 näha võib, tekkis tõsisem apteekide vertikaalne integreerimine just vahetult enne piirangute kehtestamist, kui hulgimüüjad omandasid omale võimalikult palju apteeke, et kindlustada oma turupositsioon.



Joonis 2.6. Vertikaalse integratsiooni dünaamika 2006–2018; Allikas: Ravimiamet; autori koostatud

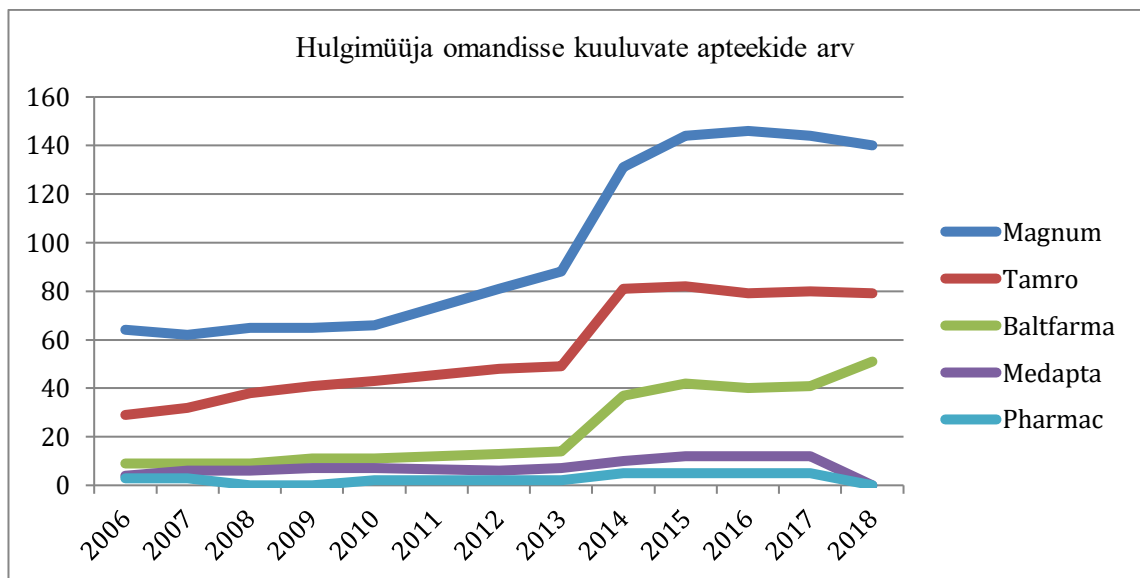
Järgmiseks võrdleb autor vertikaalselt integreeritud apteeke omavahel. Tänu välismaiste apteegikettide sisenemisele 2004. aastal oli 2006. aasta alguseks Eestis kokku kuus erinevat apteegiketti ning apteekidest 20% vertikaalselt integreeritud erinevate hulgimüüjatega. Sarnaselt joonisele 2.6 illustreerib vertikaalse integratsiooni dünaamikat joonis 2.7. Lisamärkusena olgu öeldud, et analüüs puudutab ainult vertikaalselt integreeritud apteeke ehk neid, kes on otseselt seotud hulgimüüjaga kuuludes viimase

omandisse, detailsema ülevaate hulgimüüjate ja neile kuuluvate apteekide arvu kohta annab magistritöö lisa 7.



Joonis 2.7. Vertikaalselt integreeritud apteekide protsentuaalne osakaal 2006–2018; Allikas: Ravimiamet; autori koostatud

Aastatel 2012–2014 toimus ravimiturul hulk koondumisi. OÜ Patrica ja Pharma Group OÜ ühinesid ning hakkasid teenust osutama Südameapteegi kaubamärgi all, kus apteegiteenuse tegevusloa omajaks sai Pharma Group OÜ. Tamro võttis Apteek 1 kaubamärgi asemel kasutusele rahvusvahelisse Phoenix Group'i kuuluva Benu brändi, koondades sinna alla olemasolevad Koduapteek OÜ-le kuuluvad apteegid ning uueks tegevusloa omajaks sai Benu Apteek Eesti OÜ. Veel alles hiljuti (2018) toimus Euroapteek OÜ ja Üliopiston Apteekki OÜ koondumine, kus Ülikooli Apteek kaubamärki kandvad apteegid liideti Euroapteekidega ning neid varustav hulgimüüja Medapta OÜ ühines Baltfama OÜ-ga. Aastal 2014 kehtima hakanud vertikaalse integratsiooni keeld on tänaseks näiliselt vertikaalse integratsiooni pidurdanud, kuid turul valitseb olukord kus üle poole Eestis tegutsevatest apteekidest on otseselt hulgimüüjatega seotud. Apteekide arvulist jaotust ja selle dünaamikat erinevate hulgimüüjate vahel illustreerib joonis 2.8.



Joonis 2.8. Vertikaalselt integreeritud apteekide arv hulgimüüjate lõikes. Allikas: Ravimiamet; autori koostatud

Eelpool analüüsitud ravimite hulgimüügituru hinnang konkurentsituatsioonile kasutades SKT paradigmat ja tuginedes Michael Porter'i viie konkurentsijõu teooriale on kokkuvõtlikult toodud tabelis 2.4.

Tabel 2.4. Hinnang konkurentsitingimustele ravimite hulgimüügiturul

SKT	Porteri konkurentsijõud	Hinnang konkurentsile ravimite hulgimüügiturul
KONKURENTSITINGIMUSED (struktuur)	Konkurents turul valitsevate ettevõtete vahel	Konkurents tegevusala ettevõtete vahel on väga nõrk. Hulgimüügiturgu valitsevad kaks suurt ettevõtet (Magnum ja Tamro) kelle käes on 76% ravimite koguturust (lisa 4) ning kes ise on väga suure hulga (joonis 2.8 ja lisa 7) apteekide omajad, olles samal ajal nende varustajad. Olemasolevate hulgimüüjate konkurentsi ja turuosa saavad mõjutada vaid uued avatavad ja suletavad apteegid.
	Sisenemisbarjäärid	Potentsiaalsetele sisenejatele on turg praktiliselt suletud, sest turul tegutsevad hulgimüüjad on oma positsiooni saavutanud tänu ketistumisele ning klientide (apteekide) lojaalsusele ja tugevatele partnerlussuhetel, mida saab kindlasti käsitleda sisenemisbarjäärina ja mis on tekitanud konkurentsi piirava olukorra. Kindlasti saab ravimite hulgimüügisektoris sisenemisbarjäärina käsitleda riiklikku regulatsiooni, mille kohaselt peab ravimite hulgimüügi teenuse osutaja omama ravimite hulgimüügi tegevusluba, mis piirab pakujate arvu ja ringi, kuid autor ei pea seda konkurentsi piiravaks teguriks, sest litsentside ja lubade süsteem ravimisektoris tagab ravimite ohutu ja turvalise käitlemise ning kasutamise, kaitstes sellega lõpptarbijate huve.

Järgneb...

Tabel 2.4. järg:

SKT	Porteri konkurentsijõud	Hinnang konkurentsile ravimite hulgimüügiturul
KONKURENTSI- TINGIMUSED (struktuur)	Asendus- kaubad	Asenduskaupadeks ja teenusteks ravimite hulgimüügisektoris on hulgimüüjate pakutavad omatooted (ingl. <i>private label</i>) ja lisateenused (bränditurundus, turunduskampaaniad, müügitugi jne). Pakutavad asenduskaubad panevad tarbija (apteegi) võrdlema toodete omadusi ja kvaliteeti, mis tekitab vajaduse veenda tarbijat oma toote/teenuse eelistamiseks, suurendades seeläbi kulusid. Teatud juhtudel (kui hulgimüüja arvutitarkvara toetab apteegis kasutatavat arvutitarkvara) on apteekidele ümberlülituskulud väikesed ja asenduskaupade konkurentsijõud tugev. Vastupidine situatsioon toob kaasa märkimisväärsed ümberlülituskulud ja muudab asenduskaupade konkurentsijõu nõrgaks.
TURUKÄITUMINE	Tarnijate mõjukus	Tarnijate mõjukus ravimite hulgimüügisektoris on üldiselt tugev, sest iga teenuse pakkuja soovib oma klientidele pakkuda võimalikult laia kaubavalikut. Samas saame siin rääkida regulatsiooni mõjust, mis piirab pakujate omavahelist konkurentsi, sest ravimite juurdehindlus, reklaam ja standardid toodete kvaliteedile on riiklikult reguleeritud. Kuna ravimite juurdehindlus on väga madal ja ravimite hinnad fikseeritud, puudub siin konkurents, mis paneks eelistama üht pakkuja teisele.
	Ostjate mõjukus	Ostjate ehk apteekide mõjukus ei ole tänases konkurentsituatsioonis väga kõrge. Apteegid on suuremal või vähemal määral seotud hulgimüüjaga ning ei saa ise otsustada kellelt kaupu ja teenust osta, mis on kindlasti konkurentsile piirav olukord.
TURU- TULEMUSED		Vastavalt uuele apteekide regulatsioonile alates 2014. aastast ei tohi üldapteegi tegevusloa omajaks olla ravimite hulgimüüja ning konkurentsiseaduse mõistes ei tohi hulgimüüja olla ka apteekidega seotud valitseva mõju kaudu. Nimetatud regulatsioon piirab kindlasti hulgimüüjate edasist tegevust, kuid ei kahjusta konkurentsi ravimiturul, vaid pigem soodustab seda. Sest täna on kujunenud olukord, kus turgu valitsevate hulgimüüjate otsustada on ka pakutavate toodete valik ja osaliselt ka hind. Vertikaalse integratsiooni keeld lahutab ravimite jae- ja hulgimüügi, vähendades sellega hulgimüüjate mõju apteekides töötavatele proviisoritele ja suurendades apteekide sõltumatust. See tagab ettevõtluses võrdsemad võimalused ja elavdab konkurentsi.

Allikas: autori koostatud

Ravimiturul tegutsevad hulgimüüjad on tänaseks kogu ravimisektori väga tugevalt konsolideerinud, kus uutele tulijatele sisenemine on praktiliselt võimatu ning ravimite hulgimüügiturg oligopoolses seisundis. Jääb üle vaid loota, et käimasolev apteegireform parandab konkurentsi ravimite hulgimüügiturul ja hulgimüüjad hakkavad rohkem rõhku panema pakutavate teenuste mahule ja kvaliteedile, mitte ei rõhu turuosa võitmisele.

2.3.2 Ravimite jaemügituru horisontaalne struktuur (kontsentratsioon) ning selle erinevused maal ja linnas

Magistritöö empiirilise osa alapeatükk 2.3.2 keskendub ravimite jaemügituru horisontaalse struktuuri (apteekide arvu ja teenuse kontsentratsiooni) ning selle dünaamika analüüsile. Lisaks uurib autor apteegivõrgu ja -teenuse kättesaadavuse dünaamikat maal ja linnas.

Selleks, et tervishoiusüsteem oleks jätkusuutlik ja elanike tervis kaitstud vajame me selgete ja läbimõeldud eesmärkidega tervishoiupoliitikat. Kuna ravimikulud moodustavad rohkem kui viiendiku tervishoiu kogukuludest on riigi ravimipoliitikal selle tagamisel tähtis roll. Just ravimipoliitikast sõltub see, kui kättesaadavad on ravimid inimestele ja kuidas tagatakse ravimite mõistlik tarvitamine. Need on ravimipoliitika eesmärgid, mille täitmise kohustus on antud apteekidele. Sest just apteegis töötavad apteekrid (proviisorid ja farmatseudid), on need kes nõustavad patsiente ravimite õige kasutamise osas. Paljudes riikides kaasatakse apteekreid ka teistesse patsiendi jälgimisega seotud tegevustesse: ennetus, nõustamine, ravisoostumus, krooniliste haigete jälgimine jne. Teaduskirjanduses ja riikide praktikas on välja kujunenud nn farmatseutilise hoole kontseptsioon, mille keskmes on patsient ja tema vajadused ning eesmärgiks patsiendi elukvaliteedi parandamine. (Kruus & Paat-Ahi, 2013)

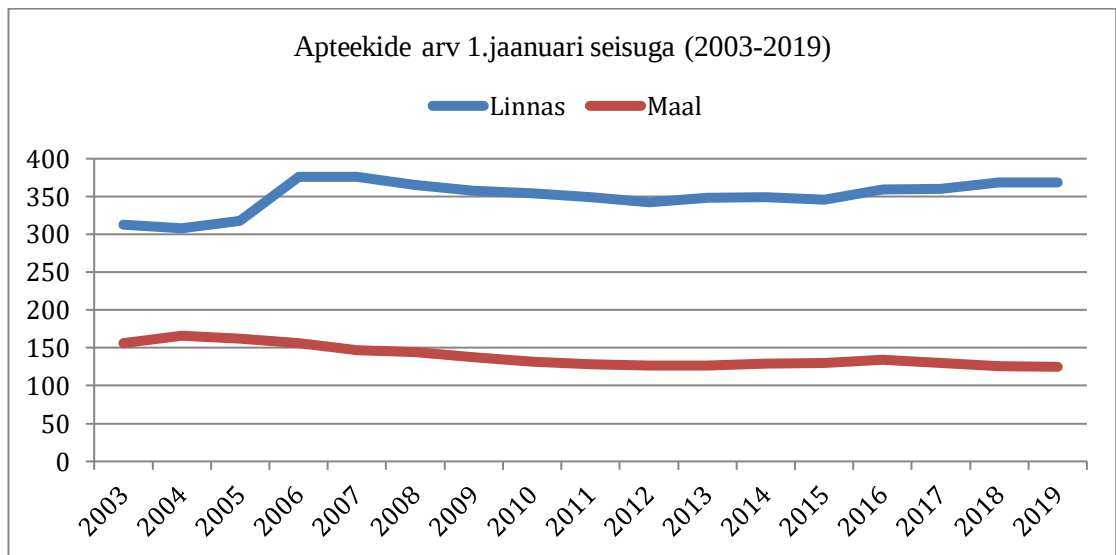
Autori arvates on Eestis ravimid üldjuhul väga hästi kättesaadavad, sest Eesti territoorium on apteekidega tihedalt kaetud. Eestis ei ole ühtegi maakonda, kus ei oleks apteeki. Valdade tasandil me päris nii väita ei saa, sest maapiirkondades ja väiksemates valdades on elanike arv apteegi pidamiseks liialt madal ja apteegi pidamine ei ole majanduslikult mõttekas. 2019. aasta 1. jaanuari seisuga oli Eestis kokku 494 apteeki, nende jaotus Eesti suuremates linnades ja maakondades on toodud magistritöö lisas 5. Apteekide kogukäive perioodil 2007-2018 on näidatud magistritöö lisas 6.

Vastavalt ravimiturul kehtivale regulatsioonile saame vaadeldava perioodi (2003–2018) jagada kolmeks:

- liberaalne ravimituru korraldus kuni aastani 2006;
- 2006 – 2014 geograafilised ja demograafilised asutamispiirangud;

- alates aastast 2014 asutamispiirangute kaotamine, vertikaalse integratsiooni keeld ja 2015 omandipiirangu kehtestamine.

Apteekide arvu muutust linnas ja maal, aastatel 2003–2019 illustreerib joonis 2.9. (Apteekide arv ja jaotus perioodide kaupa ning linna ja maa-apteekide kontsentratsioon on toodud magistritöö lisas 5.)



Joonis 2.9. Apteekide arv linnas ja maal 2003 – 2019 Allikas: (Ravimiamet, 2019); autori koostatud

Vaadeldava perioodi alguses (2003) paiknes apteekidest 67% linnades ja 33% maapiirkondades, selline linna ja maa-apteekide vahekord püsis suhteliselt stabiilsena kuni 2005. aastani. Hüppelise apteekide üldarvu tõusu tõi kaasa liberaalse ravimituru korralduse lõpp, mis oli tingitud hirmust ja teadmatuses uute regulatsioonide ees. See kujundas ravimiturul olukorra, kus 71% apteekidest oli koondunud linnadesse, mis vähendas maa-apteekide kontsentratsiooni 29%-ni. 2006. aastal kehtima hakanud geograafiliste ja demograafiliste asutamispiirangute eesmärk oli pidurdada maa-apteekide sulgemist ja vähendada apteekide arvu kasvu linnades. Nagu joonisel 2.9 näha võime täitsid piirangud oodatud tulemust vaid osaliselt. Alates 2007. aastast on apteekide kasv linnades küll pidurdunud ning apteekide kontsentratsioon linnas on püsima jäänud 72–73% juurde, kuid kuna apteekide üldarv on samuti langenud, siis on jätkunud maa-apteekide sulgemine, kuigi kontsentratsiooni suhtarv püsib muutumatuna 27–28% juures.

Autori arvates on põhjus selles, et geograafilised ja demograafilised piirangud toetasid küll märkimisväärselt apteekide tegevust maapiirkondades, kus apteegi pidamine on ärilises mõttes kasumlik, takistades konkurendi kõrvale tulekut. Kuid arvestades Eesti väiksust ja hajusust on meil väga palju piirkondi, kes kindlasti unistavad apteegiteenusest, kuid liiga väike elanike arv seda lihtsalt ei võimalda ja ettevõtjad on sunnitud apteegi sulgema. Asutamispiirangute kehtetuks tunnistamine (2014) ja omandipiirangute kehtestamine (2015) on apteekide arvu taas mõnevõrra kasvatanud, seda nii maal kui linnas, kuid alates 2016. aastast näitab maa-apteekide arv taas vähenemise trendi olles 2019.a. alguseks langenud madalaima tasemeni, kus maa-apteekide kontsentratsioon on vaid 25%.

Järgnevalt analüüsib autor ravimite jaemüügituru horisontaalset struktuuri ja selle arengut erinevatel perioodidel, et leida selle seoseid erinevate regulatsioonide lõikes. Apteegiteenuse osutajad saame laias laastus jagada kahte gruppi: ketiapteegid ja eraapteegid. Ketiapteegid jagunevad omakorda kaheks, need kes on vertikaalselt (omandiliselt) integreeritud hulgimüüjaga ja need, kes kasutavad frantsiisi- vms lepingut, jäädes sealjuures eraettevõtjateks.

Apteekide ketistumine sai alguse 1990ndate aastate lõpul kui loodi Apotheka kaubamärk. Tagasiulatuvalt on raske hinnata, kui palju apteeke kuulus erinevatel perioodidel mõnda apteegiketti või kasutas frantsiisilepingut, kuid siiski on Ravimiametilt saadud andmete põhjal võimalik eristada vertikaalselt integreeritud apteeke, võttes aluseks ettevõtte, kellele kuulub apteegiteenuse osutamise müügiluba. Samuti saame vaadelda erinevatel perioodidel tegutsenud tegevusloa omajate üldarvu võrreldes seda apteekide üldarvuga, et hinnata ravimituru horisontaalset kontsentratsiooni.

