

TARTU ÜLIKOOL
Majandusteaduskond
Ettevõtetmajanduse instituut

Piret Trumm

**RIIKLIKU RAVIMIPOLIITIKA RAAMES TEHTUD
SOTSIAALKAMPAANIA HINDAMINE**

(kampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ näitel)

Magistritöö ärijuhtimise magistri kraadi taotlemiseks ärijuhtimise erialal

Juhendajad: Lektor Andres Kuusik
Lektor Andres Võrk

Tartu 2012

Soovitan suunata kaitsmisele
(juhendaja allkiri)

.....
(juhendaja allkiri)

Kaitsmisele lubatud “ “..... 2012. a.

..... õppetooli juhataja
(õppetooli juhataja nimi ja allkiri)

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

.....
(töö autori allkiri)

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Ravimipoliitika elluviimisel kasutatavate sotsiaalkampaaniate mõju hindamine.....	8
1.1 Sotsiaalkampaania definitsioon ja selle mõju hindamise võimalused.....	8
1.2 Ravimipoliitika mõju ravimite tarvitamisele.....	28
1.3 Ravimipoliitika elluviimine ja sotsiaalkampaaniate roll selles	40
2. Eesti ravimipoliitika raames elluviidud kampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ hindamine.....	50
2.1 Eesti ravimiturg ning ravimipoliitika	50
2.2 Sotsiaalkampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ tulemused	61
2.3 Sotsiaalkampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ tulemuslikkuse analüüs.....	77
Kokkuvõte	86
Viidatud allikad	90
Lisad.....	100
Lisa 1. W.A.I.T indikaatori näitajad Euroopas	101
Lisa 2. Patsiendi küsimustiku näidis	102
Lisa 3. Arsti küsimustiku näidis.....	104
Summary	106

SISSEJUHATUS

Ravimid puudutavad ühiskonnas igäihte, nii noori kui eakaid, mistõttu ei saa ühtegi ravimitega seotud teemat alahinnata või pidada väheoluliseks. Pole ka saladus, et kogu maailma ja Euroopa ühiskond on vananev, mis tõstab ravimite osatähtsust tulevikus veelgi. Ravimid võivad oluliselt mõjutada inimeste tervist, mis on üks tähtsamaid ühiskonna kindlustamist vajavaid hüvesid, aga ka inimeste kulusid, mida tänapäeva materiaalses maailmas tuleb kindlasti tähele panna.

Inimeste tervis mõjutab märkimisväärselt nende võimet igapäevaelus toime tulla, nende sotsiaalset ja majanduslikku panust riigi ülesehitamisel ning riigi üldist edu. Tervis on seega oluline rahvuslik ressurss, mis väärib sihi- ja kavakindlat arendamist. Ekspertide arvates suurendab eeldatava eluea pikenemine ühe aasta võrra ühiskonna tootlikkust 4%, vähendades tööealiste inimeste suremust südame- ja veresoonkonna haigustesse 10%, suureneb ühiskonna tootlikkus ühe inimese kohta 1% võrra. Terve ja haritud tööeline elanikkond on ühiskonna majandusarengu vältimatu eeltingimus.

OECD andmetel on kulutused ravimitele maailmas viimase kümne aasta jooksul tõusnud kiiremini kui kogukulutused tervishoiule, saavutades haripunkti 1999. ja 2001. aastal. Sellest ajast alates on püütud kulutusi kontrollida läbi erinevate mehhanismide. Iirimaa, Kreeka ja Rootsi on alandanud ravimite hindu ja tegelenud aktiivselt soodusravimite poliitikaga. Šveits on kasutanud geneeriliste ravimite propageerimist, et seeläbi vähendada patsientide omaosalust. Sarnast poliitikat hakkasid alates 2005 kasutama Holland ja alates 2007 Saksamaa. Aastaks 2010. oli mitmetes Euroopa riikides, sealhulgas Saksamaal ja Suurbritannias geneeriliste ravimite osakaal üle 60% (Meresmaa 2010: 22). Geneeriliste ravimite lihtsam turuletulek, nende propageerimine ja kasutamine lubab tulevikuks kokkuhoidu kulutustelt ravimitele. Ka Eestis on viimastel aastatel hakatud rohkem tähelepanu pöörama ravimite kulutuste vähendamisele. Ümber on vaadatud soodustuste saamise protseduurid, patsiendi

omaosalus ja geneeriliste ravimite turule sisenemine. Geneeriliste soodusravimite kasutuselevõtt on üheks otsesemaks võimaluseks, kuidas riiklikku ravimieelarvet kasvatamata suuremale arvule patsientidele samaväärset raviteenust pakkuda. Patsiendi omaosaluse vähendamine ja geneeriliste ravimite propageerimine sai aktiivsema tähelepanu osaliseks alates 2010. aasta kevadest.

Sotsiaalkampaania on üks võimalusi kuidas muuta inimeste arusaamu ja käitumist. Antud töö raames vaadeldakse sotsiaalkampaaniat kui ühte osa sotsiaalturundusest. Sotsiaalturundus kasutab oma eesmärkide saavutamiseks üldiselt samu meetodeid mida tavaturundus, kuid erinevad autorid on jõudnud järeldusele, et sotsiaalturundus erineb kohati oluliselt tavaturundusest. Sotsiaalkampaania teostamine on aga tavaturunduses teostavate kampaaniatega sarnane.

Sotsiaalkampaania hindamine on komplitseeritud ja mitmeetapiline protsess. Töö esimeses osas tuuakse välja erinevate autorite arvamused sotsiaalkampaania hindamisest ning koostatakse joonis, kus ära toodud erinevad hindamistüübid ja indikaatorid, mille põhjal hinnata. Peamiselt kasutatakse kampaaniate hindamisel tulemuste hindamist. Palju rohkem oleks autori arvates vaja tähelepanu pöörata kujundavale ja protsessi hindamisele, kuna need on etapid kus veel muudatusi saab teha. Eraldi käsitletakse ka mõju hindamist, mis tähendab toimunud kampaaniale hinnangu andmist kaugtulevikus.

Sotsiaalkampaania korraldamine ja hindamine ravimiturul ei erine väga palju muudes valdkondades teostatavatest kampaaniatest. Peamiste eripäradena võib käsitleda erinevate huvigruppide kaasatust ja teema tundlikkust patsiendi jaoks. Samuti peab arvestama asjaoluga, et ravimiturul ei saa lõpptarbijale reklaamida ühtegi konkreetset toodet vaid edastatav sõnum peab olema üldisem, käima kõikide ravimite kohta.

Vajadus suurendada ravimiturul geneeriliste ravimite osakaalu, riigi elanikkonna vananemine, muutused ravimipoliitikas ja avalik diskussioon ravimite hindade temadel on antud teema viimase pooleteise aasta jooksul väga aktuaalseks muutnud. Ravimite hinnatemaatika käsitleb ka Haigekassa poolt korraldatud sotsiaalkampaania „Erinevus on ravimi hinnas,“ mille eesmärgiks on tõsta inimeste teadlikkust originaalravimist ja

geneerilisest ravimist ning vähendada inimeste omaosalust ravimite ostmisel. Tegemist on esmakordse avalikkusele suunatud kampaaniaga Eesti ravimiturul.

Magistritöö eesmärgiks on hinnata sotsiaalkampaaniat „Erinevus on ravimi hinnas“ märgatavust ja mõju tarbimiskäitumisele eakate patsientide seas. Eakad patsiendid valiti põhjusel, et nemad tarbivad reeglina retseptiravimeid rohkem. Analüüsi läbiviimiseks kasutatakse ankeetküsitlust, mis viidi läbi nii ravimite lõpptarbijate ehk patsientide seas, kui ka perearstide seas. Tulenevalt magistritöö eesmärgist on autor püstitanud järgnevad uurimisülesanded:

- selgitada sotsiaalturunduse temaatikat ja sotsiaalkampaania osa sellest;
- selgitada sotsiaalkampaania erinevaid hindamise võimalusi;
- anda ülevaade ravimiturust ning ravimite tarvitamist mõjutavatest teguritest ja turunduse spetsiifikast ravimiturul;
- selgitada sotsiaalkampaania rolli ravimipoliitika elluviimisel;
- koostada ankeetküsitlus ravimite lõpptarbijate ehk patsientide seas ja perearstide seas, et selgitada retseptiravimite tarvitamist mõjutavad aspekte ning kampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ märgatavust ja mõju tarbimiskäitumisele;
- hinnata patsientide teadlikkus originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest enne kampaaniat ja kampaania toimumise ajal;
- selgitada välja arstide arvamus kampaaniast „Erinevus on ravimi hinnas“

Magistritöö koosneb kahest osast, milles esimeses osas antakse ülevaade sotsiaalturundusest, selle eripärast võrreldes klassikalise turundusega, sotsiaalkampaania definitsioonist ja hindamisest. Teoreetilises osas toetutakse peamiselt Kotleri, Andreaseni ja Weinreichi teoreetilistele käsitlustele. Lisaks antakse ülevaade ravimiturundusest ja selle eripäradest võrreldes tavaturundusega. Käsitletakse ka erinevaid aspekte, mis mõjutavad inimesi ravimite tarvitamisel. Teooria osa kolmandas alapeatükis uuritakse sotsiaalturunduse võimalikkust ravimiturul. Andmeid erinevates riikides toimunud sotsiaalkampaaniate kohta võib leida, kuid kampaaniate hinnanguid ja analüüse praktiliselt polnud. TÜ varasemates töodes on küll käsitletud sotsiaalturunduse temaatikat ning sotsiaalreklaamide erinevaid etappe ja vastuvõtlikkust sihtrühma poolt, kuid sotsiaalkampaania hindamisi ei ole teostatud.

Töö empiirilises osas antakse esmalt ülevaade Eesti ravimiturust ja sotsiaalkampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ teostusest ja eesmärkidest. Tuuakse välja ka siiani Haigekassa ja sotsiaalministeeriumi poolt teostatud kampaania hindamised. Analüüsitakse nii patsiendi kui perearsti ankeetküsitluse tulemusi. Peamiselt analüüsiti erinevaid faktoreid, mis mõjutavad patsienti retseptiravimi valikul, patsientide teadlikkust originaalravimi ja geneerilise ravimi eripärades, kampaania märgatavust ning mõju patsiendi tarbimiskäitumisele. Perearsti küsitluse tulemusena tuuakse välja nende arvamus ja hinnang teostatud kampaania kohta.

Magistritöö valmimisel andsid omapoolse panuse Eesti perearstid, kes nõustusid küsitlusi täitma ja omapoolseid kommentaare jagama. Tänuväärse panuse andsid ka ravimite tarbijad, keda autor kohtas erinevates haiglates ja polikliinikutes. Autor tänab magistritöö juhendajaid asjakohaste ettepanekute ja kommentaaride eest töö valmimisprotsessile kaasa aitamisel. Samuti tänusõnad Eesti Haigekassa kommunikatsioonispetsialistile Agnes Männistele, kes aitas omaltpoolt erinevate juhistega.

1. RAVIMIPOLIITIKA ELLUVIIMISEL KASUTATAVATE SOTSIAALKAMPAANIATE MÕJU HINDAMINE

1.1 Sotsiaalkampaania definitsioon ja selle mõju hindamise võimalused

Käesolevas alapunktis antakse ülevaade sotsiaalkampaania mõistest, koostamisest ja hindamisest. Teema käsitlemisel on autor pidanud oluliseks selgitada ka sotsiaalturunduse mõistet ning tuua välja peamised eripärad võrreldes tavaturundusega. On oluline mõista, et sotsiaalkampaania on üks osa sotsiaalturundusest, kuhu lisaks edustamisele kuuluvad veel toode, koht ja hind. Pikemalt peatutakse ja analüüsitakse sotsiaalkampaania hindamisvõimalusi. Tuuakse välja erinevate autorite seisukohad ning analüüsi lõpptulemusena koostatakse joonis, kus välja toodud erinevad hindamistüübid, koos võimalike instrumentidega,

Sotsiaalturunduse alguseks peetakse 1970-ndate algust kui ilmus Kotler ja Zaltman artikkel ajakirjas *Journal of Marketing*, kus esmakordselt defineeriti mõiste „sotsiaalturundus.“ Tänapäevani on väga raske leida ühte konkreetset mõistet, et defineerida sotsiaalturundust (Domegan 2008: 136). Sotsiaalturunduse mõistetest ja peamistest märksõnadest erinevate autorite käsitluses on antud ülevaade tabelis 1. Kotler ja Zaltman, kes leidsid, et samade võtetega nagu kõik reklaamid müüvad tooteid ja teenuseid, on võimalik müüa ka ideid, suhtumist ja soovitavaid käitumisviise (Weinreich, 1999: 3). Kuid siiski ei saa öelda, et sotsiaalturundusest varem midagi ei teatud. Kotler ja Roberto (1989: 5-6) on näiteks välja toonud, et juba Antiik-Kreekas ja Roomas kasutati sarnaseid kampaaniaid, et vabastada orje. Töölisrevolutsioon Inglismaal, mille käigus nõuti naistele hääletamisõigust ja lapstööjõu kasutamise keelustamist. Selliseid näiteid võib läbi ajaloo tuua veel mitmeid.

Tabel 1. Sotsiaalturunduse definitsioon ja peamised märksõnad.

Autor	Definitsioon (Sotsiaalturundus on...)	Märksõnad			
		Suunatud vabatahtlikule käitumise muutmisel	Turundus-meetmetiku kasutamine	Indiviidi kasu	Ühiskonna kasu
Kotler & Zaltman (1971)	... programmide loomine, täideviimine, kontroll eesmärgiga mõjutada sotsiaalsete ideede aktsepteerimist ning kasutades selleks tooteplaneerimist, hindamist, kommunikatsiooni, jaotust ja turundusuuringuid.	-	+	-	-
Andreasen (1995)	... kommertsturunduse tehnoloogiate rakendamine analüüsivaks, planeerivaks, läbiviivaks ja hindavaks programme, mis on kujundatud mõjutada sihtauditoriumi vabatahtlikku käitumist, et parandada nende isiklikku ja ühiskonna heaolu.	+	+	+	+
MacFayden 1 (1999)	... programmi planeerimise protsess, mis arendab vabatahtlikku käitumise muutust, mis põhineb ühiskonna hüvanguks sihtgrupiga kasulike vahetussidemete loomisel.	+	-	-	+
MacFayden 2 (1999)	... programmi planeerimise protsess, mis on spetsiaalselt mõeldud kindla auditoriumi osa vabatahtliku käitumise mõjutamiseks, et saavutada pigem sotsiaalset kui finantsilist eesmärki, pakkudes auditoriumi soovitud hüvesid, vähendades auditoriumi ees seisvaid barjääre ja/või kasutades mõjutamist, et suunata segmendi tahet käituda soovitud viisil	+	-	-	+
Kotler (2002)	... turunduspõhimõtete ja-tehnikate (4P) kasutamine eesmärgiga mõjutada sihtgruppi vabatahtlikult aktsepteerima, hülgame või muutma käitumisviisi indiviidide, gruppide või ühiskonna kui terviku heaolu tõstmiseks	+	+	+	+

Allikas: Weinreich 1999: 3, Andreasen 1995: 7, MacFayden *et al* 2003: 698, Kotler *et al* 2002: 5-7; autori koostatud

Viimase kümnendi sotsiaalkampaaniad aga keskenduvad pigem erinevatele terviseküsimustele, haridusele, keskkonnale, vabatahtlikkusele ja majanduslikele

probleemidele (Weinreich 1999: 4). Sotsiaalturunduse alguseks tervishoiu valdkonnas loetakse Lefebvre ja Flora artiklilit aastal 1998. Peale artikli ilmumist said alguse mitmed kampaaniad, mis käsitlesid inimeste tervisega seonduvat. Kampaaniate vastukaja oli positiivne kuna oli olemas huvi läbi viia muutusi inimeste käitumises. Käitumist mõjutati erinevatel tasanditel – alates väiksest naabruskonnast kuni üleriigiliste kampaaniateni välja. (Lefebvre 1997: 51) Kuigi sotsiaalkampaaniaid on kritiseeritud nende piiratud edu tõttu inimesi mõjutada, on see siiski üks mõjusamaid viise, kuidas indiviidide käitumist muuta (Ressler, Toledo 1997: 150).

Hilisemalt on Kotler ja teised autorid sotsiaalturunduse definitsiooni ümbersõnastanud ja täiendanud. Kaasaegse sotsiaalturunduse olulisim definitsioon pärineb Kotlerilt (2002: 5-7), kus on välja toodud nii turunduspõhimõtete (4P) kasutamine, vabatahtlikkuse aspekt, heaolu kasv ja suunatus sihtgrupile, kas siis indiviidile, grupile või ühiskonnale. Oluliseks erinevuseks võrreldes algse definitsiooniga on vabatahtlikkuse aspekti sissetoomine. Vabatahtlikkust, suunatust konkreetsele sihtgrupile ja sotsiaalse eesmärgi saavutamist rõhutab ka Dann oma kaasaegses „sotsiaalturunduse“ definitsioonis (Dann 2010: 148). Edasises töös lähtub autor Kotleri definitsioonist kuna selles on välja toodud kõik peamised sotsiaalturundust iseloomustavad märksõnad: vabatahtlik käitumise muutmine, turundusmeetmestiku kasutamine ning heaolu kasv nii indiviidi kui ühiskonna tasandil.

Sotsiaalturunduse üheks vahendiks eesmärkide saavutamisel on sotsiaalreklaam. Sotsiaalkampaania kui kommunikatsioonivorm esindab (sihtgrupile) veenva lähenemise strateegiat, mis pürib käitumist muutma üheskoos muude sotsiaalturunduses kasutatavate ja omavahel kombineeritavate (käitumise modelleerimine, sotsiaalse normi kujundamine, harimine) võtetega (Andreasen 1995:11-13).

Chee ja Harris (1998: 426) defineerivad sotsiaalreklaami kui reklaami, mille eesmärgiks on muuta inimeste arusaamu ja käitumist. Sotsiaalreklaami teostavad mitte ärielistel eesmärkidel tegutsevad organisatsioonid, kes teostavad seda läbi erinevate kampaaniate. Kampaaniad on suunatud näiteks vaesemate elanikkonna kihtide toetamiseks, tervislike eluviiside propageerimiseks, alkoholi liigtarbimise vastu võitlemiseks jne.

Sotsiaalreklaami on erinevad autorid (nt Kotler, Andreasen, Chee ja Harris) käsitlenud erinevalt, kuid definitsioonide ühisjooneks on ühiskonna heaolu parandamine läbi teostatud sotsiaalreklaami. Sotsiaalreklaami võivad teostada erinevad organisatsioonid, mis oma tegutsemisviisidelt erinevad üksteisest kuid lõppeesmärgina soovivad kõik parandada ühiskondlikku heaolu tervikuna.

Mõisteid „sotsiaalturundus“ ja „sotsiaalreklaam“ või „sotsiaalkampaania“ ei saa erinevate autorite arvates kasutada sünonüümina, vaid vaadelda sotsiaalreklaami ühe olulise osana sotsiaalturundusest (Kotler *et al* 2002, Andreasen 1997, Stead ja Hastings 1997: 32). Käesoleva töö koostamisel peab autor samuti sotsiaalkampaaniat/sotsiaalreklaami üheks osaks sotsiaalturundusest. Sotsiaalreklaami domineerimist sotsiaalturunduse üle põhjendab Goldberg (1997) sellega, et sotsiaalturundus sõltub reklaamist käegakatsutava toote puudumise tõttu ning seetõttu, et turundajate ja turu vahel puudub tegelik kaubavahetus, massimeediat tajutakse ainsa kanalina, mille kaudu turundajad saavad sihtgruppe mõjutada. Käesolevas töös ei ole selle otstarvet silmas pidades loodud ka ranget eristust „sotsiaalkampaania“ ning „sotsiaalreklaami“ termini vahel, seda eelkõige seepärast, et antud juhul viiakse vaatluse all olev kampaania läbi ennekõike reklaami vormis. Lugemise hõlbustamiseks kasutatakse neid termineid – „sotsiaalreklaam“ ja „sotsiaalkampaania“ kohati sünonüümsetena.

Kuigi sotsiaalturunduses kasutatakse kommertslike eesmärkide saavutamiseks suunatud turunduse kontseptsioone ja meetodeid, on erinevad autorid (Andreasen, Drumwright 2001: 102) jõudnud järeldusele, et sotsiaalturundus erineb oluliselt tavaturundusest just oma keerukuse ja seatud eesmärkide osas. Sotsiaalturundus on keerulisem ennekõike just „toote“ mittemateriaalsuse, mitterahaliste kulutuste ja problemaatilise sihtgruppide segmenteerituse tõttu. Edasises töös kasutatakse lugemise lihtsustamiseks mõistet „tavaturundus,“ mis on defineeritud kui ärilistel eesmärkidel teostatud turundus. Sotsiaalturunduse ja tavaturunduse erinevused ja sarnasused, erinevate autorite käsitluses, on koondatud tabelisse 2. Ärilistel eesmärkidel teostatud turundus on keskendunud oma organisatsiooni edendamisele, sotsiaalturundus tegeleb aga pigem indiviidi või kogu ühiskonna tasandiga (MacFayden *et al* 2003: 695; Brenkert 2001: 41; Weinreich 1999: 3). Kui turundajate missioon on sageli seotud turule sisenemise või

brändi turuosa suurendamisega, siis sotsiaalturundus tegeleb ühiskonna sotsiaalsete kitsaskohtade (nt alkoholi kuritarvitamine, vägivald, keskkond) leevendamisega. Sotsiaalturundus keskendub mitte üksnes tarbijate lühiajaliste vajaduste rahuldamisele, vaid eelkõige pikemaajalise heaolu saavutamisele. (Kotler *et al* 2002: 10, Andreasen 1995: 8).

Tabel 2. Sotsiaalturunduse ja tavaturunduse erinevused ja sarnasused

Kriteerium	Erinevused	Sarnasused
Eesmärk	Keskendutakse eelkõige indiviidile ja ühiskonnale	Kliendi vajaduste rahuldamine
Ajaline mõõde	Pikemaajaline heaolu	-
Toode	Enamjaolt mittemateriaalne	Materiaalne
Nõudlus	Negatiivne	-
Tulemused	Ilmnevad pika aja möödudes	Tulemusi mõõdetakse ja hinnatakse
Kasu saaja	Tihtipeale kolmas osapool	Pakutakse kas samaväärset või suuremat kasu
Ressurssid	Pigem piiratud	Kulu-efektiivsus
Klient	-	Tuntakse ja teatakse tema vajadusi; segmenteeritakse
Turundus-meetmestik	4P+ sidusgrupid, partnerlus, poliitika, diplomaatia, avalik arvamus, eelarve	4P
Konkurents	Konkurendiks praegune eelistatud käitumine	Tegutsetakse konkurentsitingimustes
Toote arendus	Väga raske toodet modifitseerida	-
Järelvalve	Avalik	Organisatsiooni enda poolt

Allikas: Rothchild 1979, Kotler *et al* 2002: 10, Andreasen 1995: 8, MacFayden *et al* 2003: 699 - 714 põhjal; autori koostatud

Sotsiaalturunduse elluviimist piiravad mitmed erinevad takistused. Üheks piiranguks on negatiivne nõudlus, mis tähendab olukorda, kus turundaja peab turundama kaupa, mis on auditooriumile vastumeelne (Andreasen 1995: 8). Tavaturunduses esineb sellist olukorda harva. Samuti on sotsiaalturunduse läbiviijate tegevust piiravaks teguriks asjaolu, et sel puhul on tihtipeale tegemist väga tundlike temadega (kodune vägivald, narkootikumid jne).

Kui tavaturunduses võib tulemust näha juba kiiresti, näiteks vaadates toote läbimüügi muutusi siis sotsiaalturunduses võtavad muutused tihtipeale pikalt aega. Seda mitmel

põhjusel. Esiteks edastatakse palju informatsiooni, teiseks on keeruline muuta inimeste pöhväärtusi ja kolmandaks on vajalik positiivsete eeskujude kaasamine. (*Ibid*: 61) Nii tavaturundus kui sotsiaalturundus tegutsevad konkurentsitingimustes. Tavaturunduses on konkurendiks otseselt mõni teine ettevõtte või toode, kuid sotsiaalturunduses praegune eelistatud käitumine (nt suitsetamine vs mitte suitsetamine) (Kotler *et al* 2002: 11).

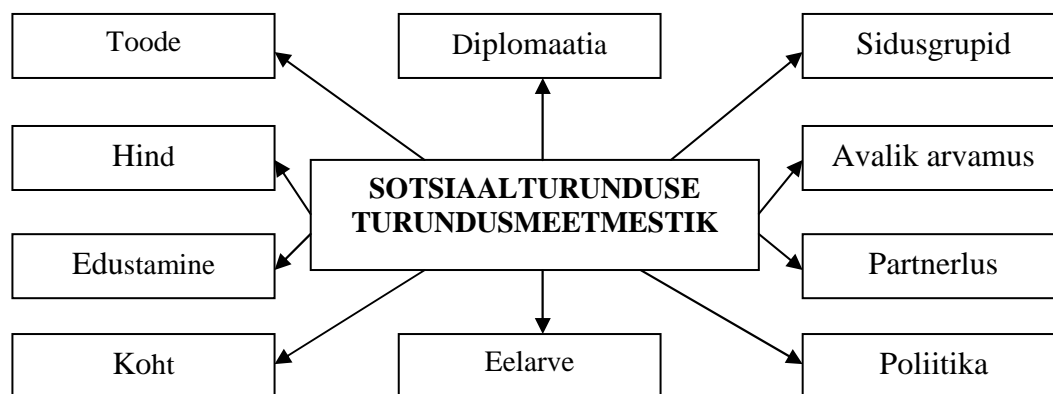
Üks sotsiaalkampaaniate teostamise mure seisneb selles, et kasu, mida reklaamiga lubada saab, on suunatud hoopis kolmandale osapoolale. Tihtipeale on kampaaniast tulenev kasu suunatud näiteks vaestele või ülejäänud ühiskonnaliikmetele tervikuna. Seega puudub otsene kasu tegutsejale endale. (Bovee, Thill 1992: 716) Vastupidiselt teistele turundajatele ei ole sotsiaalturundajatel võimalust oma toodet vastavalt auditooriumi omadustele modifitseerida (Andreasen 1995: 60). Ärilistel eesmärkidel teostatav turundus kohaneb kliendi vajadustega: kui kliendid soovivad kiiremat ja võimsamat arvutit, siis arvuti tootja tegeleb sellega.

Vähem oluline ei ole ka erinevus ressursside kättesaadavuses. Kui ettevõtetel on sageli miljoneid eurosid iga-aastaseks turunduskampaaniaks, siis sotsiaalturundus peab suurejoonelisi eesmärgi ellu viima piiratud ressurssidega, mis tulevad maksudest, heategevusest või organisatsiooni oma kommertslikust tegevusest (Andreasen, Drumwright 2001: 94). Olenemata erinevustest võib leida mitmeid sarnasusi ärilistel eesmärkidel teostatud turunduse ja sotsiaalturunduse vahel (vt tabel 2, lk 12) (Kotler 2002: 11, Andreasen 1995: 14):

Erinevad autorid (Andreasen, MacFayden *et al*, Kotler, Weinreich) seavad sotsiaalturunduses, s.h sotsiaalkampaaniate teostamisel, esimesele kohale tarbija/kliendi käitumise, millest lähtuvalt luuakse strateegiaid. Tarbijakesksus loob paremad võimalused parema ja avatuma strateegia loomiseks, mõistes sihtgrupi iseärasusi, harjumusi, hirme ja ootusi. Teise olulise aspektina tuuakse välja turu jagunemine kindlalt määratletud gruppideks, kus ei läheneta massile tervikuna, vaid pööratakse tähelepanu eesmärgistatud ja segmenteeritud sihtgrupile, jälgides nende tavapäraseid harjumusi ja igapäevaseid käitumiseelistusi ning aimates selle järgi, mida vastav sihtgrupp hindab ja enda jaoks oluliseks peab. Eesmärgistatud sihtgrupi käitumiseelistusi vaadeldes on äärmiselt oluline vaadelda neid käitumisomadusi, mida on plaanis muutma hakata.

Kindel ja eesmärgipärane lähenemine aitab kampaania läbiviijal valida kindlmaid ja konkreetsemaid sõnumeid, mis pöörduvad otseselt kindla inimrühma poole.

Klassikalises turundusteoorias kasutatakse 4P lähenemist, mis on vajalikud tavaturunduse kampaaniate planeerimisel ja elluviimisel. Sarnased laiendatud tähendusega märksõnad võib välja tuua ka sotsiaalturunduse kampaaniate kontekstis (vt joonis 1). Toode (*product*) on idee, uskumus või komme, mida sihtgrupp peaks aktsepteerima, adapteerima või muutma. Sotsiaalturunduses võib tooteks olla füüsiline toode (kondoomid), teenused (arstlik kontroll), tegevused (tervislik toitumine) ja ideed (keskkonnakaitse). Hind (*price*) on kulutus (aeg või raha), mida sihtgrupp peab tegema sotsiaalse toote saamiseks (MacFayden *et al* 2003: 716). Uue käitumisviisi omaksvõtmise tase sõltub suuresti makstava hinna ja saadava kasumi suhtest – mida suurem on kasum, seda rohkem on eeldusi sihtgruppide mõjutamiseks. Sotsiaalse toote hind peab olema õiglane: mitte liiga madal, sest siis võib sihtgrupp pidada toodet ebakvaliteetseks aga mitte ka liiga kallis, sest siis ei pruugi toode sihtgrupile taskukohane olla (nt rasestumisvastased tabletid). Koht (*place*) kirjeldab sotsiaalturunduses viisi, kuidas toode jõuab tarbijani. Siin on oluline pakkuda garantiisid toote usaldusväärsuse ja kvaliteedi kohta ning lisainfo saamise võimalusi. Füüsilise toote puhul on kohaks kõik alates laoruumidest kuni müügilettideni. Mittefüüsilise toote puhul võivad kohaks olla kanalid mille kaudu sihtgrupp saab informatsiooni (nt arsti kabinet, kaubanduskeskused, meedia jne). (MayFayden *et al* 2003: 716-717) Edustamine (*promotion*) on turundusmeetmestiku osa, mille eesmärk on tekitada toote järele nõudlus ning tõmmata sihtgrupi tähelepanu. Oluline on valida ka õige sõnumi edastamisviis, et mõjutada õiget sihtgruppi. (Weinreich 2006, Andreasen 1995: 15-16, Wood 2008: 76 - 82).