Magnumi kodulehelt pärit info kohaselt asutati nende poolt esimene Apotheka kaubamärki kandev apteek aastal 2000. Sellest ajast sai alguse tõsisem apteekide ketistumine sh vertikaalne integratsioon, sest ravimituru korraldus oli liberaalne ja turg avatud kõigile. Perioodil 2004 – 2006 toimus hulgaliselt apteekide ja ettevõtjate koondumisi. Lisaks kodumaistele apteegikettidele (Apotheka, Apteek 1, Pharmacia) sisenesis Eesti ravimiturule esimesed välismaised apteegiketid. Oma apteegid avas

(2004) Eesti ravimiturul Soomes tegutsev Yliopiston Apteekki OY ja Leedu Euroapothea grupp. 2006. aasta alguseks oli Eestis kokku kuus erinevat apteegikett.

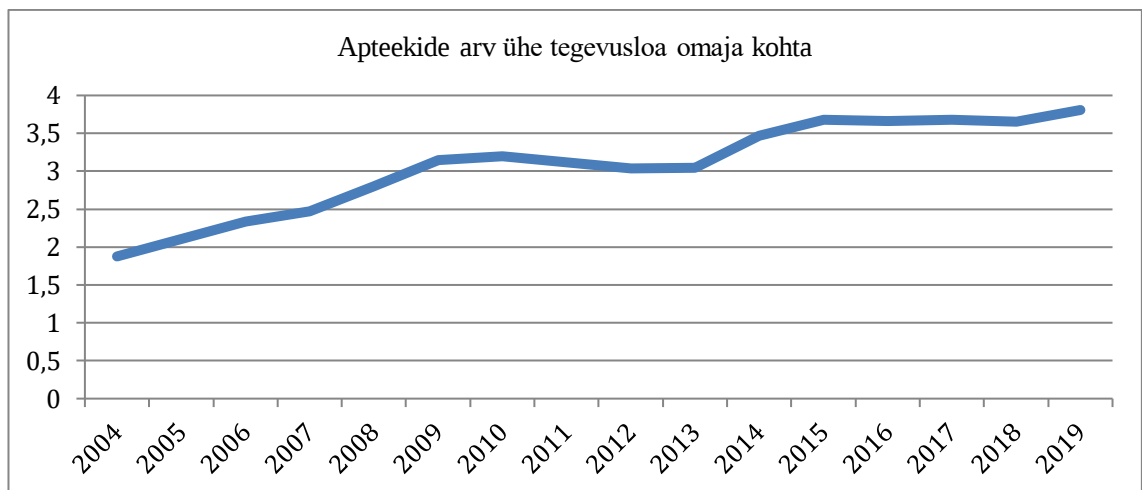
Magistritöös analüüsitud perioodil (2004–2019) oli kõige enam apteegi tegevusluba omavaid ettevõtteid aastal 2004, kui apteegi jaemüügiturul tegutses 250 ettevõtjat, kellele kuulusid kokku 469 apteeki (tabel 2.5). 2006. aastaks oli ettevõtjate arv tänu koondumistele langenud 203-ni ja apteekide arv tõusnud 474-ni. Kuna aastal 2015 hakkasid kehtima apteekide asutamisele omandipiirangud ja uue apteegi rajamiseks sai Ravimiametilt tegevusloa taotleda ainult proviisor, millest võiks järeldada, et tegevusluba omavate ettevõtete arv kasvab, siis tegelikkuses see nii ei olnud, sest olemasolevate apteekide koondumine jätkus ning tegevusluba omavate ettevõtete arv kahanes ka 2018 aastal, olenemata sellest, et apteekide arv samal ajal kasvas. Viimane väide on tingitud 2018 aastal aset leidnud kahe apteegiketi koondumisest, kui Euroapteek ostis Ülikooli Apteegi keti ja liitis oma võrgustikuga 13 Üliopiston Apteekki OÜ-le kuulunud apteegid.

Tabel 2.5. Apteegi tegevusluba omavate ettevõtete ja apteekide arv 2004–2019

Aasta	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2019
Ettevõtted	250	203	190	159	157	137	130	134	130
Apteekide üldarv	469	474	532	509	477	475	476	490	495
Apteekide suhtarv	1,9	2,3	2,8	3,2	3,0	3,5	3,7	3,7	3,8

Allikas: Ravimiamet; autori koostatud.

Tabelis 2.5 toodud statistiliste andmete põhjal näeme, kuidas apteekide suhtarv ühe ettevõtja kohta näitab läbi aegade tõusutrendi, mis kirjeldab apteekide ketistumise dünaamikat (joonis 2.10).



Joonis 2.10. Apteekide arv ühe tegevusloa omaja kohta 2004-2019

2019. aasta 31.märtsi seisuga oli Eestis kokku 495 tegevusluba omavat apteeki sealhulgas nende struktuuriüksust ehk haruapteeki. Ravimiameti ja apteegikettide kodulehelt saadud info põhjal kuulus kõikidest apteekidest kettidesse ligi 92% apteekides. Apteekide jaotus erinevate kettide vahel on toodud tabelis 2.6.

Tabel 2.6. Apteekide jagunemine kettide vahel 15.02.2012 vs 31.03.2019

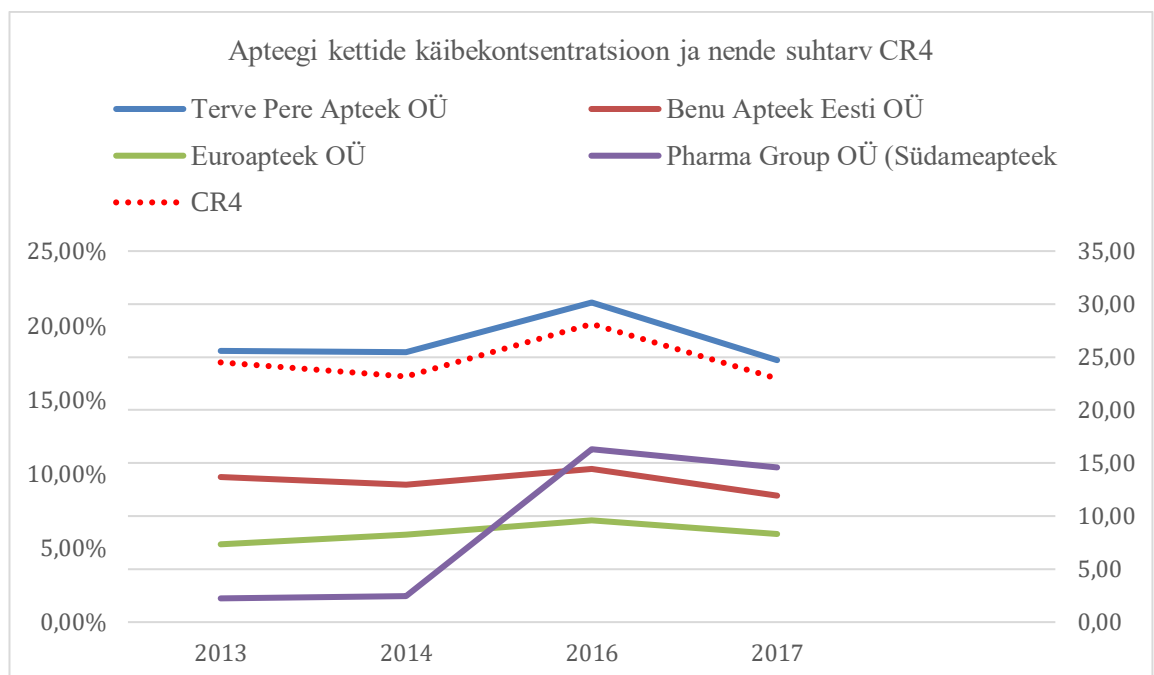
Apteegikett	Hulgimüüjaga otseselt seotud		Kasutab kaubamärki		Sõltumatud apteegid		KOKKU	
	2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Apteekide kokku							466	495
Apotheka	75	74	88	94			163 (35,0%)	168 (33,9%)
Südameapteek	46	66		5			46 (9,9%)	71 (14,3%)
Benu Apteek	79	66	90	74			169 (36,3%)	140 (28,3%)
Euroapteek	29	39		36			29 (6,2%)	75 (15,2%)
Sõltumatud apteegid					45	41	45 (9,7%)	41 (8,3%)

Allikas: (Riigikontroll, 2012), (Ravimiamet, 2019), apteegikettide kodulehed; autori koostatud

Riigikontrolli 2012. aastal avaldatud aruandest on võimalik leida analüüs toona valitsenud turusituatsiooni üle, mis puudutab apteekide vertikaalset integratsiooni ja ketistumist. Võrreldes neid andmeid tänaste andmetega on olukord praktiliselt sama.

Hulgiladudega on jätkuvalt otseselt seotud u 50% apteekidest, paljud kasutavad erinevate kettide kaubamärki ning sõltumatuid apteeke on alla 10%.

Et paremini mõista apteegikettide suurust ravimiturul, arvutas autor vertikaalselt integreeritud apteeke omavate ettevõtete turuosad sh kontsentratsiooni suhtarvu (joonis 2.11) kasutades selleks Ravimiametilt saadud statistikat ja ettevõtete käibeandmeid, mida ettevõtte on oma majandusaasta aruannetes esitanud.



Joonis 2.11. Apteegikettide käibekontsentratsioonid aastatel 2013, 2014, 2016, 2017; Allikas: (Ravimiamet, 2019), (Äriregister, 2019); autori koostatud

Nagu jooniselt näha kuulub suurim turuosa (25-30% käibest) Apotheke kaubamärgi all tegutsevale Terve Pere Apteek OÜ-le, kellele järgneb pärast hüppelist kasvu 15% -se turuosaga Südameapteegi kaubamärki kandev Pharma Group OÜ. Benu ja Euroapteegi kaubamärki kandvate apteekide turuosad näitavad sarnast trendi ja suuri hüppeid turuosa muutuses ei ole. Kontsentratsiooni suhtarvu joone trend on sarnane TPA OÜ käibekontsentratsiooni trendile.

Järgnevalt annab autor hinnangu kvantitatiivselt analüüsitud ravimite jaemüügituru konkurentsituatsioonile läbi SKT paradigma, tuginedes Michael Porter'i viie konkurentsijõu teooriale (tabeli 2.7).

Tabel 2.7. Hinnang konkurentsile ravimite jaemüügiturul

SKT	Porteri konkurent si-jõud	Hinnang konkurentsile ravimite jaemüügiturul
KONKURENTSITINGIMUSED (struktuur)	Konkurent s turul valitsevate ettevõtete vahel	Üle 50% jaemüügiturust on vertikaalselt integreeritud hulgimüüjaga, umbes 40% apteekidest on lepinguliselt seotud kindla hulgimüüjaga ja kuuluvad apteegiketti ning sõltumatuid apteeke on alla 10%. Kuna suurte kettide käes on enamus apteegiturust, siis konkurentsist me otseselt rääkida ei saa, sest hulgimüüjate mõju apteegile on suur. Sõltumatud apteegid on reeglina väikesed ja ei oma suurt turuvõimu. Seega saab väita, et konkurents ravimite jaemüügiturul on samuti ebavõrdne.
	Sisenemis-barjäärid	Uutele sisenejatele jaemüügiturul on suurimaks piiranguks proviisori enamosaluse nõue, mis takistab uute apteekide rajamist ja on konkurentsi piiravaks faktoriks. Arvestades territooriumi tihedat apteekidega kaetust on proviisoritel keeruline uue apteegi rajamiseks sobivat kohta leida.
	Asendus-kaubad	Ravimite asendamise võimalus on piiratud ja sõltub arsti väljakirjutatud retseptist. Muude apteegikaupade puhul on valikuvõimalus lai, konkreetsetes apteegis sõltub pakutavate toodete valik hulgimüüjast, kellega apteek on seotud ja/või kes apteeki teenindab. Kindlasti on apteegiteenuse kõrval olulisel kohal lisateenuste (tervisenäitajate mõõtmine jms) pakkumine apteegis. Hajaasustusega piirkondades võib olla lisateenuste pakkumine olulisem kui linnades, sest lähipiirkonnas ei pruugi arst tegutseda. Linnas tõstab lisateenuste pakkumise vajadust apteegiteenus parem kättesaadavus (sh lahtioleku ajad). Otsest asendust apteegiteenusele pakkuda ei ole võimalik ja see muudab asenduskaupade konkurentsijõu nõrgaks.
TURUKÄITUMINE	Tarnijate mõjukus	Tarnijate mõjukus ravimite jaemüügisektoris tugev. Hulgimüüjaid on omale erinevate lepingutega teatud koguse püsikliente (apteekide) kindlustanud. Iga hulgimüüja eesmärk on pakkuda oma klientidele võimalikult laia kaubavalikut ja kaubavaliku tegemisel on lähtutud suuresti toote kasumlikkusest. Piiravaks mõjuks saab siin tuua vaid riikliku juurdehindluse, mis ei anna võimalust ravimite müümisel hindadega ostjat (apteeki) mõjutada.
	Ostjate mõjukus	Ostjate (apteekide) mõjukus ei ole tänases konkurentsisisuatsioonis väga tugev, eriti vertikaalselt integreeritud apteekides. Enamus apteeke on suuremal või vähemal määral oma tarnijaga (hulgimüüja) seotud ja apteeker ei ole oma otsustes iseseisev, selle tulemusena võib apteekides olla piiratud kaubavalik, sest apteeker ei saa ise otsustada kellelt kaupu tellida. Selline olukord on kindlasti konkurentsi piirav.

Järgneb...

Tabel 2.7. järg:

SKT	Porteri konkurent si-jõud	Hinnang konkurentsile ravimite jaemüügiturul
TURU-TULEMUSED		Vastavalt uuele apteekide regulatsioonile, kus kehtestati vertikaalse integratsiooni keeld ja proviisori enamosaluse nõue peaksid tulevikus (al 1.04.2020.a.) kõik apteegid kuuluma eraomandisse. Selle tulemusena peaks konkurentsiolukord ravimite jaemüügiturul ühtlustuma ja hulgimüüja kaotab oma võimu apteegi üle. Küll aga on kaheldav, et see täielikult nii läheb, sest siin on suur oht ja võimalus, et jaemüügituru vertikaalne integratsioon pöörduv lepinguliseks integratsiooniks, mis olulisi muutusi apteegi ja hulgimüüja omavahelistes suhetes kaasa ei too.

Allikas: autori koostatud

Autori arvates toob vertikaalse integratsiooni keeld sh kontroll ettevõtete valitseva mõju üle kaas konkurentsitingimuste paranemise ja konkurentsi elavnemise jaemüügiturul. Kuigi on küsitav kas ja kuidas desintegratsioon teoks saab, sest lisaks desintegratsioonile kehtestati 2015. aastal apteekidele omandipiirang, mille tulemusena peavad hulgimüüjad neile kuuluvad apteegid ostja leidmisel proviisoritele maha müüma või sulgema. Sellest tulenevalt näeb autor lisavajadust tekkinud olukorda magistritöö osas 2.4 empiirilisel analüüsida.

2.4 Ravimituru käimasoleva reformi võimalike mõjude kvalitatiivne analüüs

Magistritöö empiirilise osa neljas peatükk sisaldab intervjuude analüüsi, mille tulemus annab ülevaate erinevate turuosaliste ja regulaatorite suhtumisest ning ootustest apteegireformile.

Et magistritöö eesmärgiks oli uurida turuosaliste suhtumist kavandatud üleminekusse proviisoriapteekide süsteemile ja vertikaalse integratsiooni keeldu ning prognoosida reformi tagajärgi, ei saanud enam kasutada statistilisi andmeid, vaid tuli pöörduda kvalitatiivse analüüsi poole. Kvalitatiivseid analüüsimeetodeid sobib rakendada sotsiaalteaduslikes uurimistöodes, mis mõtestavad lahti ühiskonnas toimuvat ilma laiema statistilise andmestiku analüüsita (Õunapuu, 2014, lk 47). Laherand peab kvalitatiivses uuringus oluliseks mõista läbi isikliku ja sotsiaalse kogemuse uurimise, kirjeldamise ja

tõlgendamise väikese arvu osalejate nägemust uuritava nähtuse arengust ja selle teguritest (Laherand, 2008, lk 20).

Kvalitatiivse analüüsi jaoks vajalike andmete kogumiseks valis autor struktureeritud intervjuu, kus küsimused on ettevalmistatud ja küsimustikul kindel struktuur. Intervjuud peetakse kvalitatiivses uuringus üheks sagedamini kasutatavaks andmekogumismeetodiks, mille eeliseks on paindlikus ja puuduseks suur ajakulu. Arvestama peab kindlasti sellega, et iga “lausutud või kirjutatud sõna on alati mingil määral mitmetähenduslik, ükskõik kui hoolikalt me küsimusi või vastuste registreerimist ja kodeerimist ette ei valmistaks”. (Õunapuu, 2014, lk 170) Intervjuu tulemuste tõlgendamisel eristab Gubrium *et al.* (2012) nelja allikat, mis võivad põhjustada mõõtmisvea. Nendeks on intervjuerija, intervjueritav, küsimused ja andmekogumise meetodid. Intervjuerijaga seotud mõõtmisvea tekkimist vähendab olulisel määral see, kui intervjueria on uuritava vaaldkonnaga hästi kursis. (Gubrium, Holstein, Marva, & McKinney, 2012, lk 86)

2.4.1 Ettevõtjate ja regulaatorite suhtumine ning ootused seoses apteegireformiga

Intervjuu küsimuste koostamisel võttis autor aluseks teoreetilises osas käsitletud Porter'i viie konkurentsijõu mudeli ja Harvardi koolkonna struktuur-käitumine-tulemus paradigma, et hinnata riikliku regulatsiooni muutuste mõju ravimituru konkurentsitingimustele. Intervjuu küsimustik on toodud käesoleva magistritöö lisas 11. Intervjueritavate valikul lähtus autor põhimõttest, et intervjueritaval oleks kompetentsus uuritava teema osas ning, et intervjueritavate hulgas oleksid esindatud kõik olulisemad huvigrupid (teenuse osutajad ja regulaatorid), keda regulatsioon ja apteegireform puudutab. Intervjuud viidi läbi ajavahemikul 12.04 – 18.04.2019, intervjuu valim on toodud tabelis 2.1 (magistritöö lk 40). Intervjueritavate vastused on toodud magistritöö lisas 9. Kokkuvõtliku ülevaate intervjuu vastustest annab tabel 2.8.