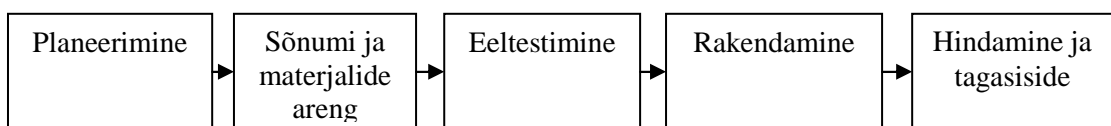


Joonis 1. Sotsiaalturunduse laiendatud turundusmeetmestik (Weinreich 1999: 16-19, Andreasen 1995: 16-17 põhjal, autori koostatud)

Erinevad autorid (Martin et al 1998: 1705 - 1709; Andreasen 1995: 16-17; Weinreich 1999: 16-19) on sotsiaalturunduse kontekstis lisanud veel erinevaid P-sid: sidusgrupid (*publics*), partnerlus (*partnership*), poliitika (*policy*), diplomaatia (*politics*), avalik arvamus (*public opinion*) ja eelarve (*purse strings*). Sidusgrupid jagunevad välimisteks ja sisemisteks gruppideks, kes on sotsiaalse programmiga seotud. Kõige olulisem sidusgrupp on see sihtgrupp, kelle käitumist ja suhtumist me muuta soovime. Lisaks peamisele sihtgrupile on olulised teised sihtgrupid, näiteks peamise sihtgrupi liikmete lapsed, sugulased ja sõbrad. Partnerlus on sotsiaalprogrammide elluviimiseks vajalike partnerlussuhete loomine, koostöö sama väljakutse raames teiste organisatsioonidega. Sotsiaalturunduse programmid võivad olla edukad inimeste käitumise mõjutamisel, kuid nende efektiivsus on suurem, kui toimub muutus ka poliitilises olukorras. Näiteks kui riik kuulutab tubakareklaami ebaseaduslikuks, kannatab selle all sigarettide müük, sigarettide halb kättesaadavus mõjutab inimeste tarbimisharjumusi. Sotsiaalsed probleemid on sageli keerulised ja seotud mitmete teguritega. Vajalikule informatsioonile ligipääsemiseks on vaja diplomaatiat ehk suhelda valitsusasutuste ning teistes valdkondades tegutsevate organisatsioonidega. Kuna eelarve on sotsiaalkampaaniate puhul piiratud siis on tihti vajalik lisarahastamise leidmine, kas valitsuselt või teistelt organisatsioonidelt. Isegi kui on olemas piisavalt ressursse, et sotsiaalkampaaniat läbi viia, tuleks kaaluda võimalust partnerluseks, sest sageli võib selle tulemusena kampaania omada suuremat mõju (Bovee, Arens 1992: 24). Aja möödudes üldsuse arvamused ja hoiakud muutuvad ning need võivad mõjutada inimeste huvi teatud toodete, teenuste vastu. Seetõttu on oluline arvestada avaliku arvamusega.

Seega ei ole sotsiaalkampaaniaga võimalik ilma erinevate institutsioonide ja kogu ühiskonna toetuseta soovitud tulemusi kinnistada, et need muutuksid harjumuseks. Samuti on eduka sotsiaalkampaania platvormi loomiseks vajalik arvestada avaliku arvamusega ning leida kampaania elujõulisuse tagamiseks piisavad finantsressursid.

Edukas sotsiaalkampaania saab alguse probleemi püstitusest (nt vaksineerimise vajalikkus, koolilastele tasuta lõuna vajalikkus jne), mille põhjal seatakse sotsiaalkampaaniale eesmärk. Sotsiaalkampaania teostamine ei erine üldiselt teistes valdkondades korraldatavatest kampaaniatest. Sotsiaalkampaania erinevad etapid on välja toodud joonisel 2. Peale eesmärgi püstitamist järgneb situatsiooni analüüs, kus kasutatakse tihti peale SWOT analüüsi. Edasi toimub täpsema sihtgrupi valik, et selgitada välja need grupid, kellele sotsiaalkampaania suunata ja positsioneerida pakutav toote või idee vastavalt õigele segmendile. Siinjuures on oluline leida aega ja ressursse, et teha kindlaks mida sihtgrupp teeb, eelistab teha ning mis mõjutab tema käitumist ja eelistusi. Järgnevalt on oluline määratleda turunduslikud eesmärgid - millist käitumist, milliseid teadmisi, hoiakuid ja uskumusi peale kampaaniat oodatakse. Võimaluse korral teostada eeltestimine. Turunduslike eesmärkide täitmiseks kasutatakse kampaaniate planeerimiseks ja elluviimiseks 4P lähenemist, mida sotsiaalkampaania raames tuleks alustada „toote“ strateegia kujundamisega ja lõpetada promotsiooni korraldamisega. Enne kampaania lõplikku valmimist on oluline planeerida kampaania hindamine. Hindamine annab ülevaate sellest, mis toimus kampaania ajal, millised eesmärgid saavutati, milliseid eesmärke ei saavutatud ja miks ning mida võiks järgmine kord teisiti teha. Olulise osa kampaania planeerimisel on eelarvel. Kampaania elluviimiseks tehtavad kulutused, sisaldades nii uurimuslikke väljaminekuid kui hilisemaid kulutusi monitoorimisele ja hindamisele. Samuti peab üle vaatama oodatavad tulud, kokkuhoiu kohad, annetused ja sponsorlused (Kinneer, Bernhardt 1990: 720). Lisakulutuste katteks on vajalik leida sponsoreid, küsida abi valitsusasutustest või heategevusorganisatsioonidest. (Kotler, Lee 2008: 19-27; Weinreich 21 - 22)



Joonis 2. Sotsiaalkampaania teostamise protsess (Weinreich 1999: 21 - 22)

Sotsiaalkampaania eduka läbiviimise tagab õige meediakanalite valik. Meediakanal tuleb valida vastavalt sihtgrupile: sõnum tuleb edastada sellisel ajal ja sellises kohas ning situatsioonis, kus sihtgrupil on võimalik sõnumit märgata ja sellele reageerida (Siegel *et al* 1998: 362 – 363):

- ajal, mis sihtgrupp on kõige altim soovitatavalt käituma (suurürituste- ja pidudejärgsed ööd ja hommikud);
- kohas, kus sihtgrupp on kõige altim ebasoovitatavalt käituma (ööklubid, baarid, suurüritused);
- kohas, kus sihtgrupi tähelepanu on võimalik saavutada (silma silma kohtumised üritustel, haridusasutused, baarid);
- kohas, kus kampaaniasõnum tekitab üllatust (loomingulisus).

Meediakanali valik on sotsiaalkampaania seisukohalt oluline, kuna valitud kanal mängib palju suuremat rolli kui lihtsalt sõnumi edastamine. Kinnear ja Bernhardt (1990: 719) leiavad, et põhjus miks tihtipeale sotsiaalse suunitlusega kampaaniad ebaõnnestuvad on kampaania halb teostus ja vale eksponeerimise aeg. Siinkohal peavad nad silmas eelkõige televisiooni, mis on üks kallimad reklaami edastamise vahendeid. Piiratud ressurssidega sotsiaalreklaam läheb eetrisse kõige odavamal eetriajal, mis ei pruugi olla kõige populaarsem eetriaeg sihtgrupile. Meediakanali valik mõjutab otseselt sõnumi edastamise selgust, efektiivsust ja asjakohasust. Edukuse tagab mitme erineva meediakanali üheaegne kasutamine. Meediakanalite efektiivsust on võimalik katsetada eeltestimise käigus.

Sotsiaalkampaania perioodi valik sõltub kampaania sõnumist ja üldisest eesmärgist. Pikaajaline ja järjepidev kampaania kindlustab sõnumi salvestumise sihtgrupi mällu. Teisalt, kampaaniad, mille kestus on liiga pikk, põhjustavad sihtgrupis tüdimust, mis omakorda väljendub kampaania ignoreerimises. Perioodi pikkuse valikut mõjutavad ka ulatus ehk kui suur osa sihtgrupist kampaaniat märkab ja sagedus ehk kui tihti sihtgrupp kampaaniat märkab. Kõrgema sageduse korral on kampaaniaperioodi pikkus lühem ja madala ulatuse korral pikem (Clow *et al* 2005: 27). Seega on eduka sotsiaalkampaania eelduseks valida kampaaniaperioodi pikkus selliselt, et sõnum salvestuks sihtgrupi mällu, kuid samas ei tekitaks tüdimust. (Delhomme *et al* 2009: 127)

Sotsiaalkampaaniad, kui üks sotsiaalturunduse kommunikatsiooni vormidest, loovad ja toetavad ühiskonnas olulisi väärtushinnanguid, aidates teadvustada ühiskonda probleemidest, mis kõiki või kindlaid ühiskonnagruppe lähemalt või kaugemalt puudutavad. Eesmärgi saavutamiseks, kasutatakse nii sotsiaalturunduses üldiselt kui kitsamalt sotsiaalkampaania teostamisel, samu meetodeid, mida tavaturunduses – sihtgrupi määratlemine, turu-uuringud ja turundusstrateegia välja töötamine. Sellest tulenevalt kasutatakse sotsiaalturunduses kõiki klassikalise turundusmeetmestiku komponente ning lisaks veel teisigi elemente. Sotsiaalturunduse ja tavaturunduse peamiseks ühisjooneks on suunatus kliendi vajaduste rahuldamiseks. Suurimaks erinevuseks on kliendi määratlemine. Tavaturunduse eesmärgiks on organisatsiooni edendamine, sotsiaalturunduses aga indiviidi või ühiskonna tasandil heaolu suurendamine. Oluliste erinevustena saab veel välja tuua sotsiaalturunduse toote mittemateriaalsuse ning keskendumise eelkõige pikaajalise heaolu saavutamisele. Sotsiaalkampaaniate teostamise protsessis keskendutakse tihtipeale ainult edustamisele, kuid ei tohi unustada, et olulised on ka toode, hind ja koht. Eesmärgi saavutamiseks on oluline kampaania hoolikas planeerimine, mis sisaldab iga erineva etapi analüüsi ja hindamist. Sotsiaalkampaania erinevatest hindamisvõimalustest antakse täpsem ülevaade järgnevalt.

Sotsiaalkampaaniate koostamine on pikaajaline, aeganõudev ja paljudest etappidest koosnev protsess. Igale etapile tuleb eraldi keskenduda. Kõik etapid on sarnased tavapärase kampaaniatega, kuid antud juhul tuleb olla tähelepanelikum, et mitte edastada vale sõnumit, mis võiks põhjustada valesti mõistmist nii indiviidi kui ühiskonna tasandil. Selle vältimiseks on oluline hinnata ja anda tagasisidet igas sotsiaalkampaania etapis.

Sotsiaalkampaania hindamiseks on mitmeid erinevaid võimalusi. Kõige lihtsam ja usaldusväärsem on seda teha vaadates püstitatud eesmärkide täitmist (Kotler *et al* 2002: 51). Kas noorukite arv, kes igapäevaselt suitsetab vähenes 20% kahe aasta jooksul nagu loodeti? Kas uppumissurmade arv alkoholijoobes vähenes võrreldes varasemate aastatega? Kas patsientide omaosalus ravimite ostmisel on 10% väiksem kui aastal enne kampaania algust? Sotsiaalkampaania puhul on kohati keerulisem konkreetseid tulemusi mõõta, siis kindlasti saab vaadelda vähemalt tendentsi, kas kampaania töötab õiges

suunas. Sotsiaalkampaaniaid võib lugeda kordaläinuks, kui saavutatakse probleemide teadvustamine ja selle kaudu nende ennetamine, vähendamine või lahendamine. Seetõttu on oluline registreerida, kuivõrd ja millisel moel sihtrühm muutis oma mõtlemist, suhtumisi, hoiakuid või kavatseb seda tulevikus teha. Muutusi ja tendentse tuleb jälgida terve kampaania vältel alates planeerimisprotsessist, mitte ainult peale kampaania lõppemist.

Sotsiaalkampaaniate puhul on oluliseks hindamiskriteeriumiks auditooriumi märgatavus. Sotsiaalkampaania puhul võib öelda, et mida rohkem inimesi seda märkab, seda tõenäolisemalt jõuab sõnum adressaadini. Lisaks sihtgrupi märgatavusele saab järeelmõju uuringutega hinnata reklaamkanalite seotust märgatavusega. Teisisõnu, proovitakse hinnata reklaamkanalite efektiivsust. Informatsiooni selle kohta annavad vastajad ise, hinnates et millise kanali kaudu on nad sõnumit näinud või kuulnud. (Ephron *et al* 2002: 14) Selline hinnang ei anna aga autori arvates täpselt adekvaatset ülevaadet kasutatavate kanalite efektiivsusest, sest tulemus on suure tõenäosusega tingitud vastajate meediatarbimise harjumustest.

Hindamismeetodite valik on autori arvates piiratud ka suurel määral sotsiaalkampaaniate spetsiifika tõttu. Käitumise ja väärtushinnangute muutmist taotlevate kampaaniate mõju on äärmiselt raske mõõta, sest tegu on väga pikaajalise ja keerulise protsessiga ning reeglina on tegemist sihtgrupi jaoks tundlike teemadega.

Lefebvre (1997: 53) on toonud oma artiklis välja, et sotsiaalturunduse programme hinnatakse harva või ei hinnata üldse. Tema arvates polegi oluline alati hinnata, et kui efektiivselt mingi kampaania muutis inimeste käitumist vaid võrrelda sotsiaalturunduse programme teiste sarnaste meetoditega. Näiteks võib olla eesmärgiks välja tuua, et kas sotsiaalturunduses kasutatavad meetmed on paremad ja efektiivsemad kui teised meetodid.

Kotleri (2002: 327) arvates saab sotsiaalturunduses mõõta nii tulemust kui protsessi ennast. Tulemuse mõõtmise all peetakse silmas konkreetset muutust (nt uppumissurmade vähenemine). Protsessi hindamise all peetakse silmas kampaania aktiivsuse ja erinevate elementide hindamist (nt palju teavitusbrosüüre jagati, palju vabatahtlikke kaasati). Tulemuste ja protsessi hindamises kasutatavatest indikaatoritest

annab ülevaate tabel 4, lk 21. Lisaks nimetatule on võimalik hinnata ka kampaania eetilisust mida antud töö raames eraldi ei käsitleta.

Mitmed autorid (Weinreich 1999: 204-206, Coffman 2002: 13-14) on aga pidanud sotsiaalkampaania hindamisel oluliseks tuua välja neli erinevat hindamistüüpi (vt tabel 3): kujundav ehk formatiivne (*formative*), protsessi (*process*), tulemuste (*outcome*) ja mõju (*impact*) hindamine. Edasises käsitluses kasutab autor „kujundava hindamise“ mõistet põhjusel, et antud mõiste viitab sellele, et selles etapis on veel võimalik kampaaniat muuta ja kujundada vastavalt sihtgrupi vajadustele.

Tabel 3. Weinreichi ja Coffmani neli peamist hindamistüüpi

HINDAMISE TÜÜP	KIRJELDUS	NÄIDISKÜSIMUSED
Kujundav hindamine	Toimub enne kampaania algust, et hinnata kampaania tugevusi ja nõrkusi	Mida sihtgrupp antud teemast arvab? Kuidas sõnumit kõige paremini edastada?
Protsessi hindamine	Mõõdetakse kampaania teostust ja tulemusi. Mis toimib ja mis mitte ning miks?	Kui paljude inimesteni jõuti? Milliseid vahendeid ja kui palju kasutati?
Tulemuste hindamine	Mõõdetakse teostust ja tulemusi kampaania lõpus. Tulemusi hinnatakse peamisel sihtgrupil.	Kas sihtgrupi käitumine/uskumused/arusaamad muutusid?
Mõju hindamine	Mõõdetakse pikaajalisi tulemusi ühiskonnas. Proovitakse välja selgitada kampaania osa toimunud muutustes. Reaalset mõju on väga keeruline hinnata.	Kas on saavutatud seatud eesmärk (nt suitsetamise vähenemine, vähkkasvajate varajase avastamise suurenemine jne)?

Allikas: Weinreich 1999: 204-205, Coffman 2002: 13-14, autori koostatud

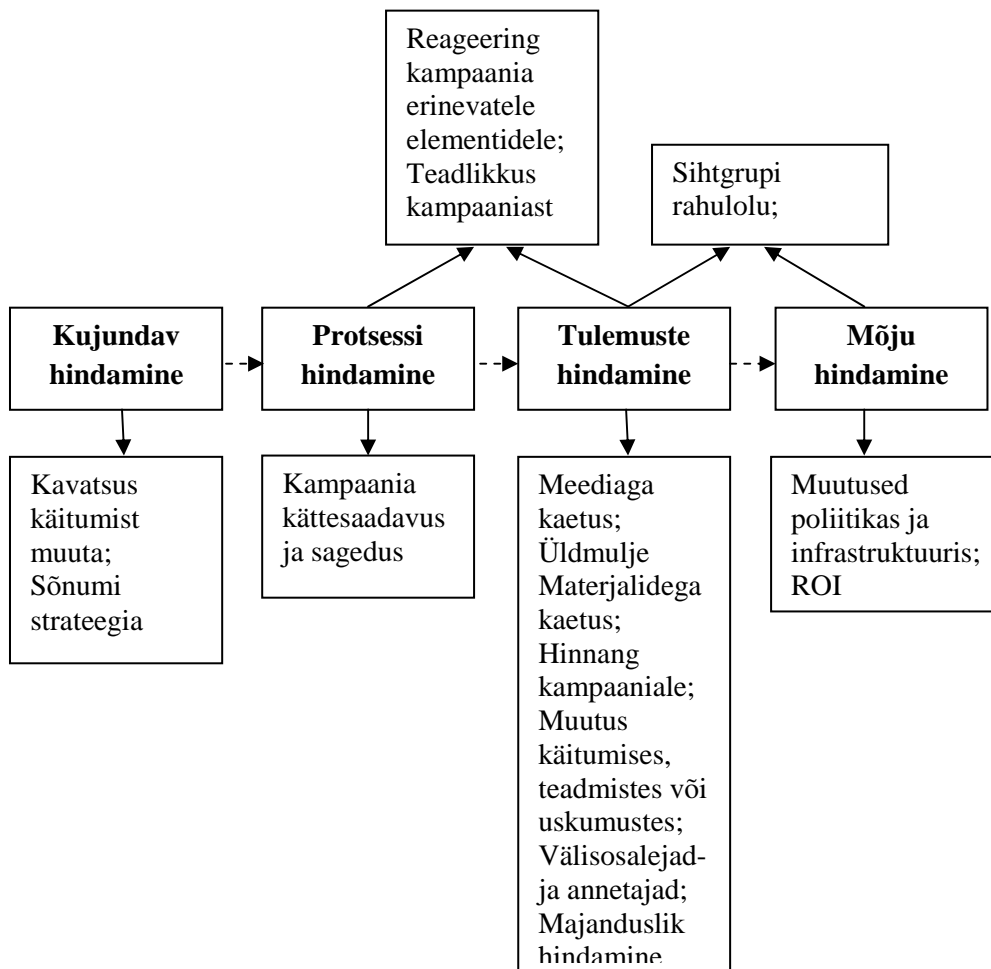
Tulemuste ja protsessi mõõtmiseks kasutatakse erinevaid indikaatoreid. Weinreichi ja Kotleri poolt pakutud indikaatoritest ja nende selgitustest on tehtud ülevaatlik tabel allpool (vt tabel 4). Lisatud on ka selgitavad näited. Lisaks nimetatule on võimalik hinnata ka kampaania eetilisust mida antud töö raames eraldi ei käsitleta.

Tabel 4. Erinevad indikaatorid tulemuste ja protsessi hindamiseks.

INDIKAATOR	SELGITUS
Muutus käitumises	Tavaliselt kirjeldatav protsendina või konkreetse numbrina. Nt noorukite suitsetamine vähenes 16%-lt 14%-le.
Kavatsus käitumist muuta	Mõõdetakse kavatsust kohaneda soovitud käitumisega. Kasutatakse tavaliselt lühikeste ja vähe reklaamitud kampaaniate puhul
Muutused teadmistes	Sisaldab teadmisi faktidest, informatsioonist ja soovitudest. Nt söö iga päev 5 portsjonit juurvilja.
Muutused uskumustes	Sisaldab muutusi käitumises, arvamustes ja väärtushinnangutes. Nt minu hääl ei loe.
Reageering kampaania erinevatele elementidele	Väljendab kampaania nähtavust sihtgrupile. Nt palju sooduskuponge lunastati, palju rattakiivreid osteti jne.
Teadlikkus kampaaniast	Mida kampaaniast teatakse ja ollakse kuulnud. Nt kas ollakse kuulnud uudistes/ajalehtedes helkuri vajalikkusest
Sihtgrupi rahulolu	Oluline tagasiside tulemuste analüüsiks ja edasiste kampaaniate korraldamiseks.
Muutused poliitikas ja infrastruktuuris	Muutused poliitikas ja infrastruktuuris toetavad üldise käitumise muutmist. Nt toidupoes eemaldatakse kommid avalettidelt.
Kättesaadavus ja sagedus	Kas sihtgrupile on kampaania nähtav ja kui suure sagedusega. Nt 50% üliõpilastest kuuleb 3 korda nädalas reklaami null tolerantsist autoroolis.
Meediaga kaetus	Mitu minutit televisioonis, raadios. Mitu rida ajalehes või mitu inimest auditooriumis.
Üldmulje kampaaniast/"Ühe mulje" maksumus	Sisaldab elemente kampaania ulatusest, sagedusest, kaetavusest, meediast ja materiaalsetest kuludest. Selgitatakse välja, kui palju inimesi võiks kampaaniat märgata, palju on kampaania kogukulud ja kulu ühe inimese kohta.
Materjalidega kaetus	Kui palju brošüüre, kuponge, flaiereid ja lendlehti jagati?
Välisosalejad - ja annetajad	Siia hulka kuuluvad inimesed väljaspoolt korraldustiimi, partnerid, annetajad, meedia ja erinevad fondid. Panuseid arvestatakse nii töötundides kui rahas.
Hinnang kampaania programmi teostamisele	Auditeeritakse kampaania peamisi tegevusi. Nt vastatakse küsimustele: kas me tegime kõik mida planeerisime? Kas me lõpetasime kõik tegevused õigeaegselt? Kas kulud jäid eelarve piiresse? Selline auditeerimine annab vihjeid kampaania tulemuste kohta

Allikas: Kotler 2002: 327 – 332, Weinreich 1999: 194 – 198; autori koostatud

Lähtudes Coffmani ja Weinreichi hindamistüüpide ning Kotleri ja Weinreichi erinevatest indikaatoritest koostas autor joonise, mis väljendab, et millise hindamistüübi korral millist hindamisindikaatorit võib kasutada (joonis 3)



Joonis 3. Erinevate hindamistüüpide puhul kasutatavad indikaatorid (Kotler 2002: 327 – 332, Weinreich 1999: 193-205, Coffman 2002: 13-14; Miles, Huberman 1994: 40; Weiss ja Tschirhart 1994: 88-89; Delhomme *et al* 2009: 132 – 139; autori koostatud)

Nagu jooniselt 3 on näha, saab kõige parema tulemuse läbides kõik neli hindamisetappi. Iga etapi juures on võimalik kasutada erinevaid indikaatoreid, mille alusel hinnang anda. Alustada tuleb kujundavast hindamisest, et hinnata probleemi ulatust, planeeritava strateegia efektiivsust, sihtgrupi kättesaadavust, kampaania sõnumeid ja edastamisviise. Weiss ja Tschirhart (1994: 88 - 89) rõhutavad siinkohal sõnumite õiget valikut. Sõnum peab olema üheselt mõistetav, sisaldama peamisi vajalikke andmeid ja olema nähtav piisavalt kaua. Järgnevana on oluline edastada sõnum niimoodi, et see sunniks sihtgruppi oma käitumist ja arusaamu muutma. Selles etapis on veel võimalik teha olulisi muudatusi ja ümberkorraldusi, et tagada kampaania maksimaalne soovitud tulemus. Tähtis on välja selgitada sihtgrupi tahe/võime oma käitumist muuta. Lähtudes Weinreichi kampaania läbiviimise erinevatest etappidest (vt joonis 2, lk 16) on siin

võimalus erinevate strateegiate valimisel kasutada eeltestimise võimalust. Delhomme ja kaasautorite (2009: 132) arvates on eeltestimine üks osa kujundavast hindamisest. Ka autori arvates kuulub eeltestimine ühe osana kujundava hindamise juurde andes kampaania korraldajatele võimaluse testida planeeritud materjale, sõnumeid ja ideid.

Protsessi hindamises on Coffman, Weinreich ja Delhomme erinevatel seisukohtadel. Coffmani arvates tähendab protsessi hindamine peale kampaania lõppu tehtavat erinevate kampaania elementide hindamist. Weinreichi ja Delhomme arvates aga hinnatakse siin eelkõige seda, kuidas siinamaani on läinud ning vajadusel ja võimalusel tehakse korrekture. Autor nõustub arvamusega, et protsessi hindamise käigus hinnatakse toimuvat ning reageeritakse vajadusel muutuste tegemiseks. Protsessi hindamise käigus vaadeldakse kui edukalt on kampaania jõudnud sihtgrupini ning kuidas sihtgrupp reageerib (nt sõnumile, materjalidele). Antakse hinnang juba toimunud. Antud etapis, ei hinnata kampaania konkreetseid tulemusi vaid teostust.

Järgnevas kahes etapis enam muutusi teha pole võimalik. Tulemuste hindamine on reeglina kõige ajamahukam ja keerukam. Tulemuste hindamiseks on Kotleril ja Weinreichil välja pakkuda väga erinevaid indikaatoreid (vt ka tabel 4, lk 21). Siin saab hinnata kokkuvõttes toimunud muutust käitumises, uskumustes või teadmistes ning muutuse suunda. Milline oli sihtgrupi üldmulje ning mida teinekord teisiti teha. Samuti hinnatakse erinevate meediakanalite ja materjalide kasutust ning efektiivsust eesmärgi saavutamisel. Selles etapis hinnatakse ka tehtud kulutusi. Mõju hindamine sisaldab reeglina pikaajalist jälgimist toimunud muutuste kohta. Muutused sihtgrupi käitumises ning laialdasemalt muutused poliitikas ja infrastruktuuris. Reaalses praktikas kasutatakse, nii Eestis kui mujal maailmas, kõige rohkem tulemuste hindamist ning sedagi küllaltki kitsast vaatenurgast. Kujundavat hindamist ja pikaajalist mõju hindamist praktiliselt ei toimu.

Ka kõige edukamate ja suuremate kampaaniate puhul tuleb arvestada planeerimata kõrvalmõjude ja tagajärgedega, nii positiivsete kui negatiivsetega (Coffmann 2002. 11; Kotler 2002: 329). Sotsiaalturundajate eesmärk on eelkõige negatiivseid kõrvalmõjusid ja tagajärgi ette näha ning varakult minimeerida. Põhjuseks võib siinkohal tuua suurenenud ootused, mis ilma toetava keskkonnata võib viia negatiivsete tulemusteni.

Kui osalejate püüdlused ei vii soovitud saavutusteni järgneb lühiajalisele entusiasmile pikajaline depressioon. (Kotler, Roberto 1989: 355-356) Negatiivsete kõrvalmõjude ennetamiseks ja varajaseks avastamiseks on oluline tegeleda kampaania hindamisega erinevates etappides, eriti enne kampaania aktiivse etapi algust.

Vastavalt valitud hindamistüübile on oluline valida õige hindamismeetod. Erinevaid hindamismeetodeid on võimalik kasutada kõikide hindamistüüpide puhul. Olenevalt kampaania spetsiifikast ja seatud eesmärkidest tuleb valida sobilik. Kõige rohkem on kasutuses erinevad uuringud (kvantitatiivsed ja kvalitatiivsed) ning vaatlused (Weinreich 1999: 217: 221). Vastavalt seatud eesmärgile tuleb valida hindamismeetod. Sotsiaalkampaaniate hindamise üks usaldusväärsemaid ja kasutatavamaid, kuid samas väga raskesti teostatav hindamismeetod on sihtrühma jälgimine ehk monitoorimine. Weinreichi (1999: 218 – 219) arvates annab monitoorimine võimaluse hinnata inimeste tegelikku käitumist reaalses situatsioonis. Kampaaniate puhul, mis lubavad monitooringu läbiviimist on see üks väga kasulik kampaania hindamismeetod, mis täidab ühtlasi ka distsiplineerivat rolli (nt politsei kontrollib turvavöö kasutamist või juhtide alkoholihoovet roolis). Tihtipeale ei ole monitooring sotsiaalkampaaniate puhul teostatav (narkootikumide vastane kampaania) või on olulisel määral raskendatud (vägivald laste suhtes).