Tabel 2.8. Apteegireformi arvatav/oodatav mõju ravimiturule intervjuu vastuste põhjal

Reformi mõju ravimiturule	EA	EP	RA	TA	KA
Konkurents paraneb hulgimüügiturul	Jah	Jah	Jah	Jah	Ei
Konkurents paraneb jaemüügiturul	Ei	Jah	Jah	Ei vastanud	Ei
Regulatsioon toob kaasa rohkem võimalusi apteekidele tarnija vahetamiseks	Jah	Jah	Jah	Jah	Ei
Regulatsioon loob paremad võimalused uute konkurentide sisenemiseks hulgimüügiturule	Ei vastanud	Ei	Jah	Ei	Ei
Regulatsioon loob paremad võimalused uute konkurentide sisenemiseks jaemüügiturule	Ei	Jah	Jah	Ei vastanud	Ei
Apteekide suhe hulgimüüjaga paraneb	Jah	Ei muutub	Jah	Ei muutub	Ei muutub
Apteegiteenuse kvaliteet ja kättesaadavus paranevad	Ei	Jah	Jah	Ei	Ei muutub
Ravimite hinnad langevad	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei
Apteegiteenuse maht kasvab	Jah	Ei	Ei	Ei	Ei

Allikas: autori koostatud intervjuu vastuste põhjal

Mis puudutab konkurentsi ravimiturul valitsevate ettevõtete vahel ja apteekide desintegratsiooni, siis siin olid ketiapteekide esindaja ja Konkurentsiamet ühisel arvamusel, et apteekidele (jaemüügile) see suuremaid muutusi kaasa ei too, sest apteegid peavad ikkagi oma kauba hulgimüüjalt tellima ja Konkurentsiamet on seisukohal, et see tegevus jätkub läbi frantsiisilepingute või teiste koostööd reguleerivate lepingute kaudu. Ravimiamet ja EPK rõhutasid desintegratsiooni tagajärjel tekkivat apteekrite sõltumatust ning võimalust seeläbi otsuseid teha lähtuvalt patsiendi vajadustest, mitte ärihuvidest. Hulgimüügi tasandit vaadates oli Konkurentsiamet hulgimüüja esindajaga samal seisukohal, et midagi otseselt ei muutu, sest olemasolevad kliendid jäävad alles ja hulgimüüjatega seotuks. Seevastu Ravimiamet kui ka EPK tõid välja konkurentsitingimuste paranemise, sest hulgimüüjad ei ole enam otseselt apteekidega seotud ja nad *“peavad hakkama konkureerima teiste hulgimüüjatega kõikide apteekide pärast.”* (EPK, 2019) Ravimiamet näeb siin võimalust uutele hulgimüüjatele turule sisenemiseks.

Proovides välja selgitada vertikaalse integratsiooni positiivseid omadusi, pidasid mastaabiefekti vertikaalse integratsiooni juures positiivseks kõik intervjueritavad, EPK rõhutas selle positiivsust hulгимүүјale. Negatiivseks peeti vertikaalse integratsiooni juures hulгимүүја tugevat võimu kogu ahela üle ning seoses sellega apteekri sõltuvust hulгимүүјast. Hulгимүүја esindaja ise oli seisukohal, et vertikaalne integratsioon täna suuri probleeme kaasa ei too, sest turul on eksisteeriv konkurents hulгимүүјate vahel täiesti olemas.

Analüüsid apteekide võimalust uute piirangute kehtima hakkamisel hulгимүүја vahetamiseks oli Konkurentsiamet arvamusel, et enamus apteeke on ja jääb ka edaspidi hulгимүүјaga seotuks läbi frantsiisilepingute. *“Frantsiisi mittekasutavatel apteekidel on suurem võimalus hulгимүүјat valida, kuid selline võimalus on neil ka täna.”* (Konkurentsiamet, 2019). Ravimiamet arvas, et see toob kindlasti kaasa paremad võimalused hulгимүүја vahetamiseks. Samuti ühtis tema arvamus Konkurentsiameti arvamusel, mis puudutas frantsiisilepinguga töötavaid apteeke. Kõik teised vastajad kinnitasid, et desintegratsioon toob kaasa rohkem võimalusi tarnija vahetamiseks ning EPK lisas: *“Tihti valitakse küll omale mugavuse pärast üks hulгимүүја, kellega tehakse rohkem koostööd, aga seda saab alati vahetada, kui sul tekib tunne, et mujal on tingimused paremad.”* (EPK, 2019)

Väljumisbarjäärina tõid Ravimiamet ja hulгимүүја esindaja turul valitseva teadmatuse. *“Kõik on turul äraootaval seisukohal, siis ei julge keegi ühtegi otsust vastu selles osas võtta.”* (Ravimiamet, 2019 (a)) Hulгимүүја leiab, et *“Sisuliselt on see meie jaoks sundvõõrandamine, mis tähendab seda, et meilt võetakse mingi osa ärist ära.”* (Tamro Eesti OÜ, 2019) Apteegikettide esindaja nägi keerukust olukorras, kus juriidilisele kehale kuulub rohkem kui üks apteek ja ta peab müüma need kõik apteegid korraga: *“Ma ei usu, et on reaalselt väga palju neid proviisoreid, kes oleksid võimelised omale sellist finantsvastutust võtma.”* (Euroapteek, 2019) Konkurentsiamet viitas sellele küsimusele vastates üldistele reeglitele, mis on äriühingute lõpetamiseks kehtestatud, tuues suurimaks väljumisbarjääriks ettevõtte rahalised kohustused. EPK ravimiturul väljumisbarjääre ei näe.

Kõik ettevõtjate esindajad olid oma praeguse positsiooniga ravimiturul enamalt jaolt rahul. Hulgimüüja ja apteegikettide esindajad lootsid oma positsiooni tulevikus parandada läbi turuosa suurendamise. EPK esindaja, kes on samal ajal ka väikese grupi proviisorapteekide tegevjuht, oli oma rahuloluga pisut tagasihoidlikum ja tunnistas, et sellises ebavõrdsetes konkurentsitingimustes, kus nad konkureerivad suurte ettevõtetega, hoiavad nad vähekasumlikku apteeki ainult turuosa hoidmise pärast, arvates, et kui nad konkureeriks väikeste ettevõtetega, teeksid nad teistsuguseid otsuseid. Võrdsematel alustel konkureerimist soovis ka hulgimüüja esindaja.

Konkurentsiolekorda kujundavatest sisenemisbarjääridest uuris töö autor intervjuueeritavatelt omandipiirangu oodatavat/arvatavat mõju valdkonna tegevusele. Ravimiamet loodab, et apteekides paraneb teenuse kvaliteet ja pakutav ravimite valik. Konkurentsiamet on arvamusel, et midagi ei muutu, sama meelt on ka EPK. Apteegikettide esindaja leiab, et ainult siis ei muutu, kui kõik olemasolevad apteegid jäävad eksisteerima. Tema arvates muutub ainult siis, kui hulk apteeke suletakse ja see mõjutab just mitte ravimite müügi osakaalu: *“meil on palju tooteid mida on võimalik saada mujalt ja siis inimene valib omale mugavama lahenduse.”* (Euroapteek, 2019). Omandipiirangu võimaliku mõjuna hulgimüügi tasandil tõi EPK välja hulgimüüja ja tootja omavahelised suhted, sest praegu saavad hulgimüüjad oma apteekides pakutavat ravimi valikut mõjutada ning selle mõju puudumine tulevikus võib midagi selles osas muuta. Ravimiamet usub, et konkurentsi olukord muutub paremaks läbi selle, et hulgimüüjad peavad suhete hoidmiseks pingutama hakkama. Hulgimüüja esindaja ise muutusi ja mõju omandipiirangus hulgimüüjale ei näe. Muutusi hulgimüüja edasises tegevuses ei prognoosi ka Konkurentsiamet, sest apteegid kes on hulgimüüjatega seotud jäävad nendega seotuks ka edaspidi, mis säilitab hulgimüüja turuosa ja konkurentsijõu.

Uute apteekide loomist peetakse küll võimalikuks, kuid väga suuri võimalusi selleks vastajad ei näe, põhjuseks tuuakse välja apteegi jaoks sobiva koha puudumine. Ravimiamet toonitab, et *“see võimalus on proviisoritel alati olnud”* ja tõdeb fakti, et seda on kasutatud vähe, tuues võimaliku põhjusena välja ebakindluse turul tegutsevate suurte konkurentide ja kõrgete rendihindade ees.

Hulgimüügiturule uute ettevõtete sisenemiseks hulgimüüja esindaja ise ja Konkurentsiamet suuri piiranguid ei näe, neist esimese arvates oleks see väga tervitav nähtus. Konkurentsiamet peab siiski piiravaks olevate apteekide seotus hulgimüüjaga ja näeb võimalust turule tulekuks uuel hulgimüüjal koos oma apteegiketiga, kuid arvestades toimuvat reformi, on see lisabarjääriks. Ravimiamet on optimistlik ja regulatsiooni kujundamisel oli see üks, nende seatud eesmärkidest, et parandada konkurentsi hulgimüügiturul. EPK peab olukorda keeruliseks ja on arvamisel, et nii väike ravimiturg ei vajagi nii palju hulgimüüjaid: *“sest siis ei ela ega sure keegi.”* Kuid jääb siiski lootusrikkaks, et äkki keegi ikkagi tuleb ja suudab proviisorapteekidele koostööks atraktiivne näida.

Kuigi käimas olev reform ravimite poodidesse müügi lubamist ei puuduta, uuris autor asenduskaupade ja/või teenuste osas konkurentsitingimuste muutmiseks esmalt intervjueeritavate suhtumist käsimüügiravimite müügi lubamist poodides. EPK ja Ravimiamet olid kindlal seisukohal, et ravimeid peab väljastama proviisor: *“seni kuni nad suudavad oma igapäevatööga tõestada, et nende olemasolu ravimite väljastamisel on vajalik, seda ei juhtu.”* (Ravimiamet, 2019 (a)) Apteegikettide ja hulgimüüja esindaja seda võimalust tulevikus ei välistanud, neist viimane pidas siiski vajalikuks mõelda patsiendi turvalisuse peale. Konkurentsiamet pidas seda poliitiliseks otsuseks ja arvas, et see mõjutaks ravimite hinda ja kättesaadavust positiivselt. Apteegis pakutavate võimalike asendustoodete ja –teenustena tõid apteegikettide esindaja ja EPK välja kõik võimalikud tervisetooted ja tervisenäitajate mõõtmised. Ravimiamet tõstis selles küsimuses esikohale nõustamisteenuse olulisuse apteekides. Hulgimüügi tasandil tõi asenduskaupadena Ravimiamet välja kosmeetikatoodete rohkuse apteekides. Hulgimüüja ise asendustooteid ja –teenuseid välja tuua ei osanud ning Konkurentsiamet oli seisukohal, et *“Hulgimüüjate positsiooni turul mõjutab nendega frantsiiside kaudu seotud apteekide arv, mitte lisateenuste osutamine.”* (Konkurentsiamet, 2019)

Et prognoosida desintegratsiooni järgset võimalikku turukäitumist küsis autor intervjueeritavate arvamust tarnijate ja ostjate mõjukuse kohta. Apteegikettide esindaja oli tarnijate mõjukuse hindamisel arvamisel, et konkurents muutub igal juhul paremaks apteegis pakutavate toodete osas (apteegid ei ole enam kohustatud müüma omabrändi

tooteid), sest nad saavad valida omale hulgimüüja kes teeb talle parema pakkumise. EPK oli apteegikettide esindajaga sisuliselt samal arvamusel, lisades vaid selle, et neile, kes juba täna on sõltumatud jääb olukord samaks. Hulgimüüja esindaja arvab, et apteekide läbirääkimisjõud muutub väiksemaks, sest väikeste iseseisvate apteekide korral kaob ära mastaabiefekti ja ta prognoosib, et mõned tooted võivad seeläbi kallimaks muutuda. Konkurentsiamet usub, et koostöö apteekide ja hulgimüüjate vahel jääb endiseks, selle kindlustab frantsiisileping. Ravimiameti arvamus on, et: *“Täieliku iseseisvuse puhul peaksid olema loodud kõik võimalused, et apteeker ja hulgimüüja hakkavad suhtlema nagu võrdne võrdsega, kumbki ei dikteeri teisele poolele peale oma tingimusi, tulemused saavutatakse läbirääkimistel.”* (Ravimiamet, 2019 (a))

Mis puudutab läbirääkimisvõimalusi partneritega on apteegikettide esindaja positiivselt meelestatud ja arvab, et iga hulgimüüja on nõus kõik ära kuulama, sest headest partneritest, kes tellimusi tegema hakkavad ollakse väga huvitatud. EPK kiidab oma partnereid ja ütleb, et reeglina ollakse väga vastutulelikud. Ravimiamet arvab, et see sõltub uutest sõlmitavatest lepingutest ja seal olevatest tingimustest. Konkurentsiamet on arvamusel, et kuna hulgimüüja positsioon turul ei muutu, siis läbirääkimiste osas midagi ei muutu, tuues välja erisuse ketti omava hulgimüüja lahkumise korral, mis suurendab teiste suurte hulgimüüjate turujõudu. Hulgimüüja vastas küsimusel hulgimüügitasandilt vaadates ja avaldas arvamust, et hulgimüüja läbirääkimisjõud tootjaga nõrgeneb, *“sest täna teevad paljud ravimitootjad oma hinnakampaaniaid ja turundustoetusi suunatult jaekanalisse läbi hulgimüüja.”* (Tamro Eesti OÜ, 2019)

Intervjuu lõpetuseks soovis autor uurida prognoositavaid reformi tagajärgi turutulemustele (teenuse kvaliteet, kättesaadavus ja hind ning teenuse maht). Konkurentsiamet oli seisukohale, et reformi teenuse kvaliteeti ei mõjuta. Apteegikettide esindaja ja hulgimüüja esindaja olid arvamusel, et väheneb toodete kättesaadavus, sest väikesed ettevõtted ei saa omale suurt kaubavaru lubada. Neist esimene seadis ohtu ka teenuse kvaliteedi, sest palkade maksmine väikesele ettevõttele on keeruline. EPK oli seisukohal, et teenuse kättesaadavus kindlasti ei halvene ja kvaliteet muutub paremaks. Mainides ära, et osade apteekide sulgemine aitab teenuse kvaliteedi tõstmisele oluliselt kaasa: *“olemasolevad apteegid muutuvad elujõulisemaks, neil on rohkem personali ja*

nad saavad hakata pakkuma rohkem teenuseid.” (EPK , 2019) Ravimiameti sõnul oli teenuse kvaliteedi tõstmine regulatsioonide kujundamisel üks eesmärkides, *“sest kõige paremini oskab seda kujundada proviisor.”* (Ravimiamet, 2019 (a)) Teenuse kättesaadavust on Ravimiameti arvates raske prognoosida, sest ta ei usu, et apteeke massiliselt juurde tegema hakatakse ja kui seda tehakse, siis reeglina ikka sinna, kus juba on apteek. Teenuse hinna osas on vastajad erinevatel arvamustel, apteegikettide esindaja julgeb prognoosida hinnatõusu, et väikesed apteegid suudaks ennast ära majandada. EPK on kindlal seisukohal, et ravimite hind ei muutu. Ravimiamet ei usu, et hinnad odavamaks lähevad, aga ei maini ka seda, et need tõuseksid. Hulgimüüja jagab apteegikettide esindaja arvamust, et hinnad võivad siiski tõusta, jättes selle põhjendamata. Ning Konkurentsiamet väidab kindlalt, et ravimite hinnad ei muutu. Teenuse mahu muutuse osas jagavad arvamust EPK, Ravimiamet ja Konkurentsiamet, uskudes, et teenuse maht ei muutu. Apteegikettide esindaja arvates võib teenuse maht kasvada kui juhatajal on piisavalt majanduslaseid teadmisi ja innovatsiooni apteeki edasi arendada. Ja Hulgimüüja esindaja on seisukohal, et teenuse maht muutub väiksemaks.

Kokkuvõtvalt saab intervjuude põhjal öelda, et nii turuosalistel kui regulaatoritel on seoses apteegireformile omad ootused, hirmud ja nägemus. Sellest, et konkurentsiolukord tänases situatsioonis ja vertikaalselt integreeritud ravimiturul on halb, saavad aru kõik. Positiivne on see, et siiski seatakse esikohale patsiendi huvid ja loomulikult ei puudu ettevõtjatel ka ärihuvi, mis samuti kajastus intervjuudes.

2.4.2 Apteegireformi prognoositavad mõjud ravimituru konkurentsitingimustele

Apteegireformi prognoositava mõju hindamiseks konkurentsitingimustele kasutab autor struktureeritud intervjuu käigus saadud sisendit, lähtudes seaduselooja poolt reformile seatud eesmärkidest, milleks oli toetada konkurentsi vertikaalse desintegratsiooniga ning läbi proviisori enamusosaluse tõsta proviisorite ärilist sõltumatust ja kutsealast vastutust apteegiteenuse kvaliteedi ees (Madise, 2018).

Võttes aluseks kõikide intervjueritavate poolt mainitud vertikaalse integratsiooni positiivse omaduse, milleks on mastaabiefekt, mis tagab paremad läbirääkimistingimused

tootjaga ning selle, et paljud apteegid (sh proviisorapteegid) kuuluvad kettidesse, siis autor ei näe, et vertikaalne desintegratsioon midagi märkimisväärselt muudaks. Enamustel apteekidel on kindel partner (hulgimüüja) olemas ja igal hulgemüüjal oma apteegid, kes eelistavad koostöö jätkamist mugavuse pärast. Apteekide jaoks ei ole tarnija vahetamine ka täna probleem, kuid seda, et mõni proviisorapteek oma põhitarnijat vahetaks, tuleb praktikas ette haruharva. Kõigi eelduste kohaselt täna hulgemüüja omandisse kuuluvad apteegid jätkavad ka pärast reformi, kui nende omandisuhe on muudetud, koostööd oma senise tarnijaga jäädes kasutama sama kaubamärki.

Kuna ravimite hulgemüügitasandil puuduvad asutamis- ja omandipiirangud, siis uuele hulgemüüjale on turg avatud ja see elavdaks kindlasti konkurentsi. Siinkohal on autor nõus Konkurentsiameti arvamusega, et sisenemisbarjääriks saab hulgemüüja jaoks pidada olemasolevate apteekide seotust hulgemüüjatega ja uuel hulgemüüjal oleks põhjust turule siseneda vaid oma apteegiketiga. Arvestades apteekide asutamisele seatud omandipiirangut ei ole see aga täna võimalik, mis on tugevaks sisenemisbarjääriks. Sellest tulenevalt võib teha järelduse, et hulgemüügi tasandil konkurents ei muutu. Muutuse võib kaasa tuua ainult mõne suurema hulgemüüja turult lahkumine või koondumine teise hulgemüüjaga, kuid arvestades nende tänaseid tegevusi ja strateegiaid turuosa suurendamiseks, peab autor seda ebatõenäoliseks.

Mis puudutab tulevikus konkurentsi arengut ravimite jaemüügiturul, läbi vertikaalse desintegratsiooni ja omandipiirangu, siis üle poolte Eestis tegutsevatest apteekidest, mis kuuluvad hulgemüüjatele, tuleb sundvõõrandada või maha müüa, kui neile leidub proviisori näol ostja teine võimalus on apteek sulgeda. Kui peaks minema selliselt, et hulgemüüjad lõpetavad jaemüügiturul oma tegevuse apteekide sulgemisega, siis selline olukord parandab kindlasti konkurentsi jaemüügiturul. Apteegid hakkavad konkureerima võrdsetel alustel, kus kõik on väikesed ettevõtjad. Apteekide sulgemine toob kaasa kindlasti soodsate pindade tekkimise uute apteekide rajamiseks. Siinkohal näeb autor võimalikku ohtu maapiirkondades teenuse kättesaadavuse halvenemises ja seda olukorras, kus hulgemüüja suleb apteegi väikese nõudlusega piirkonnas, olles hoidnud seda siiani tegevuses suurte apteekide toel. Samuti on oht selles, et praegu maal tegutsevad proviisorid kolivad ümber majanduslikult atraktiivsematesse kohtadesse, sest

suurte ketiapteekide sulgemine on neile selleks võimaluse loonud. Sellest tulenevalt on oht, et regulatsioon ei täida seatud ootusi täielikult ja teenuse kättesaadavus maapiirkondades ei parane.

Vertikaalse desintegratsiooni ja omandipiirangu rakendamine teoreetiliselt kindlasti suurendab proviisorite sõltumatust tarnija valikul, parandades seeläbi ka kaupade valikut ja sortimenti apteegis. Praktiliselt näeb tööautor selleni jõudmiseks pikka üleminekuperioodi, sest proviisoritel on välja kujunenud teatud harjumus mingeid tooteid eelistada teistele ja võimalik, et puuduvad ka teadmised võimalike asendustoodete kohta. Kui vaadelda apteegis pakutavaid kaupu kitsamalt ja lähtudes ainult ravimite valikust, siis siin ei ole suuri erinevusi hulgimüüjate poolt pakutavas ei tootjate ega ka hindade lõikes. Ravimite hinnad on reguleeritud riiklikul tasandil ja apteeker peab pakkuma kliendile soodsaimat ravimit. Erinevuse pakutavate ravimite osas võib tingida vaid tootja hinnakampaania, mis on suunatud apteegile, et eelistada üht tootjat teisele. Lõpptarbija seda ei taju ja kasu sellest ei saa. Apteegis lisateenuste pakkumise ja mitte pakkumise otsus jääb kindlasti proviisori teha ja sõltub apteegi asukohast, sest ilmselgelt ei ole mõtet tervisekeskuses asuval apteegil konkureerida teiste tervishoiutöötajatega sama katuse all, vaid tuleks pühenduda kvaliteetsele nõustamisele.

Kuigi piirangud on seaduslooja poolt kehtestatud eesmärgiga kaitsta tarbija huve ei oska täna keegi täpselt öelda, mida need endaga kaasa toovad. Nagu magistritöö empiirilise osa kvalitatiivne uuring näitas, kaitsevad uued piirangud kindlast proviisorist ettevõtjate huve, riivates tugevalt hulgimüüjate huve. Kas ja kui suure kasu sellest klient saab, näitab lõppkokkuvõttes aeg.

KOKKUVÕTE

Ravimituru regulatsioon kõikjal maailmas on rajatud kahe põhiõiguse tasakaalule, milleks on igäihe õigus tervise kaitsese ja ettevõtlusvabadus. Kogu EL liigub täna ravimituru liberaliseerimise suunas, mis on kaasa toonud apteekide ketistumise ja vertikaalse integratsiooni. Eesti ravimiturul on viimase viietestkümne aasta jooksul korduvalt regulatsioone muudetud, mis on põhjustanud mitmeid muutusi ravimituru struktuuris ja mõjutanud seeläbi konkurentsitingimusi. Kõigi regulatsioonide eesmärgiks on olnud tarbija heaolu suurendamine, milleks on teenuse parem kättesaadavus (sh hind) ja kõrgem kvaliteet. Kuid mitte alati ei ole seaduseloja kehtestatud regulatsioonidega soovitud tulemusi täielikult saavutanud, mis on tinginud vajaduse uuesti regulatsioonid üle vaadata, et neid vajalikus suunas muuta. Sellest tulenevalt oli magistr töö eesmärk uurida regulatsiooni muutuste mõju Eesti ravimituru konkurentsitingimustele ning sealhulgas eelkõige struktuurile.

Magistr töö eesmärgi saavutamiseks uuris autor töö teoreetilises osas esmalt tururegulatsiooni teoreetilisi aluseid ja konkurentsi rolli majanduses sh võimalusi konkurentsi kaitsmiseks ja piiramiseks. Konkurentsil on oluline roll uute toodete ja teenuste arendamisel, sest iga konkurenti eesmärk on võimalikult efektiivselt oma ressursse kasutada, mis toob kaasa innovatsioonide kujunemise. Konkurentsitingimuste analüüsimise aluseks on turu määratlemine, mis hõlmab endas konkurentide tuvastamist ja nende turuosade arvutamist ning tugineb SKT paradigmat. Selline lähenemine võimaldab andmete koondamist kategooriatesse, mille tulemuseks on analüütiline raamistik, kus saab uurida seoseid turu struktuuri, käitumise ja tulemuste vahel. Nende omavahelised seosed on mõjutatud erinevate poliitikavaldkondade kaudu. Igal uuritava turul on oma spetsiifiline struktuur, milleks on osalejate arv, toote/teenuse eripära, sisenemise/väljumise barjäärid ja konkureerimise vorm. Majandusharu horisontaalse konkurentsi taseme analüüsimiseks struktuuri alusel sobib kasutada erinevaid näitajaid –

alates ettevõtete arvust ja nende ketistumise määrast ning lõpetades kontsentratsiooni suhtarvudega. Vertikaalse kontsentratsiooni puhul on huviobjektiks omavahel seotud hulgi- ja jaeetettevõtete arv ja osatähtsus.

Kuna SKT paradigmaga saab hõlmata Porteri viit konkurentsijõudu, siis uurib autor magistritöö teoreetilises osas ka Porteri viie konkurentsijõu mudelit, kus kõige olulisemaks jõuks on konkurents turul tegutsevate ettevõtete vahel. Järgmisena mõjutavad konkurentsi turu avatus, asenduskaubad ning tarnijate ja ostjate mõjukus. Mida suurem on nimetatud konkurentsijõudude mõju, seda intensiivsem on konkurents tarbijate pärast ja väiksem on kasumiteenimise võimalus.

Kuna konkurentsi positiivset toimet segavad turutõrked, siis neid proovitakse leevendada riiklike regulatsioonidega. Et välja selgitada ja vähendada konkurentsi piiravaid regulatsioone, on OECD välja töötanud konkurentsi hindamise testi. OECD mudel võimaldab lihtsate sammudega välja selgitada mittevajalikud piirangud, et võimalusel rakendada alternatiivseid, väiksema piirava mõjuga regulatsioone, saavutades samad eesmärgid, mis valitsus on püstitanud.

Et konkurentsitingimuste, sh turutõrgete analüüsimise aluseks on turu määratlemine, uurib autor magistritöö teoreetilise osa teises peatükis ravimiturgu ja seal tegutsevaid aktiivseid osapooli, näidates kauba ja informatsiooni liikumise teekonda ning kirjeldades erinevate osapoolte vahel võimalikke suhteid ja seoseid, mis määravad turukontsentratsiooni ja konkurentsitingimused ravimiturul. Kuna ravimiturgu iseloomustab turutõrge informatsiooni asümmeetria näol, mis on tingitud kaupade eriparast, siis selle tasakaalustamine toob kaasa ravimituru reguleerimise vajaduse. Reguleerimise vormid ja ulatus sõltuvad iga riigi enda kehtestatud määrustest, kuid selle eesmärgiks on alati apteegiteenuse parema kättesaadavuse, taskukohase hinna ning tarbija ohutuse tagamine.

Magistritöö teoreetilise osa kolmandas peatükis uuris autor ravimituru konkurentsitingimuste reguleerimise praktikat teistes riikides. Riikides, kus on mindud liberaalse ravimituru korralduse suunas, on apteegiturg ketistunud ja apteegid reeglina koondunud majanduslikult atraktiivsematesse kohtadesse, mis ei ole parandanud

apteegiteenuse kättesaadavust maapiirkondades. Rangelt reguleeritud riikides on teenuse kättesaadavus ka maapiirkondades paremini korraldatud. Niisamuti on teenuse kvaliteedi osas toodud mõningaid puudusi liberaalse apteegikorraldusega riikides, mida iseloomustab kliendi nõustamiseks kulunud aeg. Deregulatsiooni negatiivse tulemusena tuuakse välja hulgimüüjate surve apteekidele, eesmärgiga oma kasumit maksimeerida. Kuna paljudes riikides on suundumus käsimüügiravimite müügi lubamisse väljaspool apteeke, uurib autor, kuidas on apteekide monopol ja ravimite kättesaadavuse küsimus lahendatud erinevates EL riikides.

Töö teises osas keskendub autor empiirilisele analüüsile, et uurida regulatiivsete reformidega kaasnenud muutusi Eesti ravimturu struktuuris, sh ettevõtete arvus, paiknemises ning horisontaalses ja vertikaalses kontsentratsioonis. Magistritöö empiirilise osa esimeses alapeatükis avatakse töö metoodika ja andmestik. Teises peatükis tuuakse välja Eesti ravimituru struktuuri reguleerivad piirangud ja nende sisu erinevatel perioodidel. Selgub, et Eesti ravimiturul on erinevatel aegadel olnud nii liberaalne kui ka reguleeritud. Aastal 2006 kehtestati apteekide asutamisele geograafilised ja demograafilised piirangud, et vähendada maa-apteekide sulgemist. Kuna kehtestatud piirangutega soovitud olukorda ei saavutatud ja piiranguid peeti konkurentsi kahjustavateks, muudeti oluliselt regulatsiooni uuesti aastal 2014 ja 2015, kui keelati ära kaugemale arenenud vertikaalne integratsioon ning kehtestati apteekide asutamisele omandipiirang, eesmärgiga tagada parem teenuse kättesaadavus ja hind ning apteegiteenuse kõrgem kvaliteet. Selle muudatusega peavad kõik apteegid end vastavusse viima hiljemalt 1. aprilliks 2020.

Magistritöö ühe eesmärgi saavutamiseks, hinnata regulatsiooni mõju ravimituru konkurentsitingimustele, viis autor magistritöö empiirilise osa kolmandas peatükis läbi kvantitatiivse analüüsi. Saadud tulemuste põhjal saab väita, et turuosalisel reageerivad muutustele sageli ennetavalt. Kuna geograafiliste ja demograafiliste piirangute kehtestamine (2006), mille üks eesmärkidest oli pidurda linnaapteekide juurdekasvu, tõi kaasa hüppelise apteekide arvu suurenemise just linnades ja seda enne piirangute jõustumist. Analoogete tulemuse andis ka 2014 aastal kehtestatud vertikaalse integratsiooni keeld, kui sellele vahetult eelneval perioodil (1 aasta) ületas vertikaalselt

integreeritud apteekide arv vertikaalselt integreerimata apteekide arvu. Seda fakti, et turuosalisel reageerivad muutustele ennetavalt, tuleb kindlasti tulevikus reguleerimisel arvesse võtta.

Selleks, et analüüsida turuosaliste suhtumist apteegireformi ja prognoosida reformi võimalikke tagajärgi, kasutas autor empiirilise osa viimases peatükis kvalitatiivse uurimismeetodina struktureeritud intervjuud turuosalistega. Kokku viis autor läbi viis intervjuud ja kohtus kõigi intervjuueeritavatega isiklikult. Kvalitatiivse analüüsi tulemusena saab väita, et suure tõenäosusega suuri muutusi apteegireform hulgimüügitasandil kaasa ei too, sest kliendid apteekide näol jäävad alles ja hulgimüüja tegevus endiseks. Jaemüügi tasandil on tulemusi keerulisem ennustada, sest see sõltub suuresti hulgimüüja omandis olevate apteekide saatusest. Kuna apteegireformi üks eesmärkidest on proviisorite sõltumatuse tagamine, siis desintegratsiooni õnnestumise korral peaks see olema saavutatav. Proviisorite sõltumatus hulgimüüjast ja otsustusvabadus tagavad apteekides parema kaubavaliku, kuid kindlasti jääb pakutav sortiment sõltuma proviisori varasematest kogemustest ja harjumustest. Pakutava apteegiteenuse kvaliteet jääb sõltuma kindlasti apteegi asukohast, külastatavusest ja töökorraldusest apteegis. Asendusteenuste ja kaupade valik sõltub samuti konkreetsest apteegist ja selle asukohast ning omaniku/juhataja innovaatilisusest.

Intervjuu tulemuste põhjal saab väita, et konkurentsi elavnemine ja uute ettevõtete sisenemine hulgimüügiturule on vähetõenäoline, kuigi see meeldiks kõigile. See on tingitud sellest, et enamus apteeke on ketistunud ja jätkavad suure tõenäosusega ka tulevikus kaupade tellimist sama hulgimüüja käest. Uuel hulgimüüjal on põhjust siseneda vaid juhul, kui tal oleks juba kindel klientuur (oma apteegikett) kaasa võtta, kuid sellist käitumist uus regulatsioon piirab.

Kuigi apteegireform on loodud eesmärgiga parandada konkurentsitingimusi ravimiturul desintegratsiooni ja omandipiirangu (proviisori enamosaluse kohustus) abil, on raske tegelikke tagajärgi prognoosida. Täna, kui ravimituru struktuuri ümberkujundamiseks on jäänud aega alla aasta, suuri muudatusi turul veel toimunud ei ole.

Et kõik turuosalised saaksid tulevikus tegutseda ausalt ja võrdsetel tingimustel ning peaksid kehtestatud reeglitest kinni, toob apteegireform kindlasti kaasa kontrolli teostamise vajalikkuse, et välistada hulgimüüjate varjatud osalust ja mõju jätkumist proviisorapteekides. Samuti näeb autor vajadust luua toimiv toetusüsteem, mis toetaks maa-apteekide püsima jäämist ja aitaks proviisorapteekide süsteemil paremini toimida, et kindlustada apteegiteenuse kättesaadavus ja kvaliteet selliselt nagu seaduslooja seda näinud on. Arvestades töö mahukust ja laiaulatuslikkust leiab kindlast tööst palju teemasid, mida edasi uurida ja millega süvitsi minna. Seda, kas apteegireform seatud eesmärgid saavutab, on hetkel raske täie kindlusega prognoosida ja sellest tulenevalt vajab konkreetne teema kindlasti hilisemaid uuringuid.

VIIDATUD ALLIKAD

1. **Ban, I.** (23. 07 2013. a.). Apteekide asutamispääringutest Ungari näitel. Kasutamise kuupäev: 18. 03 2018. a., allikas http://innomine.ee/wp-content/uploads/2014/01/EPL_230713_Istvan_Ban_apteekidest.pdf
2. **Bennett, S., Quick, J. D., & Velásquez, G.** (1997). Public-Private Roles in the Pharmaceutical Sector - Implications for Equitable Access and Rational Drug Use - Health Economics and Drugs Series. *Health Economics and Drugs Series*, 005, 115. Kasutamise kuupäev: 02. 04 2019. a., allikas <https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip27e/whozip27e.pdf>
3. **Besley, T., & Coate, S.** (2000). Elected Versus Appointed Regulators: Theory and Evidence. *Journal of the European Economic Association*, 1176-1206. Kasutamise kuupäev: 10. 04 2017. a., allikas <http://www.nber.org/papers/w7579>
4. **Bokhari, F. A., & Mariuzzo, F.** (14. 02 2014. a.). Competition Issues In The Distribution Of Pharmaceuticals. Kasutamise kuupäev: 04. 03 2019. a., allikas [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DAF/COMP/GF\(2014\)4&docLanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DAF/COMP/GF(2014)4&docLanguage=en)
5. **Boru, T., & Kuhil, A. M.** (2018). The Structure Conduct Performance Model and Competing. (vol 9), 76-89. Kasutamise kuupäev: 12. 05 2019. a., allikas <file:///C:/Users/Kirsti/Downloads/scplitreview.pdf>
6. **Brooks, J. M., Doucette, W. R., Wan, S., & Klepser, D. G.** (03 2008. a.). *Retail Pharmacy Market Structure and Performance*. Kasutamise kuupäev: 04. 03 2019. a., allikas https://www.researchgate.net/publication/51400603_Retail_Pharmacy_Market_Structure_and_Performance

7. **Eerma, D.** (2006). *Riikliku reguleerimise põhjused ja strateegiad majandustegevuse litsentsimise näitel*. Kasutamise kuupäev: 04 2018. a., allikas <ftp://ftp.repec.org/opt/ReDIF/RePEc/mtk/febpdf/febook26-05.pdf>
8. **Eerma, D., & Wrobel, R. M.** (2012). *Majanduspoliitika alused*. Tartu Ülikooli Kirjasus.
9. EPK , E. (16. 04 2019. a.). Apteegireformi mõju ravimituru konkurentsitingimustele. (a. intervjuu, Intervjueerija) Tallinn.
10. Euroapteek, k. (12. 04 2019. a.). Apteegireformi mõju ravimituru konkurentsitingimustele. (K. Vihermäe, Intervjueerija) Tallinn.
11. **Gubrium, J. F., Holstein, J. A., Marva, A. B., & McKinney, K. D.** (2012). *The SAGE Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft* (Second ed. tr.). SAGE Publications, Inc.
12. HM Government. (04 2008. a.). *Pharmacy in England Building on strengths – delivering the future*. HM Government. Kasutamise kuupäev: 04 2017. a., allikas https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/228858/7341.pdf
13. **Homann, K., & Suchanek, A.** (2011). *ÖKONOOMIKA: SISSEJUHATUS*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
14. **Kanavos, P., & Wouters, O.** (03. 02 2014. a.). *Competition Issues In The Distribution Of Pharmaceuticals*. OECD. Kasutamise kuupäev: 07. 05 2019. a., allikas [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DAF/COMP/GF\(2014\)8&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DAF/COMP/GF(2014)8&docLanguage=En)
15. **Khemani, R. S., & Shapiro, D. M.** (1990). Glossary of Industrial Organisation Economics and Competition Law. 90. OECD. Allikas: <http://www.oecd.org/regreform/sectors/2376087.pdf>
16. **Kimmel, K., & Kannelmäe, P.** (2011). Organisatsioonide vastus konkurentsiameti kirjale. *Eesti Rohuteadlane*, 6, 10-15.
17. Konkurentsiamet. (14. 05 2009. a.). *Ettepanek konkurentsiolekorra parandamiseks käsimeetmetega ravimite turustamisel*. Kasutamise kuupäev: 27. 01 2019. a., allikas http://www.konkurentsiamet.ee/public/ettepanek_.pdf

18. Konkurentsiamet. (7. 11 2011. a.). *Ettepanek ravimiseaduse §-s 42 lettenähtud üldapteegi tegevusloa väljaandmise ja muutmise piirangute kaotamiseks*. Kasutamise kuupäev: 27. 01 2019. a., allikas http://www.konkurentsiamet.ee/public/Seisukohad_ja_arvamused/Ettepanek_asutamispirangu_kaotamiseks_7_11_2011.pdf
19. Konkurentsiamet. (18. 04 2019. a.). Apteegireformi mõju ravimituru konkurentsitingimustele. (K. Vihermäe, Intervjueerija) Tallinn.
20. **Kotler, P., & Keller, K. L.** (2006). *Marketing Management* (12th ed. tr.). New Delhi: Prentice-Hall of India Private Ltd.
21. **Kruus, P., & Paat-Ahi, G.** (2013). *Kaasaegse apteegiteenuse roll esmatasandi tervishoiu osana Eesti tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamisel*. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis. Kasutamise kuupäev: 03 2018. a., allikas https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Tervisevaldkond/kaasaegse_apteegiteenuse_roll_esmatasandi_tervishoiu_osana.pdf
22. **Laherand, M.-L.** (2008). *Kvalitatiivne uurimisviis*. Tallinn: Infotrükk.
23. **Ledbury, M., Miller, N., Lee, A., & Fairman, T.** (2006). *Understanding policy options*. Home Office. Tsiteeritud 14. 05 2019. a.
24. **Lee, C.** (2007). *SCP, NEIO and Beyond*. Kasutamise kuupäev: 05. 05 2019. a., allikas <file:///C:/Users/Kirsti/Downloads/LeeSCPNEIOandBeyond2007.pdf>
25. **Leimann, J., Skärvad, P.-H., & Teder, J.** (2003). *Strateegiline juhtimine*. Tallinn: Külim OÜ.
26. **Lipczynski, J., Wilson, J., & Goddard, J.** (2005). *Industrial Organization - Competition, Strategy, Policy*. Prentice Hall. Kasutamise kuupäev: 12. 05 2019. a., allikas <http://eprints.stiperdharmawacana.ac.id/183/1/Industrial%20organisation.%20Competition%2C%20Strategy%20and%20Policy.%20John%20Lipczynski%2C%20John%20Wilson%20and%20John%20Goddard.pdf>
27. **Madise, Ü.** (2018). *Apteegireformi põhiseaduspärasus*. Õiguskantsler.
28. Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium. (2009). *Konkurentsiolekorra analüüside metoodika uuring*. Kasutamise kuupäev: 15. 03 2017. a., allikas <https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content->

editors/TOF/TOF_strat_arendusprojektid/23_konkurentsiolekorra_analyyside_metoodi_ka_uuring_kv.pdf

29. **Maripuu, M.** (2013). Kvaliteetse ja jätkusuutliku apteegiteenuse kättesaadavuse tagamisest lähtuvalt õiguskantsleri ettepanekust nr 20 üldapteegi tegevusloa väljaandmise ja muutmise piirangu kohta. Kasutamise kuupäev: 21. 02 2019. a., allikas [https://www.sotsiaalministeerium.ee/sites/default/files/content-](https://www.sotsiaalministeerium.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Ravimid/raport_kvaliteetse_ja_jatkusuutliku_apteegiteenuse_kattesaadavuse_tagamisest.pdf)

[editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Ravimid/raport_kvaliteetse_ja_jatkusuutliku_apteegiteenuse_kattesaadavuse_tagamisest.pdf](https://www.sotsiaalministeerium.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Ravimid/raport_kvaliteetse_ja_jatkusuutliku_apteegiteenuse_kattesaadavuse_tagamisest.pdf)

30. **Mnushko, Z. M., Pestun, I. V., Timanyuk, I. V., Sofronova, I. V., & Aliekperova, N. V.** (2016). Management And Marketing In Pharmacy *Part II Marketing in Pharmacy*. (T. M. Pharmacy, Toim.) Harkiv: Dialog.