Tihti kasutatakse kampaaniate hindamisel kvantitatiivsete andmete analüüsi, mis eeldab usaldusväärsete andmete olemasolu. Andmed väljenduvad numbrites ja protsentides ning neid saadakse enamasti telefoni, elektronposti ja intervjuude teel. Kui andmed on rohkem subjektiivset (sõnades, piltides, objektides) laadi, kasutatakse kvalitatiivseid tehnikaid. Parema tulemuse ja sügavuti minemise tagab kvalitatiivse analüüsi valimine, sest selle puhul saab uurija teada rohkem ning täpsemalt, mida kvantitatiivse uuringu puhul ei saaks. Kuid kõige mõistlikum ja kasulikum on mõlemat analüüsitiüpi koos kasutada. (Delhomme *et al* 2009: 134; Miles, Huberman 1994: 40) Nende hulka kuuluvad fookusgrupi uuringud, mitteametlikud intervjuud ja erinevad osalejate kommentaarid (Shandas 2007: 175). Kombineerides kvantitatiivsed ja kvalitatiivsed instrumendid võime sotsiaalkampaania tulemusi hinnata fookusgrupi peal. Mõningatel juhtudel on kõige otstarbekam kasutada vaatlusmeetodit, et hinnata käitumise muutumist. Näiteks helkuri kandmine või käte pesemine enne söömist. Oskuste (nt

prügi sorteerimine õigetes konteineritesse) hindamiseks kasutatakse samuti vaatlemist. (Kotler 2002: 332 – 333; Weinreich 1999: 218 - 221)

Lisaks eelmainitule saab sotsiaalkampaaniat hinnata läbi erinevate andmebaaside. Siinkohal peab Kotler (*Ibid*: 333) silmas näiteks anonüümsete kõnede hulka usaldustelefonidele, noorukite külastusi noortekabinettidesse, auto turvavarustuse kontrollimiste arvu, süstlanõelte vahetusi jne. Selliste andmete saamine aga eeldab edukat koostööd ja informatsiooni vahetamist erinevate koostööpartneritega.

Tänapäevani pole sotsiaalkampaaniate hindamisel peaaegu üldse kasutatud investeringu tõhususe ehk ROI (*return on investment*) mõõtmist. Lee (2011) on tõdenud, et oma peaaegu 20 aastase sotsiaalmeedia karjääri juures pole ta kordagi näinud kampaania hindamist, mis sisaldaks käitumise muutuse majandusliku mõju hindamist tervishoiule, turvalisusele või keskkonnale. Näiteks suitsetamisest loobuma kutsuva kampaania puhul tekib küsimus, et kas see oli väärt maksumaksja raha kulutamist? Iga rahaühik, mille riik kulutas antud kampaania jaoks, kui palju me tänu sellele võidame riigi tervishoiu kuludelt? Selline summa on väljaarvutatav ja annab kampaania korraldajatele/rahastajatele olulist informatsiooni. Ühe rahaühiku panust reklaami kasumlikkuse hindamisel kasutatakse ärielistel eesmärkidel teostatud reklaamide hindamisel küll (Ephron *et al* 2002: 28). Kasu ROI kasutamisest sotsiaalkampaania hindamisel (Lee 2011):

- aitab tagada kampaania rahastuse, kui kampaania on kas liiga kallis või liiga suure eelarvega;
- ressursside õiglane jagunemine kõrgeima ROI väärtusega kampaaniate vahel;
- ROI laialdane kasutamine aitaks luua andmebaasi, mis aitaks tulevikus teistel kampaania korraldajatel oma tööd hinnata/võrrelda.

Takistused ROI kasutamisel sotsiaalkampaania hindamisel (*Ibid*):

- puudub informatsioon/andmed ühe käitumise muutuse majandusliku kasu kohta (nt maksumaksja kulu ühe suitsetaja kohta aastas);
- puuduvad ressurssid ja aeg, et hinnata tulemust ja koguda informatsiooni ROI mõõtmiseks.

Järgevalt on näitena esile toodud kahe uuringu tulemused, kus on selgelt seatud eesmärk ja hilisemalt teostatud tulemuslikkuse hindamine. Kumbki kampaania ei ole seotud retseptiravimitega vaid infarkti (südamerabandus) preventatsiooni ja kliiniliste ravimiuuringutega. Ülevaate eesmärk on välja tuua, et kampaania tulemuslikkuse hindamine võimaldab saada olulist tagasisidet ja teha korrektoore järgivate kampaaniate korraldamisel.

Lecouturier (2010: 2) on oma artiklis välja toonud, et sotsiaalkampaaniad, mis propageerivad näiteks helkuri kandmist, ohutut liiklemist ja kaine peaga sõitmist on osutunud edukaks. Küll aga on efekt näiteks tervishoiuga (tervislik toitumine, aktiivne liikumine, haiguste ennetamine) seonduvatel kampaaniatel olnud pigem tagasihoidlik või puudunud üldse. Samas artiklis viidati uuringu teostanud autorile, kes ise on teinud 15 erineva tervishoiu temaatilise kampaania ülevaate ja järeldanud, et sellised kampaaniad küll tõstavad inimeste teadlikkust, kuid vajalik oleks edasine põhjalikum uurimine. Kampaaniad, mida hinnati toimusid ajavahemikul 1992 – 2010.

Uuringus võrreldud kampaaniate eesmärgiks oli teadvustada inimesi infarktist, selle sümptomitest ja vajadusest koheselt esmaabisse pöörduda. Kampaaniate hindamiseks kasutati reeglina väga piiratud meetodeid. Kõige sagedamini oli selleks tulemuste hindamine peale kampaania lõppu. Hindamine toimus peamiselt telefoni teel ning peamised indikaatorid mida hinnati olid: teadlikkus toimunud kampaaniast, meediaga kaetus, materjalide kättesaadavus, muutus teadmistes või käitumises. Mõnel juhul kasutati ka statistilisi andmebaase, et hinnata toimunud muutust. Ainult ühe kampaania puhul oli kasutatud enne kampaania algust kujundavat hindamist, et tagada kampaania edukus ning ühel juhul oli lisaks hinnatud ka kampaania kaugtulemusi.

Kokkuvõtvalt järeldas uuringu teinud autor, et sellised kampaaniad küll tõstavad teadlikkust haigusest ja tema sümptomitest kuid mõjutavad patsiendi käitumist siiski liiga vähe. Põhjuseks toodi välja nii kampaaniate puudulikku ettevalmistust kui ka vähest tagasisidet ja hindamist. Põhjalikum ettevalmistus ja erinevate etappide hindamine võimaldab tulevikus sarnaste kampaaniate korral samu vigu vältida. Autori üheks tähelepanekuks oli siiski, et viimaste aastate kampaaniad on olnud paremad ja toonud kaasa rohkem eesmärkide täitmist. (*Ibid* 1-5)

„Get Randomized!“ oli 2008 aastal Suurbritannias toimunud kolmekuuline teavituskampaania, mille eesmärgiks oli tõsta inimeste teadlikkust kliinilistes ravimiuuringutes osalemise vajalikkusest. Peamised meediakanalid olid televisioon, raadio ja trükimeedia. Toimusid intervjuud ja sõnavõetud kliiniliste uuringute tegijate ja osalejatega. Kampaaniast saadi järgnevad tulemused (MacKenzie 2010: 129):

- inimesed teadsid terminit „randomiseeritud kliiniline uuring;“
- inimesed teadvustasid, et kliinilistesse uuringutesse on vajalik inimesi igast vanusegrupist;
- inimesed olid märganud, et viimasel ajal on erinevates meediakanalites räägitud kliinilistest uuringutes ja nendes osalemise vajalikkusest.

Ainuke punkt, mis ei saanud statistiliselt olulist tulemust oli inimeste valmisolek ise mõnes kliinilises uuringus osaleda. Kokkuvõtvalt kampaania täitis oma eesmärgi, milleks oli inimeste teadlikkuse tõstmine kuid käitumise muutumist see siiski kaasa ei toonud. Inimesed polnud peale kampaania lõppu valmis ise kliinilises uuringus osalema. (MacKenzie 2010: 128 – 133) Patsientide teadlikkust hinnati enne kampaaniat ning kaks ja kuus kuud peale kampaania lõppu telefoniküsitluse teel, seega teostati nii kujundavat, tulemuste kui mõju hindamist. Enne kampaania algust hinnati patsientide teadlikkust kliinilistest uuringutest ja nendes osalemise vajalikkusest. Kahe ja kuue kuu pärast hinnati kampaania märgatavust, erinevates meediakanalites kättesaadavust ning muutust teadmistes ja käitumises.

Võttes kokku erinevate autorite arvamused võib järeldada, et sotsiaalkampaaniate hindamiseks on mitmeid erinevaid võimalusi. Võimalik on kasutada erinevaid hindamistüüpe, indikaatoreid ning hindamismeetodeid. Sagedasemad on hinnang kampaania üldisele märgatavusele, meediakanalites märgatavus, jagatud materjalidega kaetus või püstitatud eesmärkide täitmine. Palju rohkem oleks vajalik kasutada kujundavat hinnangut enne kampaaniaperioodi, et teostada kampaania õigesti, võrrelda hilisemaid tulemusi ning teha sellest vastavaid järeldusi. Samuti on tihti vajalik korrektuuride tegemine kampaania toimumise ajal, et tagada soovitud eesmärkide täitmine. Selle jaoks võiks rohkem kasutada protsessi hindamist. Pikaajalise mõju hindamine on samuti väga harv. Kuid hilisema mõju hindamine annab võimalusi teha järeldusi kampaania edukusest pikas perspektiivis. Kokkuvõtvalt võib tõdeda, et

võimalusi kampaaniate hindamiseks on mitmeid ja neid võib praktikas julgemalt kasutada.

1.2 Ravimipoliitika mõju ravimite tarvitamisele

Selles alapunktis keskendutakse ravimiturule ja ravimite tarbimist mõjutavate teguritele. Kuna töös hinnatav kampaania keskendub eelkõige ravimite hinna temaatikale on autori arvates oluline välja selgitada, et kas on veel faktoreid, mis mõjutavad ravimite tarvitamist. Erinevate faktorite analüüsimusel luuakse ka seoseid Eesti ravimiturul toimuvaga. Samuti selgitatakse erinevaid ravimite klassifitseerimise võimalusi, kuna edasises töös on oluline mõista nende erinevust. Lisaks tuuakse välja peamised erinevused ravimiturunduses ja tavaturunduses, et mõista ravimituru kompleksust ning eripära.

Seoses vananeva rahvastikuga Eestis ja mujal maailmas on kõik tervishoidu puudutav olnud viimastel aastatel suure avalikkuse tähelepanu all. Üheks selliseks probleemküsimuseks on ravimid, nende hind ja kättesaadavus patsientidele. Kulutused ravimitele on viimastel aastatel kasvanud kuna tarbitakse rohkem ravimeid, kättesaadavad on uued ja efektiivsed ravimid ning turule on jõudnud ravimid, mis ravivad haigusi mida varem ei suudetud ravida (Kanavos 2009: 34, de Joncheere 2003: 9).

Ravimiturg on komplitseeritud turg, sest seal saavad kokku vastandlike huvidega osapooled. Ühelt poolt ravimifirmad, hulgi- ja jaemüüjad, kes püüavad maksimeerida kasumit, teiselt poolt valitsused, kelle eesmärgiks on tagada oma kodanikele kvaliteetsete ravimite kättesaadavus mõistliku hinna eest ning patsiendid, kes soovivad saada parimat toodet võimalikult odava hinna eest.

Tänapäevases ärimaailmas on ravimitööstus üks kõige modernsemaid ja kõrgtehnoloogilisemaid valdkondi. Euroopa Liidule on ravimitööstus üks võtmevaldkondi tervise ja jõukuse juurde kuna EL toodetakse 37,5% kogu maailma ravimitest. Ravimituru käive maailmas aastal 2010 oli peaaegu 600 miljardit eurot. Põhja-Ameerika turuosa on kõige suurem moodustades 42,3%. Järgneb Euroopa turg 29,2% ja Jaapan 12,4%. (The Pharmaceuticals...2011: 14) Vaatamata keerulistele ja

rasketele aegadele maailmamajanduses on ravimitööstus iga aastaselt märkimisväärselt kasvanud.

Ravimiturul on müüdavaks tooteks ravim. Ravim võib sisaldada ühte või rohkemat toimeainet. Ravimi toimeaine on iga koostisaine, mis omab farmakoloogilist aktiivsust või muud otsest toimet haiguse diagnoosimisel, ravimisel või vältimisel, või mis on mõeldud inimese või looma organismi või selle funktsiooni farmakoloogiliseks mõjutamiseks (Hinrikus *et al* 2010: 93).

Ravimeid on võimalik klassifitseerida nii tootmise kui turustamise põhiselt. Tootmispõhiselt klassifitseeritakse ravimid originaal- ja geneerilisteks ravimiteks. Originaalravim on esimesena välja töötatud ja turule toodud ravim, mille puhul on tootja läbi viinud mitmeid aastaid kestvad kliinilised uuringud. Originaalravimile kehtib teatud aja patendikaitse, mille jooksul ravimi tootjafirma saab ravimit turustada ilma otseste konkurentideta (Ng 2004: 191). Geneeriline ravim ehk analoogravim on niisugune ravimpreparaat, mis sisaldab täpselt sama raviainet samasuures annuses ja samas ravimvormis kui originaalpreparaat ning on nn. originaalpreparaadiga bioloogiliselt ekvivalentne. Geneeriliste ravimpreparaatide tootmine algab/peaks algama pärast nn. originaalpreparaatide patentide lõppemist (Irs 2005: 127). Kuigi toimeainelt on originaal- ja analoogravim identsed võib geneeriline ravim originaalist erineda abiainete ja tootmisprotsessi osas (Ng 2004: 191). Patsiendi jaoks ei tohiks olla vahet, kas ta tarvitab originaalravimit või analoogravimit. Peamine erinevus patsiendi jaoks on hind, geneeriline ravim on reeglina originaalravimist odavam.

Teine klassifitseerimise võimalus on vastavalt apteegist väljastamise korrale, mille alusel jagunevad ravimid käsimüügi- ja retseptiravimiteks. Käsimüügi ravimeid saab patsient ise apteegist osta ilma retseptita, retseptiravimi puhul on vajalik arsti retsept. Alates 01.04.2010 on Eestis, sarnaselt paljude teiste riikidega, arstil soovitatav kasutada retsepti kirjutamisel ravimi toimeaine nimetust. Ravimi brändi nime kirjutamisel peab olema meditsiiniline põhjendus, et miks just antud brändi eelistatakse (Määrusemuudatus...2011). Selline korraldus annab patsiendile võimaluse valida endale apteegist sobiva hinnaklassiga ravim. 2010. aastal Eestis Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa poolt tellitud uurimus tõi ka probleemidena välja asjaolusid, et arst ei küsi, kas ravimi väljaostmine on inimesele rahaliselt jõukohane (11% vastanuist) või ei

selgita piisavalt, kas väljakirjutatud ravimi asendamine mõne teise ravimiga on lubatud või mitte (10% vastanuist). Toimeainepõhine retsept aga eeldab arsti ja patsiendi head koostööd. Olukorda, kus arst ei ole piisavalt selgitanud, millised ravimid vastaja raviks sobivad ja miks on just väljakirjutatav ravim tema jaoks kõige sobivam, nimetab probleemina 6% elanikest. (Elanike hinnang...2011: 59)

Antud töös keskendutakse eelkõige retseptiravimitele, sest nimetatud valdkond on oma olemuselt spetsiifilisem ja rohkem reguleeritud, mistõttu lõpptarbija ehk patsient on otsustusprotsessi vähem kaasatud. Võrreldes käsimüügiravimitega ei ole retseptiravimite turundamises lubatud kasutada traditsioonilisi edustusmeetmeid nagu näiteks telereklaam, reklaamkampaaniad ja sooduskampaaniad. Samuti on antud töö raames oluline originaalravimi ja geneerilise ravimi temaatika kuna empiirilises osas käsitletav kampaania on selle teemaga seotud. Empiirilises osas analüüsitav kampaania keskendub samuti eelkõige retseptiravimitele.