31. MsÜS. (2016). *Erinõuete kaardistus post-MsÜS*. Kasutamise kuupäev: 15. 03 2019. a., allikas [https://www.mkm.ee/sites/default/files/content-](https://www.mkm.ee/sites/default/files/content-editors/failid/NullByrokraatia/p_4_erinouete_kaardistuse_ulevaade.pdf)

[editors/failid/NullByrokraatia/p_4_erinouete_kaardistuse_ulevaade.pdf](https://www.mkm.ee/sites/default/files/content-editors/failid/NullByrokraatia/p_4_erinouete_kaardistuse_ulevaade.pdf)

32. **Naldi, M., & Flamini, M.** (17. 06 2014. a.). The CR4 index and the interval estimation of the Herfindahl-Hirschman Index: an empirical comparison. Kasutamise kuupäev: 05. 05 2019. a., allikas <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01008144/document>

33. **Nelson, P.** (1970). Information and Consumer Behavior. *Journal of Political Economy*, 78, 311-329.

34. **Nõmper, A.** (10 2012. a.). Tervisekaitse põhiõigusest apteekide asutamispäirangute näitel. *Juridica*, lk 727-738.

35. OECD. (1990). Glossary of Industrial Organisation Economics and Competition Law. Kasutamise kuupäev: 04. 05 2019. a., allikas <http://www.oecd.org/regreform/sectors/2376087.pdf>

36. OECD. (2001). Competition And Regulation Issues In The Pharmaceutical Industry . OECD.

37. OECD. (2011). *Competition Assessment Toolkit Volume I: Principles*. Kasutamise kuupäev: 10. 04 2019. a., allikas <http://www.oecd.org/>:

[http://en.fas.gov.ru/upload/documents/OECD%20Competition%20Assessment%20Toolkit%20\(Volume%20I\).pdf](http://en.fas.gov.ru/upload/documents/OECD%20Competition%20Assessment%20Toolkit%20(Volume%20I).pdf)

38. OECD. (2012). Market Definition. 441. Kasutamise kuupäev: 12. 05 2019. a., allikas <http://www.oecd.org/daf/competition/Marketdefinition2012.pdf>
39. OECD. (10 2014. a.). *Factsheet on how competition policy affects macro-economic outcomes*. Kasutamise kuupäev: 05. 05 2019. a., allikas <https://www.oecd.org/daf/competition/2014-competition-factsheet-iv-en.pdf>
40. OECD. (2017). Competition Assessment Toolkit: Volume 1. Principles. Kasutamise kuupäev: 24. 03 2019. a., allikas <https://www.oecd.org/daf/competition/46193173.pdf>
41. **Ots, M.** (1. 11 2011. a.). Ettepanek ravimiseaduse §-s 42 ettenähtud üldapteegi tegevusloa väljaandmise ja muutmise piirangute kaotamiseks. Kasutamise kuupäev: 04 2019. a., allikas https://www.konkurentsiamet.ee/public/Seisukohad_ja_arvamused/Ettepanek_asutamis_piirangu_kaotamiseks_7_11_2011.pdf
42. **Philipsen, N.** (2003). *Regulation of and by Pharmacists in the Netherlands and Belgium* (https://www.researchgate.net/profile/Niels_Philipsen/publication/46431823_Regulation_of_and_by_Pharmacists_in_The_Netherlands_and_Belgium_An_Economic_Approach/links/598abb0645851519f10a6857/Regulation-of-and-by-Pharmacists-in-The-Netherlands-and-Belgium-An-Economic-Approach.pdf tr.). Kasutamise kuupäev: 19. 03 2017. a., allikas https://books.google.ee/books?id=SVN7x4TnNh8C&pg=PA51&lpg=PA51&dq=philipsen+Classification+of+drugs&source=bl&ots=zdL_jAWKLV&sig=ymVaq2gk7A-IR2UtMI89IXSZw5Q&hl=et&sa=X&ved=0ahUKEwjun6P4i-7SAhUCICwKHUc6B4IQ6AEIMDAD#v=onepage&q=philipsen%20Classification%20of%20drugs&f=false
43. **Philipsen, N. J.** (09 2013. a.). *Regulation of Pharmacists: A Comparative Law and Economics Analysis*. (T. E. Economics, Toim.) Kasutamise kuupäev: 08. 03 2019. a., allikas https://www.researchgate.net/publication/270450913_Regulation_of_Pharmacists_A_Comparative_Law_and_Economics_Analysis
44. **Pina, A.** (04. 06 2014. a.). Enhancing Competition And The Business Environment In Hungary. Kasutamise kuupäev: 20. 04 2019. a., allikas

[http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP\(2014\)19&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP(2014)19&docLanguage=En)

45. **Porter, M. E.** (01 2008. a.). *The Five Competitive Forces That Shape Strategy*. Kasutamise kuupäev: 29. 01 2019. a., allikas <https://cemi.com.au/sites/all/publications/Porter%202008.pdf>

46. Ravimiamet. (17. 04 2019 (a). a.). Apteegireformi mõju ravimituru konkurentsitingimustele. (K. Vihermäe, Intervjueerija) Tartu.

47. Ravimiamet. (2019). *Ravimiameti kodulehekülg*. Kasutamise kuupäev: 23. 02 2019. a., allikas <https://www.ravimiamet.ee/>

48. Ravimiseadus. (1996). RT I 1996, 3, 56. Riigikogu. Kasutamise kuupäev: 16. 05 2019. a., allikas <https://www.riigiteataja.ee/akt/28468>

49. Ravimiseadus. (2017). RT I, 28.12.2017, 59. Riigikogu. Kasutamise kuupäev: 16. 05 2019. a., allikas <https://www.riigiteataja.ee/akt/128122017059>

50. Riigi Teataja. (09. 06 2014. a.). Ravimiseaduse § 42¹ „Üldapteegi tegevusloa väljaandmise ja muutmise piirangud” lõigete 1–3 põhiseaduslikkuse kontroll. Kasutamise kuupäev: 20. 05 2019. a., allikas <https://www.riigiteataja.ee/akt/112122013014>

51. Riigikontroll. (6. 09 2012. a.). *Ravimite hüvitamise korraldus*. Kasutamise kuupäev: 27. 01 2019. a., allikas https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Ravimid/riigikontrolli_analuus.pdf

52. Riigikontroll. (04. 04 2013. a.). Riigikontrolli kommentaar Eesti Apteekide Ühenduse 03.04.2013 pressiteatele „EAÜ: Riigikontroll käitub aruande lähteandmeid varjates ebaseaduslikult“. Kasutamise kuupäev: 06. 02 2019. a., allikas <https://www.riigikontroll.ee/Suhtedavalikkusega/Pressiteated/tabid/168/ItemId/667/View/Text/amid/557/language/et-EE/Default.aspx>

53. Riigiteataja. (2005). Ravimite hulgi- ja jaemüügi juurdehindluse piirmäärad ni. RT I 2005, 12, 55.

54. **Rudholm, N.** (kuupäev puudub). *Deregulating the Norwegian Pharmaceuticals Market – Consequences for Costs and Availability*. The Swedish Retail Institute, Stockholm.

55. **Rõõmusaar, K.** (08. 05 2008. a.). *Koondumise nr 32/2007 Terve Pere Apteek OÜ ja OÜ Saku Apteek keelamine*. Kasutamise kuupäev: 10. 04 2019. a., allikas https://www.konkurentsiamet.ee/public/Koondumised/2008/ko2007_32.pdf
56. **Rüütel, R.** (03. 01 2013. a.). Konkurents nagu religioon. *Postimees*.
57. **Sarv, K.** (2011). Apteekide asutamise ja paiknemise õiguslikke probleeme. *Magistritöö*, 97.
58. **Sepp, J.** (2010). Turutõrgete leevendamise teoreetilised alused. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
59. **Siclen, S. V.** (2000). Ireland - Regulatory Reform in Electricity, Gas, Pharmacies and Legal Services. OECD.
60. **Stiglitz, J. E.** (1995). *Ühiskondliku sektori ökonoomika*. Tallinn: Külim.
61. **Stojanovic, B., & Kostić, M.** (2013). Competition policy and the impact of market structure on companies' profitability. 325-338. Kasutamise kuupäev: 15. 05 2019. a., allikas [file:///C:/Users/Kirsti/Downloads/Competition_policy_and_the_impact_of_market_struct%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Kirsti/Downloads/Competition_policy_and_the_impact_of_market_struct%20(1).pdf)
62. Tamro Eesti OÜ, h. (18. 04 2019. a.). Apteegireformi mõju ravimituru konkurentsitingimustele. (K. Vihermäe, Intervjueerija) Tallinn.
63. Tervise Arengu Instituut. (2016). Kasutamise kuupäev: 09. 04 2018. a., allikas <http://www.tai.ee/et/instituut/pressile/uudised/3393-tervishoiu-kogukulude-osakaal-skp-s-oli-eelmisel-aastal-59>
64. **Vickers, J.** (Jaanuar 1995. a.). Concepts of Competition. *Oxford Economic Papers*, 47, 1-23. Tsiteeritud 04 2018. a.
65. **Wiedenmayer, K., Summers, R., Mackie, C., Gous, A., Everard, M., & Tromp, D.** (2006). *Developing Pharmacy Practice*. Geneva: WHO. Kasutamise kuupäev: 20. 04 2018. a., allikas <https://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeEN.pdf>
66. **Wienert, H.** (1997). *OECD*. Kasutamise kuupäev: 13. 03 2019. a., allikas <http://www.oecd.org>:

[http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=OCDE/GD\(97\)133&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=OCDE/GD(97)133&docLanguage=En)

67. **Vogler, S.** (2014). *Competition Issues In The Distribution Of Pharmaceuticals - Liberalization In The Pharmacy Sector*. OECD. Kasutamise kuupäev: 04. 04 2018. a., allikas

[https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DAF/COMP/GF\(2014\)6&docLanguage=En](https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DAF/COMP/GF(2014)6&docLanguage=En)

68. **Vogler, S., Arts, D., & Habl, C.** (2006). *Community Pharmacy in Europe Lessons from deregulation – case studies*. Austrian Health Institute (ÖBIG), Vienna. Kasutamise kuupäev: 16. 02 2019. a., allikas

<https://jasmin.goeg.at/241/1/Community%20Pharmacy%20In%20Europe.%20Lessons%20from%20deregulation%20%E2%80%93%20case%20studies.pdf>

69. **Vogler, S., Arts, D., & Sandberger, K.** (2012). *Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries*. Austrian Health Institute (ÖBIG), Vienna.

70. **Vogler, S., Habimana, K., & Arts, D.** (2014). Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries. *Health Policy*, 311-327.

71. **Volkerink, D. B., Bas, P. d., & Gorp, N. v.** (22. June 2007. a.). *Study of regulatory restrictions in the field of pharmacies*. Rotterdam: ECORYS Nederland BV. Kasutamise kuupäev: 11. 03 2019. a., allikas

https://www.actasanitaria.com/fileset/doc_42824_FICHERO_NOTICIA_19865.pdf

72. Õiguskantsler. (19. 09 2012. a.). *Ettepanek nr 20 üldapteegi tegevusloa väljaandmise ja muutmise piirangu kohta*. Kasutamise kuupäev: 27. 01 2019. a., allikas http://www.oiguskantsler.ee/sites/default/files/field_document2/6iguskantsleri_ettepanek_nr_20_riigikogule_uldapteegi_tegevusloa_valjaandmise_ja_muutmise_piirang.pdf

73. **Õunapuu, L.** (2014). KVALITATIIVNE JA KVANTITATIIVNE UURIMISVIIS SOTSIAALTEADUSTES. Tartu.

74. Äriregister. (2019). *E-äriregister*. Kasutamise kuupäev: 20. 04 2019. a., allikas <https://ariregister.rik.ee/>

LISAD

Lisa 1. Juurdehindluse piirmäärad ravimite hulgi- ja jaemüügil

Ühe originaali ostuhind (eurodes)	Hulgimüügi juurdehindluse piirmäär (%)
Kuni 1,60	20
1,61 – 2,88	15
2,89 – 6,39	10
6,40 – 12,78	5
Üle 12,78	3

Ühe originaali ostuhind (eurodes)	Jaemüügi juurdehindluse piirmäär	
	Proportsionaalne juurdehindlus (%)	Fikseeritud juurdehindlus (eurodes)
Kuni 0,64	0	0,38
0,65 – 1,28	40	0,38
1,29 – 1,92	35	0
1,93 – 2,56	30	0
2,57 – 3,20	25	0
3,21 – 6,39	20	0
6,40 – 44,74	15	0
Üle 44,74	0	5,11

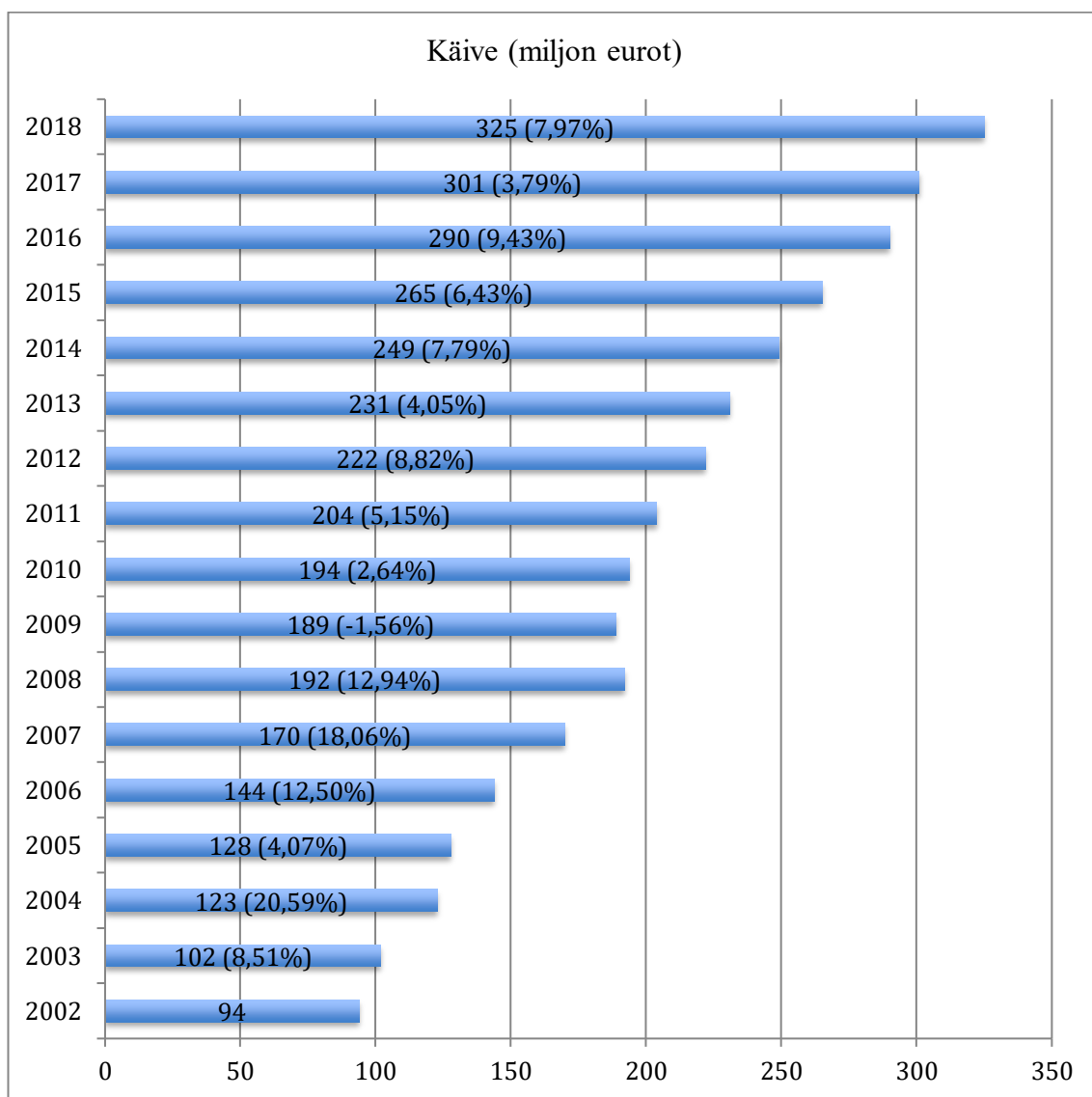
Allikas: (Riigiteataja, 2005)

Lisa 2. Apteekide asutamis- ja tegutsemispiirangud EL riikides 2006.a.

EL riik	Klientide min. arv piirkonnas	Apt. vaheline min.vahemaa (m)	Apteekide arvu piirang	Maj. põhjend. test	Vertikaalne integratsioon			
					Apteek	Hulgi-müüja	Ravimi-tootja	Arst
Austria	Ei	Ei	Ei	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
Belgia	2500	Ei	Ei	Ei	Jah	Jah	Jah	Jah
Tšehhi	Ei	Ei	Ei	Ei	Jah	Ei	Ei	Jah
Küpros	Ei	Ei	Ei	Ei	Jah	Ei	Ei	Ei
Taani	?	?	?	?	Ei	Ei	Ei	Ei
Eesti	3000	1000	Ei	Ei	Jah	Ei	Ei	Ei
Soome	Ei	Jah	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei
Prantsusmaa	2500	Ei	Ei	Ei	Jah	Ei	Ei	Ei
Saksamaa	Ei	Ei	Ei	Ei	Jah	Ei	Ei	Ei
Kreeka	?	?	Ei	Ei	?	?	?	?
Ungari	5000	275	Ei	Ei	Jah	Ei	Ei	Jah
Iirimaa	Ei	Ei	Ei	Ei	Jah	Jah	Jah	Jah
Itaalia	4500	200	Jah	Ei	?	Ei	Ei	Ei
Läti	Jah	Ei	Ei	Ei	Jah	Jah	Jah	Jah
Leedu	Ei	Ei	Ei	Ei	Jah	Ei	Ei	Ei
Luksemburg	5000	Ei	Ei	Ei	Jah	?	?	Ei
Malta	Ei	Ei	Ei	Ei	Jah	Jah	Jah	Ei
Holland	Ei	Ei	Ei	Ei	Jah	Jah	Jah	Ei
Poola	Ei	Ei	Ei	Ei	Jah	Ei	Jah	Jah
Portugal	4000	500	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei
Slovakkia	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei
Sloveenia	5000	400	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei
Hispaania	2800	250	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei
Rootsi	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei
Suurbritania	Ei	Ei	Ei	Ei	Jah	Ei	Ei	jah

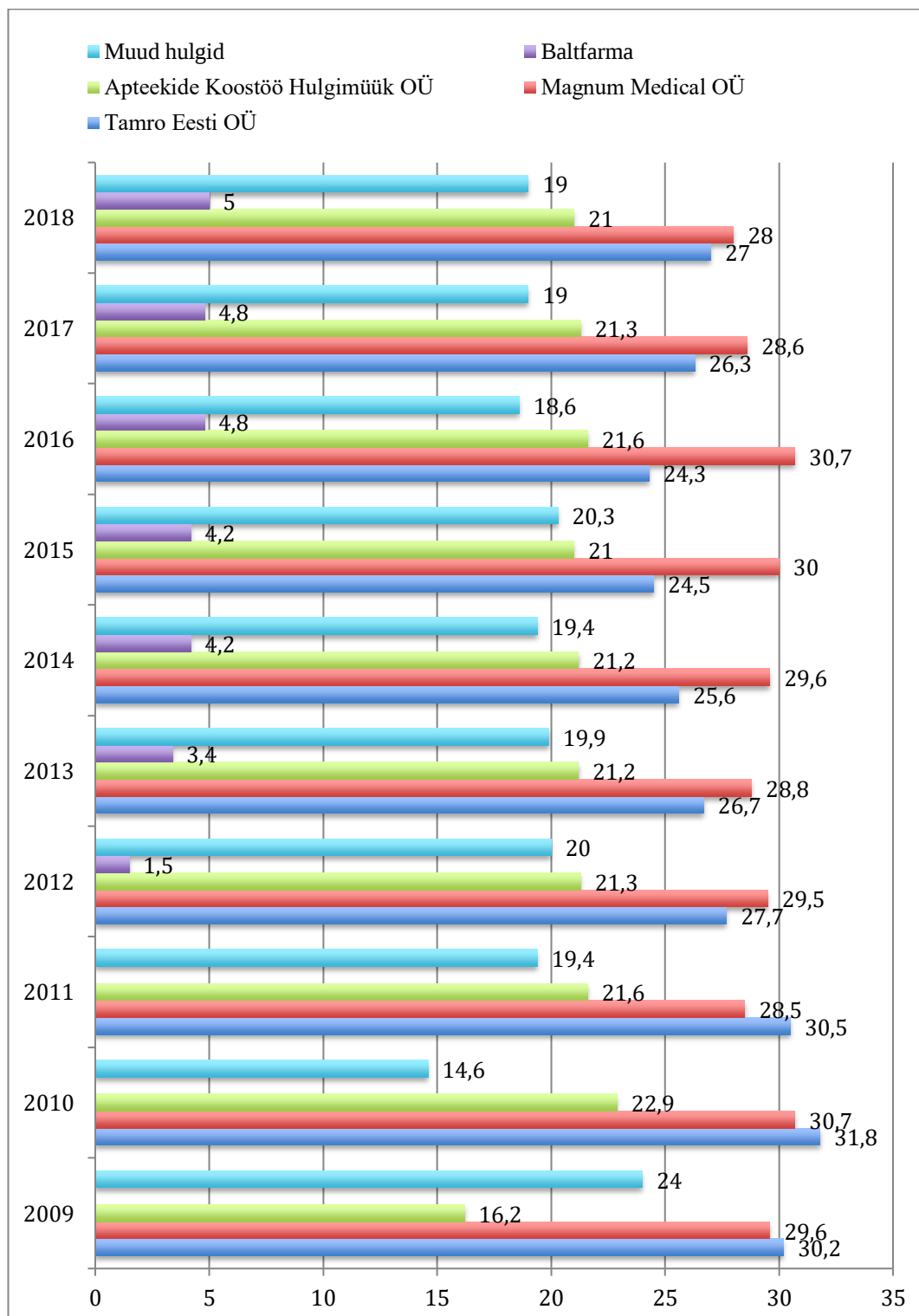
Allikas: (Volkerink, Bas, & Gorp, 2007)

Lisa 3. Eestis müüdud humaanravimite turumaht miljonites eurodes 2002–2018



Allikas: (Ravimiamet, 2019)

Lisa 4. Suurimate ravimite hulgimüüjate turuosa jaotus % 2009-2018.



Allikas: (Ravimiamet, 2019)

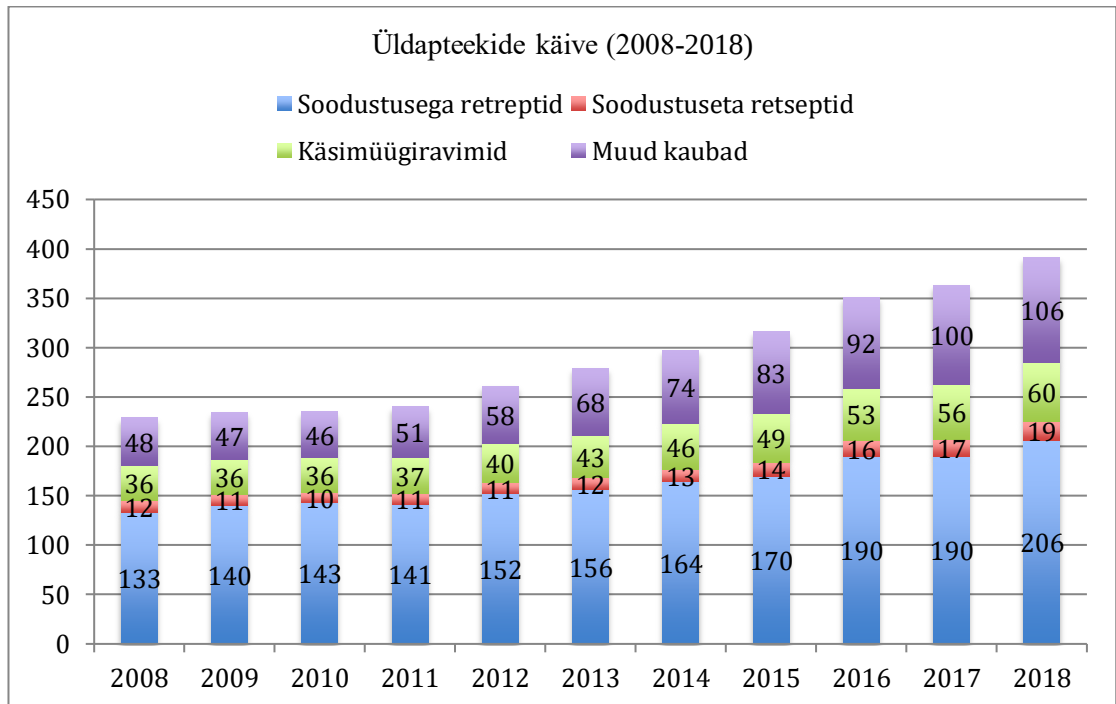
**Lisa 5. Üldapteekide arv linnas ja maal ning nende kontsentratsiooni suhe
perioodil 2003 – 2019 (1. jaanuari seisuga)**

LINN	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Harjumaa	12	10	10	12	14	13	14	14	16	17	18	17	17	18	20	20	19
Tallinn	110	110	118	139	133	127	126	126	124	123	126	130	127	125	126	130	133
Hiiumaa	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Ida-Virumaa	28	27	28	32	33	32	32	32	31	30	31	31	31	32	32	31	30
Narva	17	16	15	17	19	20	20	20	19	18	19	19	19	19	17	17	18
Jõgevamaa	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	8	7	9	11
Järvamaa	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6	6	6	8	8	8	8
Läänemaa	8	7	7	8	9	7	7	7	7	7	7	6	6	7	7	5	5
Lääne-Virumaa	11	11	11	13	14	14	14	14	14	14	14	14	14	17	18	19	20
Põlvamaa	5	5	4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	8	8	9
Pärnumaa	20	20	21	27	26	26	25	25	26	25	25	25	25	22	21	23	22
Raplamaa	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Saaremaa	8	10	10	10	10	10	9	9	8	7	7	7	7	11	11	11	8
Tartumaa	5	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Tartu	39	43	42	51	51	50	46	44	43	42	42	42	42	41	41	44	44
Valgamaa	10	7	8	11	11	10	10	8	9	9	9	8	8	10	10	10	9
Viljandimaa	16	13	14	16	16	16	16	16	16	14	14	14	14	15	15	15	14
Võrumaa	7	6	8	11	11	11	10	10	8	8	7	7	7	8	8	8	8
Apteekide arv linnas	313	308	318	376	376	365	358	354	349	342	348	349	346	359	360	369	369
% apteekide üldarvust	66,74%	64,98%	66,25%	70,68%	71,89%	71,71%	72,18%	72,84%	73,17%	72,92%	73,26%	73,01%	72,69%	72,82%	73,47%	74,77%	74,70%
APTEEKE KOKKU	469	474	480	532	523	509	496	486	477	469	475	478	476	493	490	495	494

MAAKOND	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Harjumaa	19	20	20	23	21	21	20	20	20	21	21	21	24	32	31	30	32
Tallinn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hiiumaa	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3
Ida-Virumaa	7	8	7	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5	3	3	1	1
Narva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jõgevamaa	7	8	8	8	7	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	4	4
Järvamaa	9	10	9	9	9	9	6	6	5	5	5	4	4	4	4	5	5
Läänemaa	8	9	8	7	7	6	6	4	3	3	5	5	4	4	4	4	4
Lääne-Virumaa	11	11	10	9	8	9	10	10	10	10	10	10	10	9	9	9	10
Põlvamaa	9	9	10	8	7	8	8	7	6	6	6	6	6	6	5	5	5
Pärnumaa	13	14	13	14	14	13	13	13	13	13	13	15	15	15	15	15	15
Raplamaa	13	12	12	13	13	13	13	13	12	12	12	12	12	11	10	9	8
Saaremaa	7	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	4	4	4	4	4
Tartumaa	19	19	19	19	19	19	20	20	20	17	19	19	19	20	21	22	20
Tartu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Valgamaa	4	7	7	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4
Viljandimaa	15	18	17	16	12	11	8	7	7	7	7	7	7	7	7	6	5
Võrumaa	11	11	12	9	9	8	7	6	6	6	6	6	6	6	4	5	5
Apteekide arv maal	156	166	162	156	147	144	138	132	128	127	127	129	130	134	130	126	125
% apteekide üldarvust	33,26%	35,02%	33,75%	29,32%	28,11%	28,29%	27,82%	27,16%	26,83%	27,08%	26,74%	26,99%	27,31%	27,18%	26,53	25,45%	25,30%
Apteekide arv linnas ja maal KOKKU	469	474	480	532	523	509	496	486	477	469	475	478	476	493	490	495	494

Allikas: (Ravimiamet, 2019)

Lisa 6. Apteekide käive 2008–2018



Lisa 7. Vertikaalselt integreeritud apteekide arv perioodidel 2006 – 2010 ja 2012–2018

Kuuluvus hulgile	Apteegikett kaubamärk	Tegevusloa omanik	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Magnum	Apotheka	Terve Pere Apteek OÜ	43	43	46	47	47	48	53	77	78	77	76	74
			8,08%	8,22%	9,04%	9,48%	9,85%	10,23%	11,16%	16,11%	16,39%	15,62%	15,51%	14,95%
Tamro	(Apteek 1)* Benu	(Koduapteek OÜ)* Benu Apteek Eesti OÜ	29*	32*	38*	41*	43*	48*	49*	81	82	79	80	79
			5,45%*	6,12%*	7,47%*	8,27%*	9,01%*	10,23%*	10,32%*	16,95%	17,23%	16,02%	16,33%	15,96%
Magnum	Pharmacia/ Südamapteek	OÜ Patrika	21	19	19	18	19	27	29	40				
			3,95%	3,63%	3,73%	3,63%	3,98%	5,76%	6,11%	8,37%				
Magnum	Südamapteek	Pharma Group OÜ						6	6	14	66	69	68	66
								1,28	1,26%	2,93%	13,87%	14,00%	13,88%	13,33%
Baltfarma	Euroapteek	Euroapteek OÜ	9	9	9	11	11	13	14	37	42	40	41	39
			1,69%	1,72%	1,77%	2,22%	2,31%	2,77%	2,95%	7,74%	8,82%	8,11%	8,37%	7,88%
Medapta	Ülikooli Apteek	OÜ Yliopiston Apteekki	4	6	6	7	7	6	7	10	12	12	12	12
			0,75%	1,15%	1,18%	1,41%	1,47%	1,28%	1,47%	2,09%	2,52%	2,43%	2,45%	
Baltfarma	Euroapteek	Jasmin Apteegid OÜ												12
														2,42%
Pharmac	Pharmac	AS Pharmac	3	3	2	2	2	2	2	5	5	5	5	
			0,56%	0,75%	0,39%	0,40%	0,42%	0,43%	0,42%	1,05%	1,05%	1,01%	1,02%	
Ketiapteekide kokku			109	109	118	124	127	102	111	264	285	282	282	270
			20,49%	20,84%	23,28%	25,00%	26,62%	21,75%	23,37%	55,23%	59,87%	57,20%	57,55%	54,54%
Jaemüügi apteekide üldarv			532	523	509	496	477	469	475	478	476	493	490	495

Allikas: (Ravimiamet, 2019); autori koostatud

Lisa 8. Intervjuu küsimustik

SPC	Porteri konkurentsijõud	Küsimustik	
		Küsimustik hulgimüügitasandil	Küsimustik jaemüügitasandil
KONKURENTSITINGIMUSED (struktuur)	Konkurents turul valitsevate ettevõtete vahel	1. Kuidas mõjutab vertikaalne desintegratsioon hulgimüüja edasist tegevust?	2. Kuidas mõjutab vertikaalne desintegratsioon jaemüüja edasist tegevust?
		3. Nimetage palun vertikaalse integratsiooni positiivsed omadused?	
		4. Nimetage palun vertikaalse integratsiooni negatiivsed omadused?	
		5. Kas regulatsioon toob kaasa rohkem võimalusi apteekidele tarnija vahetamiseks?	
		6. Millised on väljumisbarjäärid praegustele ettevõtjatele?	
		7. Kas te olete oma positsiooniga ravimiturul rahul? Mida saaksite selle parandamiseks muuta?	
	Sisenemisbarjäärid	8. Kuidas mõjutab ravimite hulgimüüki apteekidele seatud omandipiirang?	9. Kuidas mõjutab ravimite jaemüüki apteekidele seatud omandipiirang?
		10. Milliseks hindate uute konkurentide võimalust siseneda ravimite hulgimüügiturule?	11. Milliseks hindate proviisorite võimalusi uute apteekide loomisel?
	Asenduskaubad	12. Kas peate võimalikuks ravimite müügile tulekut poodidesse?	
		13. Milliseid asenduskaupu/teenuseid saab hulgimüüja apteekidele pakkuda, et oma positsiooni turul paremaks muuta?	14. Milliseid asenduskaupu/teenuseid saab apteek kliendile pakkuda, et oma positsiooni turul paremaks muuta?

Lisa 8. järg...

SKT	Porteri konkurentsijõud	Küsimustik	
		Küsimustik hulgemüügitasandil	Küsimustik jaemüügitasandil
TURUKÄITUMINE	Tarnijate mõjukus	15. Kuidas muudab apteekide desintegratsioon tekkinud suhet hulgemüüjaga?	
	Ostjate mõjukus	16. Milliseks peate läbirääkimis võimalusi partneritega?	
TURUTULEMUSED		17. Kuidas mõjutab desintegratsioon ja omandipiirang pakutava teenuse kvaliteeti sh kättesaadavust?	
		18. Kuidas mõjutab desintegratsioon ja omandipiirang pakutava teenuse hinda?	
		19. Kuidas mõjutab desintegratsioon ja omandipiirang pakutava teenuse mahtu?	