Lätti (2008: 23) magistritöös, kus käsitletakse turunduskommunikatsiooni võimalusi retseptiravimite turul, on välja toodud, et ravimiturunduse, eriti retseptiravimite turundamisel, tuleb arvestada teatud turu iseärasustega võrreldes tavaturundusega:

- uute ravimite väljatöötamine on pikk, kallis ja teadusmahukas protsess;
- ravimite tootmisel on erilised ja karmid nõuded;
- ravimite turuletoomine ja turundus on reguleeritud õigusaktidega;
- lõpptarbija ehk patsient ei otsusta ravimi valiku üle;
- retseptiravimite reklaam patsiendile on keelatud;
- ravimite eest tasumisel on kaasatud kolmas osapool, nt kindlustusfirma või riik.

Uue ravimi turule tulemisel kehtib sellele esialgu patendikaitse, mille Euroopas, k.a Eestis, on esmasel registreerimisel 20 aastat. 20 aastast keskmiselt pool kulub sellele, et ravim turule jõuaks (Ng 2004: 5). Hiljuti vastuvõetud EL õigusakt kohustab vastavaid ameteid kaitsma perioodiks 8+2+1 aastat. See annab patendeeritud ravimitele lisakaitse. Kaheksa aasta pärast võib Ravimiamet alustada geneeriliste ravimite taotluse menetlemist vastavalt EL-i direktiividele ning nende jaemüügiga võib tegelema hakata peale 10 aastast patendiperioodi. (Koppel 2008: 232) Patendi ajal võib antud ravimit toota ainult üks tootja, kes on monopolses seisus. Ravimiturul annab patendikaitse

märkimisväärse tegutsemisvabaduse hinna määramisel, mis avab tootjale võimaluse kasumi saamiseks. Kasumi saamise võimaldamine farmaatsiafirmale on üks riiklikest meetmetest motiveerimaks tootjaid uusi ravimeid välja töötama. Uue ravimi välja töötamine on aja- ja ressurssimahukas protsess. Uue ravimi turule toomise keskmiseks maksumuseks on hinnanguliselt 1 miljard dollarit. 2006. aastal investeerisid USA ravimifirmad teadus- ja arendustegevusse üle 55 miljardi dollari. (Peters 2009: 910) Uuest ravimist saadav tulu peab ära katma ka nende molekulide uurimiskulud, millest ravimit ei saanud.

Patendikaitse lõppemisel muutub enamus ravimit puudutavast teabest kõigile kättesaadavaks ning ravimeid hakkavad tootma ka geneeriliste ravimite tootjad. Kuna kliinilised katsetused antud toimeainega on esmatootja poolt juba tehtud, siis peab geneerilise ravimi tootja tõestama vaid seda, et preparaat sisaldab originaalravimiga võrreldes sama toimeainet ning see on organismi poolt sarnasel hulgal omastatav ehk bioekvivalentne. Geneerilise ravimi turule tulemine ei mõjuta mitte ainult originaalravimi hinda vaid oluliselt ka müügi mahtusid. Esimese aasta lõpuks on geneerilise ravimi turg keskmiselt 30% ja teise aasta lõpuks keskmiselt 45%. Ravimikulutustelt on kokkuhoid esimesel aastal keskmiselt 20% ja teise aasta lõpuks 25%. (Pharmaceuticals...2008: 2) Statistikas on välja toodud, et geneeriliste ravimite kasutamine säästab iga nädal 3 miljardit dollarit USA tarbijate ja tervishoiu raha. Perioodil jaanuar 1999 kuni detsember 2010 teeb see kokkuhoiuks ühtekokku 1031 triljonit dollarit. (Savings...2011: 2)

Maailma tuntumad organisatsioonid, mis ravimite tootmist ja turustamist mõjutavad on USA-s FDA (*Food and Drug Administration*) ja Euroopa Liidus on selleks Londonis tegutsev EMA (*European Medicines Agency*) (European...2011). Ravimite ohutust, efektiivsust ja kvaliteeti kontrollib ka Maailma Tervishoiuorganisatsioon ehk WHO (*World Health Organization*). Eestis reguleerib ravimireklaami Ravimiseadus ning järelevalvet teostab Ravimiamet. Ravimite turustamist ja sellega seonduvat reguleerib lisaks riiklikele organisatsioonidele ka erinevad tootajate esindusorganisatsioonid. Euroopas on selliseks organisatsiooniks EFPIA (*European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations*) ja Eestis Ravimitootjate Liit. Peale ravimi turukõlblikuks tunnistamist jätkub ravimi ohutuse ja toime pidev kontrollimine (Ng

2004: 5). Lisaks üldisele ravimite kontrollsüsteemile kontrollivad riiklikud raviametid ravimeid veel enne oma riigi ravimiturule lubamist.

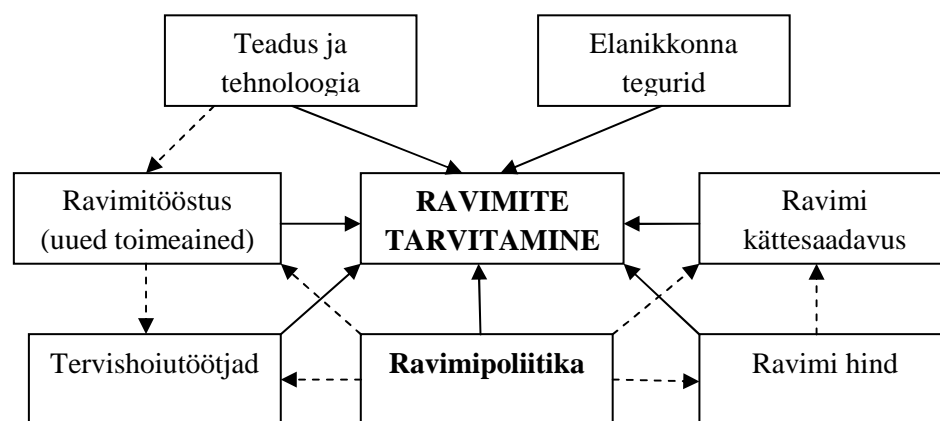
Eriliseks teeb retseptiravimi valdkonna see, et patsient toote lõpptarbijana, ei tee ravimi valikut ainuisikuliselt ja tihtipeale ei ole ka ainus maksja. Olenevalt riigi ravimite kompensatsioonisüsteemist on soodusravimi puhul lisaks tarbijale maksja kas kindlustusfirma või riiklik institutsioon. USA-s pakuvad kindlustust ka erafirmad. Soodusravimite puhul ei maksa patsient kogu hinda, vaid osa ravimi maksumusest tasub kolmas osapool. Tarbekaupade ostmisel ning kauba eest koheselt tasudes peab ostja reeglina kaubast saadavat kasu vähemalt sama suureks, kui on selle ostmiseks tehtud kulutused. Soodusravimite turul aga peab tarbija ravimi kasulikkust hindama vaid samaväärselt kui tema poolt makstav omaosaluse määr.

Meditiinivaldkonnas esineb informatsiooni ebahühtlane jaotumine arsti ja patsiendi vahel. Ravimi väljakirjutaja ehk arst on toote hinnast ja kvaliteedist reeglina paremini informeeritud kui toote tarbija. Samuti omab paremat informatsiooni ravimi väljastaja ehk apteeker. Täieliku konkurentsi puhul aga eeldatakse, et ostjatel ja müüjatel on täielik ülevaade hüviste hindadest, kvaliteedist ja pakutavast kogusest, samuti puuduvad piirangud täiendava informatsiooni saamiseks (Kaldaru 2006: 152). Informatsiooni asümmeetriline jaotumine võib kaasa tuua olukorrad, kus nii arst kui apteeker kasutavad oma positsiooni mõjutamiseks patsiendi valikuid vastavalt isiklikele eesmärkidele (nt ravimifirmade survele, kasumi sõltumine müügist jne) või eelistustele (nt eelnev positiivne kogemus vastava ravimiga) endale sobivas suunas. Seetõttu on võimalik, et ostetud ravimi ei ole patsiendi jaoks parima hinna ja kvaliteedi suhtega või apteeker väljastab ravimi, mille müümine on talle endale või omanikule kasumlikum jne.

Ravimiturunduse eripäraks võrreldes tavaturundusega on piirangute esinemine reklaami teostamisel. Euroopa Liidu riikides, k.a Eestis, on retseptiravimite reklaam keelatud ja käsimüügiravimite reklaamile on seatud mitmeid piiranguid (vt täpsemalt pt 1.3). USA-s on retseptiravimite reklaam lubatud ja seal tehtud uuringud on näidanud, et selline reklaam pole kasulik mitte ainult ravimifirmadele vaid ka tarbijatele. On hinnatud, et 79% tarbijatest on oma terviseprobleemidest teadlikumad. (Kitsing 2005: 37) Samuti on vähenenud krooniliste haiguste raviks vajalike ravimite alatarbimine, viies samas retseptiravimite ületarbimisele (Donohue *et al.* 2007: 674). Seega ei saa väita, et

retseptiravimite reklaamimine otse tarbijatele suunatud kanalites oleks halb, kuid siiski on sellel oma varjuküljed.

Inimeste retsepti- ja käsimüügiravimite tarbimist erinevates riikides mõjutavad erinevad tegurid. Siiski on võimalik välja tuua konkreetsel ajahetkel teatud piirkonnas ravimite tarvitamist mõjutavad faktorid. Järgneval joonisel 4 on toodud Kanada Tervise teabe Instituudi (*Canadian Institute of Health Information, CIHI*) poolt 2002. aastal välja toodud peamised ravimite kasutamist mõjutavad tegurid. Lisaks on joonisel ära toodud katkendiliku joonega tegurite omavahelised seosed.



Joonis 4. Ravimite tarvitamist mõjutavad tegurid (Development... 2002: 2; autori täiendustega).

Ravimite tarbimist mõjutavad veel lisaks muudki faktorid, nagu näiteks haiguste esinemine (nt epideemiad, pandeemiad), haiglasoleku lühendamine ning patsientide ravi jätkumine kodustes tingimustes, lisaks muudatused ravistrateegiates – kirurgiliste sekkumiste asendamine ravimitega, samuti eelnevalt ravimatute haiguste ravimiseks lisanduvad uued preparaadid, diagnostiliste meetodite parandamine. (*Ibid*) Antud töö kontekstis pööratakse enim tähelepanu just ravimipoliitikale ja ravimi hinna temaatikale. Ravimipoliitika, kui üks mõjutegureid, mõjutab läbi erinevate mehhanismide ka teisi tegureid.

Kõik ravimiturul toimuv lähtub vastava riigi ravimiseadusest. Ravimiseadus reguleerib ravimite käitlemist, väljakirjutamist, müügilubade väljaandmist, kliinilisi uuringuid ja reklaami ning ravimialast järelevalvet ja vastutust eesmärgiga tagada Eestis kasutusel olevate ravimite ohutus, kvaliteet ja efektiivsus ning edendada nende sihipäras

kasutamist (§ 1). Ravimisektori tegevus Eestis on reguleeritud ravimiseaduse ja ravikindlustuse seadusega.

Vajalike ravimite kättesaadavuse puhul on oluline roll riiklikul ravimipoliitikal, mille eesmärkideks peaks olema tagada põhiravimite kättesaadavus, kõigi ravimite kvaliteet, ohutus ja efektiivsus ning ravimite mõistlik ja kuluefektiivne kasutamine (The World ... 2004: 54). Näiteks 30%-le maailma elanikkonnast ei ole põhiravimid kättesaadavad. Ravimipoliitika eesmärgiks Eestis on samuti tagada põhiravimite kättesaadavus, ravimite kvaliteet, ohutus ja tõhusus ning ravimite mõistlik kasutamine (Eesti ravimipoliitika...2002: 3).

Ravimite kättesaadavuse ja kulude kokkuhoiu tagamiseks rakendatakse enamikus arenenud riikides ravimipoliitika raames mingit ravimite kompenseerimise poliitikat. Jacobzone (2000: 32 - 34) ning Rietveld ja Haaijer-Ruskamp (2003: 38 - 40) on oma artiklites välja toonud, et enim kasutatavateks ravimikulude kokkuhoiu meetoditeks on piirhindade kehtestamine, hinnakokkulepete sõlmimine, hinnavõrdlused, hinnakontroll, ravimitootja kasumikontroll, maksimaalsete juurdehindluste fikseerimine (nii jae- kui hulгимүүgi), ravimite reklaamkulude kontroll, ravimieelarved, geneeriline asendamine ning omaosaluse rakendamine. Samuti kasutatakse erinevates riikides tervishoiu, sh ravimipoliitika, rahastamiseks erinevaid rahastamissüsteeme. Inimeste omaosalus ravimite eest tasumisel on riigiti väga erinev. Kui näiteks Skandinaavia maades, Suurbritannias, Hispaanias ja Itaalias finantseeritakse tervishoidu peamiselt maksudest, siis Prantsusmaal, Saksamaal, Hollandis ja Portugalis on sotsiaalkindlustusel põhinev tervisekindlustus ning USAs, Šveitsis ja Brasiilias rakendatakse kombineeritud süsteemi maksudega rahastatava ja era tervisekindlustuse süsteemi vahel. (Berndt *et al.* 2007: 232)

Eestis on ravimite kättesaadavus Euroopa riikide keskmisest oluliselt madalam, mis patsiendi jaoks tähendab peamiselt seda, et uued innovatiivsed toimeained ei jõua nendeni. Kättesaadavuse peamiseks piirajateks on Eesti ravimituru väiksus ja ravimite soodustamise protsessi komplitseeritus. Euroopas kasutatakse eri riikide elanike ravimite kättesaadavuse hindamiseks W.A.I.T indikaatorit (*waiting to access innovative therapies*). 2010. aasta novembris EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations) avaldatud W.A.I.T indikaatori analüüsis võeti arvesse

perioodil 01.01.2007 – 31.12.2009 esmakordselt tsentraalselt Euroopa Ravimiameti poolt registreeritud ravimit (kokku 84 uut ravimit). 31.03.2010 seisuga on neist Eestis esitatud soodustuse saamiseks 24 ravimit, millest hinnakokkulepe ja soodustus kehtis 10-le ravimile ehk 12%-le. Keskmise aeg registreerimisest hinnakokkuleppeni oli Eestis ravimitel 708 päeva, menetlus kestis sellest 443 päeva. 14 ravimit on veel otsuseta. Alates 2011 aasta kevadest on ravimitootjad võtnud eesmärgiks igal aastal esitleda avalikkusele W.A.I.T indikaatori tulemusi. W.A.I.T indikaatori näitajad erinevates riikides on ära toodud Lisas 1. Eraldi on välja toodud ravimite hulk, mis muutus tarbijale kättesaadavaks ja ajaintervall hinnakokkuleppe sõlmimiseni. Eesti eesmärgiks on saada Euroopa riikide keskmiste hulka. (EFPIA 2010: 1-6.; Ravimitootjate Liidu... 2011: 5) Ravimite aeglane jõudmine tarbijani tähendab seda, et tihtipeale võib olla olemas uus, paremini talutav, efektiivsem ravim aga see lihtsalt ei jõua patsiendini. Samuti arvestades tehnoloogia arengut, avastatakse pidevalt uusi molekule, mis võimaldavad ravida haigusi, mida kas varem polnud üldse võimalik ravida või pidi ravima haiglas olles. Piiratud ravimite kättesaadavus aga mõjutab patsientide võimalusi saada parimat ravi.