Allikas: autori koostatud

Lisa 9. Intervjuu vastused

Vastaja	1. Kuidas mõjutab vertikaalne desintegratsioon jaemüüja edasist tegevust?
EA	<i>Ma arvan, et see mida eeldatakse, et konkurents läheb suuremaks ja hinnad lähevad alla, seda tegelikult reaalselt ei toimu, sest ka pärast peavad need samad väikesed üksused mis tekivad suurtelt hulgidelt tellima, sest nad ei hakka ise otse välisriigist tellima ja ei hakka ka tegema eraldi lepinguid paljude erinevate tarnijatega. Ma arvan, et midagi eriti ei muutu, lihtsalt kaob ära mastaabiefekt ja iga apteek peab ise hakkama saama ja end ise ära majandama.</i>
EPK	<i>Kui täna on vertikaalselt integreeritud apteegid oma omanikust hulgimüüjale "toruks" ravimite müümisel ja läbi toru on võimalik müüki suunata suunas, mis hulgimüüjale sobib, siis vertikaalne desintegratsioon toob kaasa selle, et apteeker saab ise otsustada, lähtudes kliendi vajadusest ja enda parimast teadmisest.</i>
RA	<i>Seaduselooja eesmärk piirangute loomisel oli, et proviisorid muutuvad sõltumatumaks ja teevad oma otsused patsiendi heaks ainult meditsiinilisest teadmisest lähtuvalt, mitte omaniku ärihuvidest.</i>
TA	...
KA	<i>Apteekide edasises tegevuses suuremaid muutusi seadusemuudatus kaasa ei too. Apteegid jäävad endiselt hulgimüüjatega tugevalt seotuks läbi frantsiisilepingute vm koostööd reguleerivate lepingute. Frantsiisiapteegid ostavad suurema osa ravimeid konkreetset hulgimüüjalt. Frantsiisi mittekasutavad apteegid on ka valinud endale konkreetse hulgimüüja, kellelt valdavalt ravimeid osta.</i>

Vastaja	2. Kuidas mõjutab vertikaalne desintegratsioon hulgimüüja edasist tegevust?
EA	...
EPK	<i>Hulgimüüjad kellel on oma apteegid, neile on tagatud kindel edasimüüjate hulk. Vertikaalne desintegratsioon toob kaasa selle, et edaspidi on tema turg kõik Eesti apteegid ja hulgimüüjad peavad hakkama konkureerima teiste hulgimüüjatega kõikide apteekide pärast.</i>
RA	<i>Hulgimüük ja jaemüük lahutatakse teineteisest, mis annab võimaluse uutele tulijatele hulgimüügiturule sisenemiseks, sest olemasolevad apteegid ei ole juba olemasolevate hulgimüüjatega kindlalt seotud, tekiks uus konkurents.</i>
TA	<i>Ma ei näe, et see üldse kuidagi mõjutaks, kliendid jäävad alles ja meie tegevus jääb endiseks, väga suurt muutust see kaasa ei too.</i>
KA	<i>Hulgimüüjate edasises tegevuses suuremaid muutusi seadusemuudatus kaasa ei too. Apteegid jäävad endiselt hulgimüüjatega tugevalt seotuks läbi frantsiisilepingute vm koostööd reguleerivate lepingute.</i>

Vastaja	3. Nimetage palun vertikaalse integratsiooni positiivsed omadused?
EA	<i>See annab suurema tarnekindluse ja tagab parema info liikumise uute toodete ja tarbija trendide kohta,</i>
EPK	<i>See on positiivne ainult hulgimüüjale endale, sest vertikaalne integratsioon kindlustab temale turu.</i>
RA	<i>Mastaabiefekt, suures kontsernis on kindlasti majanduslikult soodsam erinevaid projekte ellu viia, mis ei tähenda, et väikesed seda ise teha ei suuda, kuid majanduslikult on mõttekas seda siiski suures kontsernis teha. Meil on häid näiteid kettides toimivatest kvaliteedisüsteemidest.</i>
TA	<i>See on efektiivsem ja kokkuvõttes on ravimite kättesaadavus parem siis, kui meil on mõned tugevad jaeketid mitte tohutult palju nõrkasid. See on vertikaalse integratsiooni keelu põhirisk, sest kui meil tekib 200 apteeki, kes on iseseisvad ja kõik on ühtmoodi nõrgad, siis kui jätkusuutlik see tegevus on. Sest kui vaadata</i>

	<i>jaeapteekide tulemusi eraldiseisvana, siis meil on mõni üksik apteek Eestis, kes on väga heal majanduslikul järjel.</i>
KA	<i>Selle mudeli juures on igal hulgimüüjal oma apteegid, keda varustada ning konkurents toimib vertikaalselt integreeritud kettide vahel. See on üks võimalik mudel ning Eestis on see eksisteerinud aastaid.</i>

Vastaja	4. Nimetage palun vertikaalse integratsiooni negatiivsed omadused?
EA	<i>Vähem valikuvabadust apteekides ja väga piiratud ja valitud sortiment. Kui puudub vertikaalne integratsioon, siis väga tõenäoliselt lähevad ka apteekide kulud suuremaks.</i>
EPK	<i>Vertikaalselt integreeritud apteegis töötav proviisor ei saa olla päriselt sõltumatu ja oma otsustes vaba.</i>
RA	<i>Apteeker ei ole oma valikutes vaba ja tal puudub võimalus iseseisvalt otsustada, sest hulgimüüja surve on väga suur ja nii tekib huvide konflikt (meditsiin vs äri).</i>
TA	<i>Kui meil oleks selge monopolne olukord turul ja meil on üks valitseva mõjuga hulgimüüja, siis see oleks probleem. Täna on meil täiesti eksisteeriv konkurents turul ja ma ei näe siin mingisuguseid suuri probleeme ausalt öeldes.</i>
KA	<i>Vertikaalse integratsiooni tulemusel on hulgimüüjatel suur võim kogu ahela üle.</i>

Vastaja	5. Kas regulatsioon toob kaasa rohkem võimalusi apteekidele tarnija vahetamiseks?
EA	<i>Jah seda toob ta küll. Kui ei ole vertikaalset integratsiooni ja see läheb tõepoolest nii nagu plaanitud on, siis tõepoolest ei ole ju vahet kust apteek kaupa tellib ta võib seda teha kasvõi kõikidelt tarnijatelt, kellelt Eestis on võimalik tellida</i>
EPK	<i>Jah toob küll. Kui täna hulgimüüja omanduses olevad apteegid ostavad oma kauba oma hulgist ja vahel midagi sealt ei saa on neil luba tellida ka mujalt. Siis need kes on sõltumatud apteegid, saavad ise valida milliselt hulgimüüjalt nad mida ostavad. Tihti valitakse küll omale mugavuse pärast üks hulgimüüja kellega tehakse rohkem koostööd, aga seda saab alati vahetada, kui sul tekib tunne, et mujal on tingimused paremad.</i>
RA	<i>Jah, kindlasti toob. Kui apteek ei ole hulgimüüjaga seotud, saab ta teoreetiliselt oma otsuseid paremini teha. Kui on sõlmitud ebasoodsad ja siduvad frantsiisi- vm lepingud senisest omanikust hulgimüüjaga, siis ei muutu midagi või läheb isegi veel pingelisemaks.</i>
TA	<i>Kindlasti toob, aga ma ei näe, et selles osas ka täna mingisuguseid suuri takistusi oleks.</i>
KA	<i>Seadusemuudatus ei avarda apteekide võimalusi vahetada hulgimüüjat. Seda põhjusel, et valdav osa apteeke jääb hulgimüüjatega tugevalt seotuks läbi frantsiisilepingute ning eelduslikult kaasneks nende lepingute lõpetamisega sanktsioonid. Frantsiisi mittekasutavatel apteekidel on suurem võimalus hulgimüüjaid valida, kuid selline võimalus on neil ka tänasel päeval.</i>

Vastaja	6. Millised on väljumisbarjäärid praegustele ettevõtjatele?
EA	<i>Kui on üks apteek, millel on kolm haruapteeki, siis ta ei saa ju neid harusid tegelikult eraldi müüja, sest see on üks juriidiline keha, mis tähendab seda, et tuleb müüa kõik apteegid, kes selle juriidilise keha alla kuuluvad korraga ja ma ei usu, et on reaalselt väga palju neid proviisoreid, kes oleksid võimelised omale sellist finantsvastutust võtma. Esiteks ei ole neil võimekust ja teiseks ei ole neid kes tahaksid. See proviisorite koja uuring, mis uuris et kas on proviisoreid kes tahaksid apteeke pidada on hästi pindmine, sest kindlasti on palju neid kes tahaksid, aga kui me võtame nendest 200st</i>

	<i>proviisorist need kes realselt seda suudaksid, siis ma arvan, et jääb neid järele alla 20 võibolla.</i>
EPK	<i>Ma ei näe, et neid oleks. Väljaarvatud ehk see, et kohta kuhu apteeki teha on raske leida, kuna apteeke on väga palju.</i>
RA	<i>Piirangu vastuvõtmisest saadik on kogu aeg liikvel ka legend, et kohe muudetakse seadus jälle ära. Nii ka praegu, aasta enne lõplikku jõustumist. Kuna kõik on turul hetkel äraootaval seisukohal, siis ei julge keegi ühtegi otsust vastu selles osas võtta, kõik ootavad, mis saama hakkab. Vähesel määral toimub nõuetele vastavusse viimist, seda üsna aeglates tempos.</i>
TA	<i>Meie jaoks on põhirisk tänasest äriperspektiivist vaadates, et mis siis see lõplik otsus on ja kuidas see lõplik olukord jääb. Sisuliselt on see meie jaoks sundvõõrandamine, mis tähendab seda, et meilt võetakse mingi osa ärist ära. Tekib küsimus, kas meil tekib mingi õiguslik alus kompensatsiooniks, kui meilt selline äri lihtsalt käest ära võetakse? Loomulikult, kui nii on otsustatud, siis mis meil selle vastu saab olla, aga küsimus ongi nagu õigluses, et kui kellelki võetakse jõuga midagi ära, siis nagu eeldus, et see mingit pidi ka kuidagi kompenseeritakse.</i>
KA	<i>Apteege või hulgimüüja tegevuse lõpetamisel tuleb lähtuda üldistest äriühingute lõpetamisele kehtestatud reeglitest. Suurimaks väljumisbarjääriks on võetud rahaliste kohustuste täitmine. Küsimus, kust hulgimüüjad leiavad oma apteekidele õiglase hinnaga ostjad, on endiselt päevakorral.</i>

Vastaja	7. Kas te olete oma positsiooniga ravimiturul rahul? Mida saaksite selle parandamiseks muuta?
EA	<i>Kindlasti oleme rahul, sest me oleme väga kiiresti kasvanud, aga kindlasti me tahaksime veel kasvada. Mida me saaksime selle jaoks veel teha on see kuidas olemasolevaid apteeke efektiivselt majandada ja teistelt osalistelt apteeke üle võtta.</i>
EPK	<i>Viljandi Vana-Apteege tegevjuhina ma päris rahul ei ole. Väike-ettevõtte peame me konkureerima suurte ettevõtetega ja see konkurents on ebavõrdne. Võibolla teistsuguses situatsioonis, kui meie kõrval on teised sarnased väikesed ettevõtted me käitaksime teisiti ja teeksime teistsuguseid otsuseid. Võib-olla ei hoiaks lihtsalt turuosa pärast apteeki. Meil on Eestis palju selliseid näiteid kus hoitakse apteek alles ainult turuosa pärast.</i>
RA	...
TA	<i>Üldiselt oleme rahul, loomulikult me loodaks, et me saaks oma turuosa suuremaks ja konkureeriks meie ühe suure konkurendiga võibolla rohkem võrdsetel alustel, sest täna on meil üks domineeriv hulgimüüja Eesti turul ja meie oleme teine, aga parem.</i>
KA	...

Vastaja	8. Kuidas mõjutab ravimite jaemüüki apteekidele seatud omandipiirang?
EA	<i>Kui see toob kaasa endaga selle, et paljud apteegid suletakse, siis ma arvan, et ravimite müüki see ei mõjuta, sest ravimid tuleb kliendil välja osta igal juhul. Aga ilmselt mõjutab see mitteravimite müügi osakaalu, sest meil on palju tooteid mida on võimalik saada mujalt ja siis inimene valib omale mugavama lahenduse. Kui läheb nii, et mitte ühtegi apteeki kinni ei panda, siis tegelikult ei muutu mitte midagi.</i>
EPK	<i>See ei mõjuta ravimite jaemüüki. Ravimeid ei hakata müüma ei rohkem ega vähem kui seda praegu tehakse ja kui apteeker müüb ainult seda mida patsient vajab, siis ei mõjuta. Samuti ei muutu ravimite hinnad, kui ei muudeta juurdehindlust.</i>
RA	<i>Seaduslooja eesmärk oli, et kui proviisor on ise ka omanik, paraneb teenuse kvaliteet ja ravimite valik apteegis,</i>
TA	...

KA	<i>Apteekide edasises tegevuses suuremaid muutusi seadusemuudatus kaasa ei too. Apteegid jäävad endiselt hulгимүүjatega tugevalt seotuks.</i>
-----------	---

Vastaja	9. Kuidas mõjutab ravimite hulгимүүki apteekidele seatud omandipiirang?
EA	...
EPK	<i>Täna saab hulгимүүja otse mõjutada mingi kindla toote läbimүүki oma apteekides, kui apteegid on proviisorite omandis, siis sooduspakkumiste ja erinevate kampaaniatega on see võimalik, aga siis on see soovituslik. Oma apteekides praegu saavad hulgid otse suunata. Võibolla mõjutab see kõige enam hulгимүүja ja tootja omavahelisi kokkuleppeid, kuna ilmselt tänased kokkulepped ühel päeval enam ei kehti, sest hulгимүүja ei saa kontrollida enam jaemүүki, siis seal tõenäoliselt midagi muutub.</i>
RA	<i>Hulгимүүja peab suhete hoidmiseks rohkem pingutama, konkurentsi olukord võiks apteekidele, ravimikasutajatele soodsamaks muutuda.</i>
TA	<i>Ma ei näe et see väga kuidagi mõjutab, sest apteegid peavad endiselt kuskilt ostma oma ravimid ja muud kaubad mida nad müüvad, seepärast ma ei näegi, et see kuidagi oluliselt mõjutaks, lihtsalt küsimus on selles, et millise hulgi käest ta seda ostab.</i>
KA	<i>Hulгимүүjate edasises tegevuses suuremaid muutusi seadusemuudatus kaasa ei too. Apteegid jäävad endiselt hulгимүүjatega tugevalt seotuks. Seega hulгимүүjate turuosad säilivad, säilib ka turujõud tootjate suhtes.</i>

Vastaja	10. Milliseks hindate proviisorite võimalusi uute apteekide loomisel?
EA	<i>Väga kehvad tingimused, seni kuni riik ei tule appi, ei tee eritingimusi, siis ma arvan, et tingimused on väga halvad. Sest kui nad peavad reaalselt turutingimustes selle apteegi välja ostma, siis ma ei näe, et oleks väga palju proviisoreid, kes tahaks omale selle riski võtta. Need apteegid mis reaalselt hakkaksid kasumit teenima, nende turuväärtus on nii kõrge, et proviisorid ei saaks sellist finantseeringut kuskilt.</i>
EPK	<i>Täna on olukord väga keeruline, sest meie apteegitur on apteeke pungil täis ja sul ei ole seda apteeki kuskile teha kuigi sa tahaksid. Võimalus tekib siis, kui ketid hakkavad oma apteeke müüma. Kui ketid otsustavad, et nad ei müü vaid panevad apteegi lihtsalt kinni, siis on võimalus sinna uus apteek asemele teha. Praegu on olukord selline, et kui tekib kuskile koht kuhu võiks apteegi teha, siis ma usun, et proviisor kindlasti teeb sinna apteegi, kui ta löögile pääseb, aga olukord näitab seda, et ega ta väga löögile ei pääse, sest rendileandjatel on suhted ikka endiselt nendel kettide ja hulгимүүjatega ja tundmatule proviisorile pinda ei jagata.</i>
RA	<i>Proviisoritel on see võimalus alati olnud, lihtsalt vahepeal oli see tänu geograafilistele ja demograafilistele piirangutele lisatingimusega, kuid apteeke teha on nad kogu aeg tohtinud. Miks siis ikkagi tehtud on vähe – ebakindlus turul tegutsevate jõuliste konkurentide osas, vähene riskivalmidus, liiga kallid rendihinnad jne – seda peavad nad ise ütlema.</i>
TA	...
KA	<i>Proviisoritel on iseenesest võimalik asutada uusi apteeke, kuid leida tuleb sobivad ruumid ja teha vajalikud investeeringuid. Võimalik on kasutama hakata mõnda frantsiisi või jääda hulгимүүjatest täielikult sõltumatuks. Need võimalused on olemas ka praegu.</i>

Vastaja	11. Milliseks hindate uute konkurentide võimalust siseneda ravimite hulгимүүgiturule?
----------------	--

EA	...
EPK	<i>Samuti keeruline, sest hulgitur on meil üpris jaotunud ja küsimus on ka selles, et kas nii väikesel ravimiturul peab üldse olema väga palju hulgimüüjaid. Võibolla siin ei saagi olla palju hulgimüüjaid, sest siis ei ela ega sure neist keegi. Aga kindlasti võib olukord muutuda, kui vertikaalse integratsiooni keeld ja omandipiirang jäävad kehtima, sest äkki keegi sisenebki siia ja suudab olla piisavalt atraktiivne proviisorite apteekidele.</i>
RA	<i>Seadusloomisel oli ka see üks eesmärkides ja uus regulatsioon soodustab seda võimalust kindlasti. Ma väga loodan, et turule tuleb juurde uusi hulgimüüjaid, mis parandab konkurentsi hulgimüügiturul.</i>
TA	<i>Siin ei ole täna väga suuri piiranguid, täiesti vabalt võiks keegi tulla ka täna ja teha uue hulgi, aga mingil põhjusel ei ole neid tulnud. Ma arvan, et see turg ei ole nii lihtne ja see ei ole ka nii kasumlik, et ta väga atraktiivne tunduks, sest esialgsed investeeringud, mis tuleb teha on lihtsalt nii suured, et kuskil teises valdkonnas teenib investor kiiremini oma raha tagasi. Nõudlus ja pakkumine paneb asja paika tavaliselt.</i>
KA	<i>Otseseid seadusest tulenevaid piiranguid uute hulgimüüjate sisenemiseks turule ei eksisteeri. Kuid kuna enamus olemasolevaid apteeke on seotud hulgimüüjatega (ja see seotus säilib ka tulevikus), siis on uuel hulgimüüjal turule sisenemine keeruline, sest raske on leida apteeke, kellele ravimeid müüa.^[1] Turule saaks siseneda uus kett (hulgimüüja + piisav hulk tema frantsiisi kasutavaid apteeke). Seda aga tõenäoliselt ei juhtu, kuna reform tekitab sellele lisabarjääri.</i>

Vastaja	12. Kas peate võimalikuks ravimite müügile tulekut poodidesse?
EA	<i>See on võimalik, aga see sõltub pigem Raviametist, kuna meil on võrreldes Euroopaga väga konservatiivne see süsteem ja ma ei usu, et see nii pea juhtub, aga mõned lihtsamad ravimid võivad jõuda poodidesse lähima 10 aasta jooksul küll.</i>
EPK	<i>Ei, see on äärmiselt populistlik mõte ja ükski proviisor ei saa sellega nõus olla, sest me ju teame miks peab ravimeid soovitama erialaspetsialist, sest me teame kõiki ohte mis on seotud ravimitega. Sellel ei ole loogilist põhjendust miks ravimid peaks toidupoes müügil olema, sest ravimite hinnad sellest ei alaneks, vaid pigem tõuseks peaaegu igas toidupoes või selle kõrval on praegu juba apteek.</i>
RA	<i>Käimasolev reform seda teemat ei puuduta. Seda on palju arutatud juba varem ja arutatakse kindlasti ka edaspidi. Paljuski on ühiskonna arvamuse kujundamine selle otsuse jaoks see proviisorite kätes - seni kuni nad suudavad oma igapäevatööga tõestada, et nende olemasolu ravimite väljastamisel on vajalik, seda ei juhtu nii kergesti.</i>
TA	<i>Ma ei välistaks ühtegi võimalust, loomulikult on see võimalik, küsimus on selles kas see on lõppkokkuvõttes hea või halb ja kellele ta on hea või halb. Me peaks seadma patsiendi esikohale, et kui me mõtleme patsiendi ja tema turvalisuse peale, siis see ei ole hea mõte.</i>
KA	<i>Käsimüügiravimite väljaspool apteeke müümine on poliitiline otsus. Konkurentsiameti hinnangul mõjutaks nende ravimite müük väljaspool apteeke hinda ja kättesaadavust positiivselt.</i>

Vastaja	13. Milliseid asenduskaupu/teenuseid saab apteek kliendile pakkuda, et oma positsiooni turul paremaks muuta?
EA	<i>Asenduskaupadest on kindlasti kosmeetika, sukad, tervisetooted, kõik mis vähegi juba apteekidesse tulnud on ja neid tuleb kindlasti juurde. Pluss terviseteenused, nõustamisteenused, vaktsineerimised, millega on juba alustatud ja mis võtab järjest</i>

	<i>suuremaid mõõde, sest praegu on meil siin ainult gripi ja puugi vaktsineerimised, aga tulevikus tahetakse teha ka hepatiidi ja kõiki muid vaktsineerimisi.</i>
EPK	<i>Täna ei ole midagi keelatud pakkuda, aga see peaks jääma erialaseks ja mulle meeldiks kui teenuseid ei kopeeritaks ja duubeldataks. Ideaalis võiks kogu süsteem olla kooskõlastatud esmatasandi tervishoiusüsteemiga, et me ei dubleeriks tegevusi, vaid igaüks teeks oma asja. Nt lepitakse kokku, et ravimite kasutamise analüüsi teeb apteek ja vaktsineerib pereõde või siis teevad mõlemad, aga vahetavad infot.</i>
RA	<i>Teenuseid apteegis pakutakse üha enam ja see toob kaasa ka palju kõneainet, kuid apteegi teenuse juures on siiski kõige olulisem nõustamine. Seni kuni me ei suuda kvaliteetset nõustamist apteekides tagada (see ei käi muidugi kõikide apteekide kohta) ei tohiks me seda teemat üldse arutada. Apteegiteenuse kõige olulisem osa on ravimite väljastamine koos vastava nõustamisega.</i>
TA	...
KA	...