Tervishoiutöötajatena saab ravimituru kontekstis vaadata nii arste kui apteekreid. Retseptiravimite välja kirjutajad on arstid. Ravimiturunduses tehakse oluliselt vahet sellel, milline on arsti eriala – perearst ehk üldarst või spetsialiseerunud arst ehk eriarst (Connors 2010: 244). Eestis osutab perearst üldarstiabi ja annab nõu haigusi, vigastusi või mürgistusi ennetavate tegevuste osas kõigile tema nimistusse kuuluvatele inimestele. Suur osa patsientidest saab kogu oma vajaliku ravi perearsti juures. Erialaarst ehk eriarst on kitsama kliinilise eriala spetsialist, näiteks kardioloogid tegelevad südameveresoonkonna haigustega, psühhiaatrid erinevate vaimsete haigustega jne. Antud töös käsitletakse nii perearste kui eriarste koondnimetusega arstid.

Arstide tegevust mõjutavad nii ravimitööstus kui ravimipoliitika. Ravimipoliitika tagab põhiravimite kättesaadavuse, kvaliteedi ja ohutuse ning seab ette mõistliku ravimikasutuse. Arstid saavad mõistlikku ravimite kasutamist propageerida läbi selgitustöö ja toimeainepõhiste retseptide kasutamise. Ravimitööstus mõjutab arste läbi pakutavate ravimite ja teostatava turundustegevuse (ravimiesitleja visiidid, konverentsid jne).

Aastal 2004. Rootsis ja 2006. USA-s läbiviidud uuringutes toodi välja tegurid, mis mõjutavad arste ravimite väljakirjutamist. Esimesel juhul hindasid faktoreid arstid ise, teisel juhul patsiendid. Esmajoones peeti oluliseks patsiendi haigust, tema eripärasid ning ravimi taluvust ja kõrvaltoimeid. Järgmisena peeti oluliseks ravimi tarvitamise mugavust, kus erinevate võimaluste olemasolul arutati koos patsiendiga tema jaoks sobivaid ja mugavaid lahendusi. Oluline roll ravimi kirjutamisel oli ravimi brändi teadmine ja kogemused ravimiga, samuti kolleegide soovitusel ja kogemused, ravijuhised ja teaduskirjandus ning ravimifirmade külastustel. Eraldi faktorina oli mainitud ravimi hind, kus oldi seisukohal, et kui efektiivsem ravim on kallim, tuleb seda vajadusel kirjutada. Negatiivseid vastuseid saadi geneeriliste ravimite eelistamisel, kus probleemina toodi välja patsiendile segaduse tekitamine kui ta saab igakord erineva geneerilise ravimi. Samas nähti positiivsena, et on patsiendil võimalus ise apteegis valida ja niimoodi enda otsustamist kergemaks teha. (Goff 2008: 236 – 238; Ljungberg 2006: 765 – 768) Arsti roll ei piirdu seega mitte ainult õige ravimi valimisega vaid selgitustöös, et tagada patsiendi jaoks parim ravitulemus.

Seoses digiretsepti kasutuselevõtuga ja toimeainepõhiste retseptide kasutamisega on apteegi roll patsiendi jaoks olulisemaks muutunud, seda eelkõige Eestis aga ka mujal maailmas. Apteegis töötavad apteekrid, kelleks Eestis võivad olla proviisorid ja farmatseudid. Apteegist saadakse peamine info ravimi ja selle annustamise kohta. Samuti on apteegi roll olulisemaks muutunud seoses suurema tähelepanuga originaalravimi ja geneeriliste ravimite erinevusele. Apteegis jagatakse informatsiooni ning otsustatakse milline ravim, millises hinnaklassis antud patsiendile sobib.

Ravimite turule jõudmisel on oluline roll ravimitootjatel ehk ravimifirmadel. Vastavalt Ravimiseadusele loetakse ravimite tootmiseks ravimite, sealhulgas vahetoodete valmistamist, steriliseerimist, pakendamist, märgistamist, ümberpakendamist, ümbermärgistamist, kvaliteedi kontrollimist ja partii vabastamist koos sellega kaasneva materjalide hankimise, vastuvõtu, säilitamise ja väljastamisega (§ 16). Ravimite tootmisega tegelevad ravimitootjad. Lisaks ravimite tootmisele on ravimitootjate eesmärgiks oma ravimite turustamine. Ravimitootjatel on võimalik reklaamida oma tooteid ravimite väljakirjutamisõigusega isikutele, proviisoritele ja farmatseutidele. Ravimitootjate mõjust arstide ja apteekrite käitumisele nii Eestis kui mujal maailmas on

aasta aastalt järjest rohkem räägitud. Erinevad rahvusvahelised uuringud on oma tulemuste poolest vastuolulised. On uuringuid kus ravimifirmade rolli peetakse pigem informatiivseks, mis tähendab, et promotsioon ei mõjuta arstide ja apteekrite käitumist, kuid on ka vastupidiste tulemustega uuringuid (PPRS ... 2004: 154, Vancelik 2007: 1-8, Sondergaard 2009: 204 - 209, Harris 2009). Küll aga võib spekuleerida, et reaalsuses on ravimitootjate mõju arstide ja apteekrite käitumisele suurem kui nad ise seda tunnistavad.

Ravimitootjate eesmärgiks on turule tuua järjest innovatiivsemaid toimeaineid, et seeläbi, kas ravida haigusi veel paremini või leida ravi siiani ravita olnud haigusele. Seega on ravimitööstus mõjutatud teaduse ja tehnoloogia saavutustest. Kuid selleks, et uus toimeaine turule jõuaks kulub aega ja palju raha. Peters koos teiste autoritega (2009: 910-911) on toonud välja, et keskmiselt maksab uue ravimi avastamine ja arendamine üle 1 miljardi euro. Igast toimeainest, mis avastatakse jõuab uuringute faasi keskmiselt 5 toimeainet 10 000-st. Järelejäänud viiest toimeainest jõuab patsientideni ainult üks. Turule jõudnud ravimitest 10-st kuskil kolm ravimit suudavad tagasi teenida raha, mis on nende avastamiseks ja turule jõudmiseks kulutatud. Kuid siiski vaatamata suurtele arendus- ja turustuskuludele on ravimifirmad ühed enim teenivad firmad maailmas.

Lõpptarbija ehk patsiendi jaoks on ravimite valikuprotsessis olulisel kohal arst, kes retsepti väljastab, apteeker kes ravimi apteegist väljastab ning ravimifirmade roll, kes erinevaid tooteid erineva hinnaga pakuvad. Ravimipoliitika olulisus lõpptarbijale seisneb eelkõige soodustuste määramises ning ravimite kvaliteedi ja ohutuse tagamises.

Ravimite kasutamist mõjutab ka riigi rahvastik oma arvu ja struktuuriga. Rahvaarv seab üldisemad piirangud ravimi maksimaalsele kasutamisevõimalusele. Väikse rahvaarvuga riiki ei jõua tihtipeale kõige innovaatilisemad ravimid kuna kasutamispotentsiaal on väike. Rahvaarvust olulisemaks võib aga pidada rahvastiku struktuuri. Ravimite kasutamine suureneb oluliselt seoses inimeste vananemisega. Seoses vananemisega suurenevad nii ravimeid kasutavate inimeste osakaal kui kasutavate ravimite hulk. Üle 65-aastaste osakaal Eesti rahvastikust oli 2010-ndal aastal tõusnud 17%-ni kogu rahvastikust ja tõusmas on üle 80-aastaste osakaal. (Statistikaamet 2011). Rootsisis 1994 aastal läbi viidud uuringust selgus, et retseptiravimite kasutamine 16-44 aastaste vanusegrupis oli 52% valimist, siis 65 aastaste ja vanemate seas oli kasutajate hulk

75%. Samas võis antud uuringu tulemustest näha, et käsimüügi ravimite ja looduslike ravipreparaatide kasutamine vanusega oluliselt ei muutu. (Al-Windi 2000: 312)

Ravimite tarvitamist mõjutavad ka sotsiaalökonomilised faktorid nagu haridus, sissetulek ja staatus tööturul. Erinevad uuringud, mis on tehtud üle Euroopa on toonud välja seose, et haigestumine kardiovaskulaarhaigustesse, diabeeti, närvihaigustesse on mitte oskustöölise ja madalama haridustasemega inimeste seas kaks korda kõrgem kui oskustöölise seas. Hariduslikku eripära ei täheldatud selliste haiguste nagu vähk või neeru- ja nahahaigused. Sissetuleku kasvul täheldati positiivset seost tervisega. Mida kõrgem on leibkonna sissetulek seda parem on nende tervise seisukord. Kõige kõrgema sissetulekuga gruppides on seos tervise ja sissetuleku vahel kõverjooneline, mis tähendab, et jõukuse kasvades ei kasva positiivne hinnang tervise lõpmatuseni. (Mladovsky *et al* 2009: 100-105) Seoses kihistumisega terves Euroopas seisavad tervishoiupoliitika tegijad silmitsi aina suuremate väljakutsetega, et tagada kõigile võrdne ligipääs tervishoiuteenustele.

Üheks olulisemaks ja määravamaks faktoriks ravimite valikul on hind. Ravimite hind on seotud ravimipoliitikaga ja ravimi hind ise mõjutab ravimite kättesaadavust patsiendile. Tänapäeval on suure osa toimeainete puhul saadaval nii originaalravim kui oluliselt odavam hinnaga geneerilised ravimid. Geneeriliste ravimite puhul on tarbijale võimalik pakkuda odavamalt sisuliselt sama ravimit, kuna analoogravimite tootjatel ei ole vaja teha mahukaid investeeringuid teadus- ja arendustegevusse. Uuringud on näidanud, et esimese geneerilise ravimi turule tulekul on selle hind umbes 75% konkureeriva originaalravimi hinnast. Järgnevate geneerikute sisenemisel turule kahanevad hinnad täiendavalt. (Rizzo, Zeckhauser 2009: 296) Seega muutub hind oluliseks ravimite kasutamist mõjutavaks teguriks seoses geneeriliste ravimite turu pideva kasvuga. Arenenud riikides nagu Inglismaa, Saksamaa, USA, on geneeriliste ravimite kasutamise osakaal juba 65-75%, Eestis oli see 2010. aastal 34%, seega on Eestil arenguruumi küll (Haigekassa kodulehekülg 2011).

Rietveld ja Haaijer-Ruskamp (2003: 29-30) toovad välja neli peamist põhjust, miks ravimite hinnad on kõrged. Esiteks ranged standardid kaitsmaks rahvast kehvast kvaliteediga, ohtlike ja ebaefektiivsete ravimite eest kohustavad tootjad tegema suuri investeeringuid kallisse ravimiarendusse. Ravimid, mis turule jõuavad, peavad olema

sellise hinnaga, mis kataks ära tehtud investeeringud, ebaõnnestunud ravimkatsetused, reklaamikulud, tulevikuinvesteeringud ning samuti kindlustama kasumi. Teiseks on olemas teatud faktorid, mis soodustavad monopolide teket. Üheks neist on suured sisenemisbarjäärid, patendikaitse pikk periood. Kolmandaks: kolmas osapool osaleb maksmise protsessis, seega tarbija on vähem hinnatundlik. Neljandaks, kuna patsiendil puuduvad väga põhjalikud teadmised ravimitest (toime, kõrvaltoimed jne), siis kiputakse, nagu teiste toodete puhulgi, millest väga palju ei teata, hindama kvaliteeti hinna alusel. Kallim ravim võrdub kvaliteetsema ravimiga ja soodsam ravim (reeglina geneeriline ravim) on väiksema kvaliteediga (Wagner, McCarthy 2004: 485).

Kuigi ravimite hinnad on tarbija ja ravikindlustuse pakkuja jaoks olulised, on leitud, et ei patsiendid ega ka arstid ei ole enamasti ravimite ja meditsiiniliste protseduuride hindadest ning hinnaerinevustest teadlikud. Samuti mõjutatakse patsiente kahtlema geneeriliste ja originaalravimite võrdväärsuses ning tarbijatel puuduvad võimalused vastavate kahtluste ümber lükkamiseks. (Rizzo, Zeckhauser 2009: 297) Seetõttu võib järeldada, et hind on oluliseks ravimite tarbimist mõjutavaks faktoriks vaid ravimite puhul, millel on olemas alternatiivid, ning hästi informeeritud ja keskmisest hinnatundlikumate tarbijate jaoks. Uute toimeainete korral on aga originaatoril patendiperioodi vältel võimalus kasutada ära oma monopoolset seisundit turul ning kehtestada hinnad, mis võimaldavad katta ravimiarenduse käigus tehtud kulutused ja teenivad tootjale kasumit. Ravimipoliitika eesmärk Eestis on aga tagada ravimite kättesaadavus kõigile patsiendigruppidele, nii jõukamatele kui vähem jõukamatele.

Globaalsemast aspektist lähtuvalt avaldavad ravimite kasutamisele mõju ka teadus- ja arendustegevus (T&A) ning üldised ravimitööstuse trendid. Pidevalt avastatakse uusi haigusi, mis vajavad uusi ravimeetodeid ja ravimeid. Tuntud haigused muteeruvad ja vajavad raviks järjest efektiivsemaid ravimeid. Isegi kui ravim haigusele on leitud vajatakse üha enam efektiivsemaid, paremini talutavamaid ja odavamaid ravimeid. (Oguamanam 2010: 557)

Võttes kokku eelpool toodut võib öelda, et suurimaks erinevused tavakaupade turul võrreldes ravimituruga on erinevate huvigruppide esindatus. Ostuprotsessis ei saa vaadelda ainult tootjat ja tarbijat. Retseptiravimite korral on oluline osa protsessist esiteks arstil, kes vajaliku ravimi patsiendile määrab. Teiseks sekkub riik läbi

ravimipoliitika (ravimite soodustused, kättesaadavus jne). Samuti sekkub riik, kui kolmas osapool, kes soodusravimi eest tasub. Ühe erinevusena mida ravimiturul tegutseja peab arvestama on sihtgrupi vanuselise eripära. Ravimite tarvitamine kasvab seoses inimese vananemisega. Vanema inimese arusaamu ja käitumisharjumusi on raskem muuta.

Antud alapeatükis välja toodud tegurite vastastikkuse seotuse tulemusena võib tõdeda, et kõigi ravimite kasutamine on dünaamiline ning komplitseeritud. Seega on riikliku tervishoiupoliitika, sh ravimipoliitika seisukohtalt oluline ravimite ratsionaalse tarbimise tagamiseks arvestada kõigi ravimitarbimise erinevate aspektide ning ravimite ja nende potentsiaalsete kasutajate spetsiifikaga. Antud alapeatükis toodigi välja erinevad ravimite tarvitamist mõjutavad tegurid ning nende omavahelised seosed. Ravimipoliitika ja ravimite hind on käesoleva töö teemat arvestades kõige olulisemad. Nagu selgus mõjutab ravimipoliitika ravimi hinna kujunemist, ravimite kättesaadavust patsiendile, arstide tööd ja kaudsemalt ka ravimitootjaid. Kuid järjest vananev ühiskond ja suurenev ravimikoormus toob kaasa hinnatemaatika olulisuse. Patsiendi teadlikkuse tõstmiseks ja ratsionaalsete ravimivalikute tagamiseks kasutatakse järjest enamates riikides ravimipoliitika raames avalikke teavituskampaaniaid, mille eesmärk kaugemas tulevikus on riigi raha kokkuhoid.