Vastaja	14. Milliseid asenduskaupu/teenuseid saab hulgimüüja apteekidele pakkuda, et oma positsiooni turul paremaks muuta?
EA	...
EPK	...
RA	<i>Eks nad ole neid võimalusi koguaeg otsinud ja katsetanud. Võtame näiteks kosmeetikatoodete müügi apteekidele.</i>
TA	<i>Ma ei näe, et selliseid eriti oleks, me oleme keskendunud hulgimüügile ja selle tegevusega ma ka jätkame.</i>
KA	<i>Hulgimüüjate positsiooni turul mõjutab nendega frantsiiside kaudu seotud apteekide arv, mitte lisateenuste osutamine.</i>

Vastaja	15. Kuidas muudab apteekide desintegratsioon tekkinud suhet hulgimüüjaga?
EA	<i>Hulgidel on väga palju neid "omatooteid", mida nad hea meelega tahaksid apteekidesse suunata, see lihtsus kaob hulgidel ära, et nad ei saa enam nii lihtsalt oma tooteid apteekidele müüa, selles mõttes läheb konkurents paremaks. Kõikides muudes toodetes, mis ei ole „private label“, sõltub see ikkagi apteekrist ja tema uskumustest, mida ta tahab tellida ja kust kohast ta tahab seda tellida, et paljud sellised tooted, mis ei ole „private lable“ on hulgidel juba olemas, et selles mõttes ei ole väga vahet pigem ta vaatab milline hulgi teeb talle parema tarnelepingu.</i>
EPK	<i>Nendel kes on täna sõltumatud ei muutunud midagi. Muutub nendel, kes täna kuuluvad hulgidele, nad muutuvad desintegratsiooni tagajärjel iseseisvaks ja saavad ise teha valikuid. Ma arvan, et olukord muutub paremaks ja see muutub paremaks just sellepärast, et hulgimüüja hakkab võtma kõiki apteeke kui oma kliente. Täna võtab ta ühtesid kui kliente ja teised apteegid on tema "toru". Sellest tõuseb tulu kindlasti apteekidele ja hulgimüüjad hakkavad omavahel konkureerima apteekide pärast, sest turule tekib juurde palju uusi potentsiaalseid kliente kellele teha koostöö ettepanek, ehk konkurentsi olukord läheb apteekide jaoks kindlasti paremaks.</i>
RA	<i>Täieliku iseseisvuse puhul peaksid olema loodud kõik võimalused, et apteeker ja hulgimüüja hakkavad suhtlema nagu võrdne võrdsega, kumbki ei dikteeri teisele poolele peale oma tingimusi, tulemused saavutatakse läbirääkimistel.</i>
TA	<i>Kardinaalseid muutusi see kindlasti ei too. Läbirääkimisjõud muutub mingis mõttes väiksemaks. Kui Apteegid on iseseisvad, siis neil puudub tugev läbirääkimisjõud võrreldes sellega, mis täna on apteegi kettidel, seetõttu mingid asjad tõenäoliselt muutuvad kallimaks.</i>
KA	<i>Apteegid jäävad endiselt hulgimüüjatega tugevalt seotuks läbi frantsiisilepingute vm</i>

	<i>koostööd reguleerivate lepingute. Koostöö hulгимüüjate ja apteekide vahel ei muutu.</i>
--	--

Vastaja	16. Milliseks peate läbirääkimis võimalusi partneritega?
EA	<i>Ma arvan, et kõik hulgid on väga avatud igasugustele partnerlustele apteekida ja ma arvan, et kõik kuulatakse ära, sest iga hulgi on huvitatud, et neil oleks võimalikult palju partnereid kes neilt telliksid.</i>
EPK	<i>Meil on see on koguaeg olnud hea, alati tullakse vastu ja aidatakse tekkinud probleemi lahendada.</i>
RA	<i>Kõik sõltub sellest, millistel tingimustel senistelt omanikelt apteegiomand uuele omanikule üle läheb. Minu soovitus on lugeda hoolikalt lepinguid, millele alla kirjutatakse.</i>
TA	<i>Mitte et hulгимüüja saaks ise seda hinda mõjutada, aga läbirääkimisjõud tootjate poole muutub nõrgemaks, sest täna teevad paljud ravimitootjad oma hinnakampaaniaid ja turundustoetusi suunatult jaekanalisse läbi hulгимüüja. Ma ei usu, et tulevikus ravimitootja hakkab ise apteekidega eraldi läbirääkimisi pidama, kindlasti mingid tingimused muutuvad kehvemaks.</i>
KA	<i>Kuna hulгимüüjate positsioon turul jääb muutumatuks, siis nende läbirääkimiste positsioon ei muutu. Kui mõni ketti omav hulгимüüja peaks reformi tagajärjel turult lahkuma, siis teiste suurte turujõud suureneb.</i>

Vastaja	17. Kuidas mõjutab desintegratsioon ja omandipiirang pakutava teenuse kvaliteeti sh kättesaadavust?
EA	<i>Ma arvan, et väiksemates apteekides ta kindlasti vähendab seda, sest mida suurem on laoseis, seda pikem on see laojäätumise aega, mis tähendab seda, et väiksemad apteegid ikkagi üritavad minimaalsemat laoseisu hoida ja see võib ravimite kättesaadavus oluliselt mõjutada. Mida suurem on apteek ja selle läbimüük, seda suuremat kaubavariatsioonid nad suudavad võimaldada. Teenusekvaliteet läheb halvemaks, sest praegu saavad apteekrid oma palga igal juhul kätte, olenemata sellest palju nad pingutavad ja mida nad müüvad, siis tulevikus hakkavad proviisorid palju rohkem tegema koostööd tarnijatega, et saada paremaid leppeid ja paremaid tingimusi erinevate tarnijatega, mis tõttu nad hakkavad palju rohkem kindlaid tarnijaid eelistama.</i>
EPK	<i>Ma arvan, et kättesaadavus ei muutu halvemaks. Kindlasti muutub teenuse kvaliteet, sest kui osa apteeke lähevad kinni, siis olemasolevad apteegid muutuvad elujõulisemaks neil on rohkem personali ja nad saavad hakata pakkuma rohkem teenuseid.</i>
RA	<i>See oli ka üks regulatsiooni eesmärkidest, et teenuse kvaliteet paraneks, sest kõige paremini oskab seda kujundada proviisor. Teenuse kättesaadavuse osas on raske midagi täpsemalt hinnata, sest ega apteeke massiliselt juurde tegema ei hakata või siis on nad ikka asukohtades, kus juba niigi on apteeke piisavalt.</i>
TA	<i>Mina kardan, et see muutub kehvemaks, sest ma ei usu et üksikud apteegid suudavad olla jätkusuutlikud, see äri ei ole nii kasumlik, et sa suudaks oma teenuseid arendada ja valikut väga laia ajada, sest kõik jälgivad väga täpselt mida laos hoitakse ja kui kaua seda hoitakse, sest risk, et midagi jääb kätte on suur ja oledki oma kuu aja kasumi maha kirjutanud, pigem ma arvan, et see mõjub ravimite kättesaadavusele halvasti.</i>
KA	<i>Regulatsioon teenuse kvaliteeti ei mõjuta.</i>

Vastaja	18. Kuidas mõjutab desintegratsioon ja omandipiirang pakutava teenuse hinda?
----------------	---

EA	<i>See sõltub piirkonnast, sest fakt on see, et apteek peab ennast ära elatama, kõik kulud kinni maksuma ja palgad kindlasti ka. Võibolla ka investeeringud tulevikku ja remondid kunagi, ma arvan, et see sõltub väga palju apteegist, kui ikkagi ei ole suur ketiapteek, siis see hind võib natukene kerkida, aga ma ei usu, et see kindlasti odavamaks läheb, pigem vastupidi, sest see ravimite juurdehindlus on praegu riigi poolt fikseeritud ja kui riik tõesti soovib konkurentsi tõsta, siis ma arvan, et nad peaksid ka ravimite marginali osas natuke järgi andma ja seda tõstma, et oleks võimalik apteegil ennast ravimite ära elatada. Arvestades tööturul toimuvat, siis palgakulu läheb juba nii suureks, et kindlasti ravimid odavamaks ei lähe</i>
EPK	<i>Ravimihinda ta ei saa muuta, sest meil on riigi poolt kehtestatud juurdehindlus ja ravimite hinnad kujundatakse tootja poolt juba väljaspool Eestit, ainus kes saab kaasa selles küsimuses rääkida on Haigekassa oma piirhindadega.</i>
RA	<i>Kas ravimid lähevad odavamaks – ei ole väga tõenäoline.</i>
TA	<i>Pikas perspektiivis hinnad tõusevad.</i>
KA	<i>Regulatsioon ravimite hindu ei mõjuta.</i>

Vastaja	19. Kuidas mõjutab desintegratsioon ja omandipiirang pakutava teenuse mahtu?
EA	<i>Sõltub sellest kes on apteegis juhataja, kui palju on tal majandusteadmisi, kui innovaatiline ta on ja kas ta on nõus apteeki edasi arendama.</i>
EPK	<i>Ravimite müügi maht ei muutu, võib mõjutada mitteravimite müüki apteekides, see võib langeda.</i>
RA	<i>Ei mõjuta, sest haigeid on ikka sama palju ja sama palju kulub ka ravimeid, apteegiomandi regulatsioon selles osas midagi ei muuda, pigem sõltub see ravimite riikliku rahastamise võimalustest.</i>
TA	<i>Teenuse maht apteegi poolelt muutub väiksemaks.</i>
KA	<i>Regulatsioon teenuse mahtu ei mõjuta.</i>

Allikas: Autori läbiviidud intervjuude transkriptsioon; autori koostatud

SUMMARY

IMPACT OF REGULATION ON THE CONDITION OF COMPETITION IN THE ESTONIAN PHARMACY MARKET

Kirsti Vihermäe

Regulation of the pharmaceutical market around the world is based on the balance between two fundamental rights: everyone's right to health protection and freedom of enterprise. The whole EU is moving towards the pharmaceutical market liberalization, which has led to chaining the pharmacies and vertical integration. Over the last fifteen years, the Estonian pharmaceutical market has repeatedly changed its regulations, which has resulted in several changes in the structure of the pharmaceutical market and thus influenced the conditions of competition. The aim of all regulations has been to increase consumer welfare, which means better accessibility of pharmacy service, better price for medicines and higher quality. But not always the regulations have fully achieved the desired results, which has led to the need to review regulations and to change them in the necessary direction. Therefore the aim of the Master's thesis is to study the impact of regulatory changes on the competitive conditions and in particular the structure of the Estonian pharmaceutical market.

To achieve the goal of the Master's thesis, the author first researched in the theoretical part of the thesis, theoretical foundations of the market regulation and the role of competition in the economy, including the possibilities to protect and restrict competition. Competition plays an important role in the development of new products and services, as each competitor's goal is to use its resources as efficiently as possible, leading to innovation. The analysis of competitive conditions is based on market definition, which involves identifying competitors and calculating their market shares and based on the structure-performance-conduct (SPC) paradigm. This approach allows collecting data into categories to get an analytical framework which gives possibilities to explore

relationships between market structure, behaviour, and outcomes. Their interrelationship is linked by different policy areas. Each market under investigation has its own specific structure: the number of participants, the specificity of the product/service, entry/exit barriers and the form of competition. To analyse the horizontal competition level of industry by the structure is suitable to use different indicators - starting from the number of companies and their degree of chaining rate and ending to the concentration ratios. In the case of vertical concentration is the subject of interest the number and share of wholesale and retail affiliates are of interest.

Since the SPC paradigm can involve Porter's five competitive forces, the author also examines in the theoretical part of the thesis, Porter's five competitive force models, where the most important force is the competition among rival between the companies in the industry. In addition, competition is influenced by the openness of the market, substitute and the power of suppliers and buyers. The greater the impact of these competitive forces, the more intense competition for consumers and the lower potential the profit-making.

As the positive effects of competition interfere with market failures, they are attempted to reduce with regulations. To identify and reduce anti-competitive regulations, the OECD has developed a competition assessment test. The OECD model allows with simple steps to identify unnecessary restrictions to apply, where possible, alternative, with less restrictive regulations, to achieve the same goals the government has set.

As the analysis of competition conditions, including market failures, is based on the market definition the author examines in the second chapter of the theoretical part of the thesis, the pharmaceutical market and the active parties operating there, showing the route movement of goods and information, and describing the possible relationships between the different parties that determine market concentration and competitive conditions in the pharmaceutical market. As the pharmaceutical market is characterized by market failure in the form of information asymmetry, which caused by the specificity of the goods, and to balancing it leads to the need to regulate the pharmaceutical market. The forms and scope of regulation depend on each country's own regulations, but it always

aims to ensure better availability of the pharmacy service, affordable prices, and consumer safety.

In the third chapter of the theoretical part of the Master's thesis, the author examined the practice of regulating the competitive conditions of the pharmaceutical market in other countries. In countries which have moved towards a liberal pharmacy market, the pharmacies are mostly chaining, and pharmacies have been concentrated generally in more economically attractive locations that have not improved the availability of pharmacy services in rural areas. In the heavily regulated countries, also the accessibility of the service is better organized in rural areas. Also, there are some shortcomings in the quality of service in countries with liberal pharmacy arrangements characterized by the time it takes to advise the client. The negative effect of deregulation is also the pressure exerted by wholesalers on pharmacies to maximize their profits. As in many countries, there is a tendency to allow OTC medicines to sell outside pharmacies, the author examines how the pharmacy monopoly and the accessibility of medicines are solved in different EU countries.

In the second part of the work, the author focuses on empirical analysis to examine changes in the structure of the Estonian pharmaceutical market, including the number of enterprises, their location, and horizontal and vertical concentration. The first subchapter of the empirical part of the Master's thesis opens the methodology and data of the work. The second chapter outlines the restrictions governing the structure of the Estonian pharmaceutical market and their content at different periods. It turns out that the Estonian pharmaceutical market has been at different times both, liberal and regulated. In 2006, was introduced the establishment of pharmacies, which subject was geographical and demographic restrictions in order to reduce the closure of pharmacies in rural areas. As the aim of restriction was not achieved and restrictions were considered to be restrictive of competition, the regulation was re-changed significantly in 2014 and 2015 by prohibiting vertical integration and was introduced ownership restriction to establish a new pharmacy intent to ensure better availability, higher quality of pharmacy services and better price. With this change, all pharmacies will need to comply at the latest by 1 April 2020.

To achieve one goal of the Master's thesis, to evaluate the influence of regulation on the competitive conditions of the pharmaceutical market, the author implements in the third chapter on the empirical part of the Master's thesis a quantitative analysis. Based on the obtained results, it can be said that market participants often react to change proactively. Because the introduction of geographic and demographic restrictions (in 2006), one of the objectives of which was to slow down the growth of pharmacies in towns, led to increasing the number of pharmacies in cities before the restrictions came into force. A similar result was in 2014 when the prohibition of vertical integration introduced, in short period (one year) the number of vertically integrated pharmacies exceeded the number of non-vertically integrated pharmacies just before the regulation was introduced. The fact that market participants react proactively to change must certainly be considered in future regulation.

In order to analyse market participants attitudes towards pharmacy reform and predict possible consequences of the reform, the author used structured interviews with market participants as a qualitative research method in the last chapter of the empirical part. In total, the author conducted five interviews and met with all interviewees personally. As a result of qualitative analysis, it can be argued that results of pharmacy reform will not bring major changes at the wholesale level because the customers as pharmacies will remain and the wholesaler will continue to operate. At the retail level are more difficult to predict the results because it depends largely on the fate of the pharmacies owned by the wholesaler. As the one goal of pharmacy reform was to ensure the independence of pharmacists, it should be achievable if the desintegration succeeds. The pharmacist's independence from the wholesaler and the freedom of making the decisions in pharmacy will ensure a better choice of goods, but the offered assortment will certainly depend on the pharmacist's experience and habits. The offered quality of the pharmacy service will depend on the location of the pharmacy, the attendance and the organization of work at the pharmacy. The choice of substitute services and goods depends on the pharmacy and its location, and on the innovation of the owner/manager.

Based on the results of the interview, it can be argued that the revival in competition and the entry of new businesses into the wholesale market is unlikely, although it would

appeal to everyone. Because most pharmacies are chained and most likely will continue to order goods from the same wholesaler in the future. The new wholesaler has reason to enter the market only if it has already a dedicated clientele (its own pharmacy chain), but such behaviour is restricted by the new regulation.

Although the pharmacy reform is designed to improve the conditions of competition in the pharmaceutical market through desintegration and ownership restriction (pharmacist must own the majority stake in the company), it is difficult to predict the actual consequences. Today, when there is less than a year left to restructure the pharmaceutical market, there have been no major changes in the market.

In order for all market participants to be able to act honestly and on a level playing field in the future and adhere to the established rules, the pharmacy reform will certainly bring the need to carry out controls in order to prevent wholesalers covert involvement and continuity of power of influence about pharmacies. The author also sees the need to create a functioning support system that will support the survival of pharmacies in the rural area and help the provisor pharmacy system function better to ensure accessibility the pharmacy service and quality as seen by the legislator. Considering the wide-ranging nature of the work, many topics can be found in the specific work that can further explore deeper into. Whether a pharmacy reform achieves the set goals is currently difficult to predict, and consequently, a specific topic will need later research.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Kirsti Vihermäe (12.02.1978.a.),

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „RIIKLIKU REGULATSIOONI MÕJU EESTI RAVIMITURU KONKURENTSITINGIMUSTELE“, mille juhendajad on professor Jüri Sepp ja Konkurentsiameti peadirektor Märt Ots,
 - 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. Olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 23.05.2019.a.