1.3 Ravimipoliitika elluviimine ja sotsiaalkampaaniate roll selles

Ravimipoliitika üheks eesmärgiks on tagada ravimite mõistlik kasutamine (Ravimipoliitika... 2002: 3). Ravimite ebamõistliku kasutamist peetakse üheks ravimivaldkonna nõrgaks küljeks, mis ühelt poolt on põhjustatud farmakoökonomika põhimõtete eiramisest tervishoius ning teiselt poolt tasakaalustatud ravimiteabe puudumisest ja reklaami survest ravimite väljakirjutajatele. Mõistlikust ravimikasutusest võidab ühiskond tervikuna – inimese ravi järjepidevus üldjuhul paraneb, kui tema kulutused ravimitele on taskukohased, seeläbi on haigus paremini ohjatud, tekib vähem tüsistusi ja väheneb haiglaravivajadus, inimene on produktiivsem ning ühiskond tervem (Eesti Haigekassa majandusaasta... 2011: 22).

Eelmisest alapeatükist selgus, et ravimiturul peab arvestama teatud erinevustega võrreldes tavakaupade turuga. Peamise erinevusena toodi välja erinevate huvigruppide

kaasatus. Lisaks tootjale ja toote tarbijale osalevad ostuprotsessis arstid, kui ravimi valijad ja väljakirjutajad ning riik, kui ravimipoliitika teostaja ning osaliselt ravimi eest tasuja. Ravimipoliitika mõjutab omakorda kõiki osalevaid huvigruppe. Ka selgus, et kommunikatsioon ravimiturul on mitmeti reguleeritud. Kommunikatsiooni ravimiturul saab käsitleda kahte erinevat pidi. Kommunikatsioon, mida ravimitootjad edastavad arstidele ja apteekritele ning patsientidele. Patsientidele on enamikus EL riikides lubatud ainult käsimüügiravimite reklaam, retseptiravimite reklaam on keelatud. Teiselt poolt saab vaadelda kommunikatsiooni, mida riiklikud institutsioonid edastavad läbi teavitus- ja ennetuskampaaniate.

Järgnevalt on selgitatud lõpptarbijatele suunatud ravimireklaami kasutegureid ja puudusi. Autori arvates on oluline mõista, et ravimireklaami taga ei peitu ainult ravimitootja müügiedu vaid näha ka teavitus- ja ennetustööd, mida need reklaamid teevad. Järgnevalt on välja toodud ravimireklaamide positiivsed ja negatiivsed küljed nii patsientide kui tervishoiutöötajate seisukohalt.

Euroopa Liidus on retseptiravimite reklaam üldsusele keelatud, kuid USA-s on alates 2002. aastast lubatud reklaamida retseptiravimeid lõpptarbijatele ehk patsientidele. Retseptiravimite reklaamimine on olnud kasulik nii ravimifirmadele kui tarbijatele. USA-s küsitatud arstidest 79% arvas, et tänu reklaamile on patsiendid terviseprobleemidest teadlikumad ning 95% arstidest arvas, et patsiendid on teadlikumad ka ravimeetoditest. Tarbijate teadlikkuse kasv tähendab muuhulgas seda, et ravimifirmadel on vähem põhjusi arste suunatud turundustegevuse ja/või korruptiivsete meetodite abil mõjutada. USA näitel saab väita, et ravimireklaami lubamine elavdab ravimiturgu, soodustab tõhusamate ravimeetodite ja ravimite väljatöötamist ning muudab ravimifirmad atraktiivseteks investeerimisobjektideks. (Kitsing 2005: 37)

Euroopa tervishoiusüsteemi finantseerib suures osas avalik sektor, mistõttu on mõistetav miks EL keelab retseptiravimite reklaami. USAs, kus tervishoiusüsteem on valdavalt finantseeritud inimeste enda poolt, mitte riigi poolt, on patsientide argumendiks, et kuna nad ise maksavad oma ravimite eest siis ei tohiks informatsioon ravimite kohta olla ainult arstidel vaid ka patsientidel (Peters *et al* 2009: 911). Retseptiravimite reklaamikeeld Euroopas on otse suunatud nõudluse piiramisele, kuna innovatiivsete ja kallite ravimite ostmise käiks avalikul sektoril üle jõu. Tuntud

majandusteadlane J. K. Galbraith ütles juba üle poole sajandi tagasi, et reklaami piiramine on tõhusaim viis piirata eratarbimist turumajanduses. (Kitsing 2005: 37)

Retseptiravimite reklaam on lubatud ainult USA-s ja Uus-Meremaal. Reklaam USAs on lubatud televisioonis, raadios, telefoni teel ning ajalehtedes ja ajakirjades. Keskmise ameeriklane näeb igapäevaselt umbes 9 erinevat ravimireklaami ning aastal 2005 olid kulutused ravimireklaamile USAs 4,2 miljardit dollarit. Näiteks tuntud ravimitootja Astra Zeneca kulutas 2004. aastal kolesterooli alandava preparaadi Crestor (rosuvastatiin) reklaamile 246 miljonit dollarit. Võrdluseks, et üks tuntumaid brände maailmas, Coca-Cola, kulutas samal aastal reklaamile 212 miljonit dollarit. (Connors: 267 - 271).

Kanadas ja erinevates Euroopa riikides on tekitanud ravimireklaam diskussiooni nii arstide, apteekrite kui patsiendiühenduste poolt. Põhjuseks ravimite ebaratsionaalne kasutamine. Vaatamata püüdlustele on reklaamid siiski lubatud. Tulu ravimireklaamist on mõningate uuringute arvates suur: 1 dollar kulutatud reklaamile toob tagasi 1,69 – 4,20 dollarit. Võrdluseks, et 10%-ne patsiendile suunatud reklaami tõus toob kaasa ravimi müügi suurenemise 1% võrra ja arstile reklaamimine toob kaasa 0,2 – 0,3% ravimi müügi tõusu. Seega on tulutoovam reklaamida ravimeid otse tarbijale. (Semim 2006: 4-8) Samuti jõuavad rohkem reklaamitud tooted müügiedetabelites kõrgetele kohtadele, mis annab märku sellest, et reklaam on ennast ära tasunud. See tõendab aga fakti, et ravimitootjad suudavad reklaami abil määrata, milliseid ravimeid vajaminevatest ravimitest inimesed ostavad ja aitab suurendada nende läbimüüki ning juba need asjaolud mõjutavad riigi ja patsiendi ravimikuluseid. Rosenthal (2003: 7-9) Kulukas ravimireklaam on aga rohkem jõukohane originaalravimite firmadele, mis soodustab just nende kalliste ravimite läbimüüki.

Ravimireklaami lubamist või keelamist on uuritud erinevates riikides, kuid kuna tervishoiusektor on igas riigis natuke erinev on raske üldistusi teha. Näiteks viidi Taanis 2005. aastal läbi küsitlus, et teada saada inimeste suhtumist ravimireklaami. Eraldi vaadeldi nii käsimüügi- kui retseptiravimeid. Vastanutest 60% leidis ravimireklaami olevat kasulik ja 23% koguni väga kasulik. 19% vastanuist aktsepteeriks retseptiravimite reklaami ja üle 60% vastanuist peab vajalikuks käsimüügiravimite

reklaami. Kokkuvõtvalt olid tulemused positiivsed, eriti käsimüügiravimite osas. (Rehne 2007: 34)

Võrdluseks, et peaaegu samal ajaperioodil viidi USAs läbi sarnane uuring, et teada saada inimeste suhtumist retseptiravimite reklaami. Sarnaseid uuringuid oli varem teostatud aastal 1999 ja 2002. Retseptiravimite reklaamiga oli kokkupuutunud 96% vastanuist. 53% vastanuist nõustusid või pigem nõustusid, et neile meeldib näha retseptiravimite reklaami. Kuid enamus vastanuist (69%) nõustus, et selline reklaam ei anna täielikku ülevaadet ravimist ja tema riskidest. Võrreldes varasemate uuringutega oli tarbijate suhtumine muutunud negatiivsemaks. (Friedman 2007: 100-106)

Kuid teise uuringu kohaselt olid patsiendid USA-s pigem positiivsel seisukohal, väites et selline reklaam aitab neil teha paremaid otsuseid oma tervise osas, ja rohkem kui 60% inimestest, kes olid kohtunud viimase kolme kuu jooksul oma arstiga arvasid, et reklaamid aitasid neil tekitada parema arutelu arsitiga oma tervise teemadel. Paljud tarbijad, kes juba võtsid mõnda ravimit ning siis nägid selle kohta reklaami tunnistasid, et tundsid end paremini toote turvalisuse üle. (Lyles 2002: 75)

Tervishoiutöötajad USA-s on retseptiravimite reklaami suhtes pigem skeptilised. Suurim mure on nende poolt reklaami potentsiaalne mõju ravimite väljakirjutamise muustrile. Arstid kardavad, et reklaam segab kommunikatsiooni arsti ja patsiendi vahel ning paneb ohtu arsti ja patsiendi vahelise suhte. (*Ibid*: 73) Samuti on hirmutav asjaolu, et patsient võib vahetada arsti, kui viimane ei rahulda tema nõudmisi spetsiifilise ravimeetodi/ravimi osas. Samuti on tavapärane mure, et tarbijad ei suuda reklaamis eristada riskialast informatsiooni (nt kõrvaltoimeid, koostoimed), mida on reklaamis esitatud. Patsient võib nõuda konkreetseid tooteid hoolimata vasturääkivustest, mis võivad välistada sellise ravimi kasutamise. (Sullivan *et al* 1999: 281) Arstide mureks on ka patsientide ebarealistlikud ootused ravimi toime suhtes, kõrvaltoimete ohtlikkuse alahindamine ja kallimate ravimite kasutamine soodsamate alternatiivide asemel (Lipton, Duke 2002: 117)

Retseptiravimite reklaamimine aitab informatsiooni asümmeetriat patsiendi ja arsti vahel vähendada, kuid oluline on siinkohal edastada ka riskiteavet, et tagada patsientidele ohutu ravimite tarvitamine. Samuti on oluline, et reklaamina ei jõuaks

tarbijani ainult kalliste ravimite reklaamid, mis võib suunata inimest põhjendamatult kulutama. Tähtis on ka reguleerida ravimifirmade turunduslikke aktsioone, et tagada arstide neutraalsus ravimi valikul (Fischer, Sönke 2010: 103). Toimeainepõhine retsept on suur edasiminekuks, et anda patsiendile võimalus valida ise endale sobivast hinnaklassist ravim.

Eelpool toodud kokkuvõttes võib järeldada, et reklaami ravimiturul peetakse üldiselt vajalikuks, informatiivseks ja aktsepteeritavaks. Arvestades kommunikatsiooni piirangutega ravimiturul võib erinevate teavitus- ja ennetuskampaaniate korraldamine, mis enamjaolt on reklaami vormis, aidata samuti vähendada informatsiooni ebaühtlast jaotumist erinevate osapoolte vahel.

Kui reklaami eesmärk on tõsta mõne konkreetse toote müüki, siis erinevate teavituskampaaniate eesmärgiks on eelkõige patsientide teadlikkuse tõstmine. Selliseid kampaaniaid kasutatakse ka geneerilistest ravimitest teadlikkuse tõstmiseks kuna konkreetset geneerilist preparaati enamustes riikides reklaamida ei saa. Olgugi, et tarbijad ise hindavad oma teadlikkust geneerilistest ravimitest heaks on Purvin (2008: 7) oma artiklis välja toonud, et 40% tarbijatest on tunnistanud oma väheseid teadmisi geneerilistest ravimitest ja nende vajalikkusest. Peamised vaeleusaamad on:

- originaalravim on geneerilisest ravimist parem,
- originaalravimi vahetamine geneerilise ravimi vastu toob kaasa ravi kvaliteedi languse.

Patsientide teadlikkuse tõstmiseks on vajalik erinevate teadvustuskampaaniate korraldamine. Samas uuringus toodi välja, et patsiendid, kes olid kokku puutunud ravimi hinna võrdlustega, valisid 60% juhtudest soodsama ravimi. Patsientide teadlikkuse tõstmiseks on aga korraldatud erinevaid kampaaniaid. Näiteks, üks suuremahuline kampaania, mille sõnumi edastamiseks kasutati trükimeediat, televisiooni ja aktiivset promotsiooni apteegis, reklaamikulud olid hinnanguliselt 1 miljon dollarit. Hinnanguline kasu kampaaniast 13 miljonit dollarit. (Purvin 2008: 7)

Suurendamiseks geneeriliste ravimite tarvitamist on võimalusi mitmeid erinevaid. Üheks võimaluseks on suurendada arstide teadlikkust geneerilistest ravimitest ja soodustada nende kirjutamist. Geneerilised ravimid ja nende kasutamine võiksid olla teemaks

ravijuhistes, erinevates haigla formulaarides, täiendkoolitustel kui meditsiinikooli õpingutes. (Izmirlieva 2003: 6) Põhjuseks miks aga tihtipeale eelistatakse kalleid originaalravimeid on brändi tuntus läbi ravimifirmade aktiivse promotsiooni. Teiseks võimaluseks on kalli ravimi asendamine soodsama alternatiiviga apteegis. Siinkohal on erinevates riikides erinevad tavad: apteeker ei või asendada, apteeker võib oma initsiatiivil asendada, apteeker on kohustatud pakkuma soodsaimat preparaati või apteeker võib asendada konsulteerides enne arsti ja patsiendiga. Asendamisõigus apteekides on näiteks Saksamaal, Taanis, Luksemburgis ja Prantsusmaal. Asendamine on kohustuslik osades Ameerika Ühendriikide osariikides ja Taanis teatud liiki ravimitel. Paljudes riikides on valik vabatahtlik ja sõltub apteekrist. (de Joncheere *et al* 2003: 104) Eestis on arst kohustatud kirjutama retseptile ravimi toimeaine, mitte brändi nime ja apteeker on kohustatud pakkuma soodsaimat ravimit.

Geneeriliste ravimite kasutamise soodustamiseks on võimalus mõjutada ravimite tarbijaid ehk patsiente. Oluline on tõsta patsiendite teadlikkust, et originaalravim ja geneeriline ravim on oma efektilt võrdväärsed ja sama hästi talutavad. Siinkohal on palju ära teha arstil, kes retsepti kirjutab kui ka apteekril, kes ravimi väljastab. Patsiendi teadlikkuse tõstmiseks on võimalik kasutada erinevaid kampaaniaid, mille sõnum on, et miks maksta sama kvaliteedi eest kõrgemat hinda. Küll aga ei ole hetkel ühtegi kinnitust, et sellised kampaaniad on efektiivsed. Samuti on selliste kampaaniate vastukaaluks viidud läbi kampaaniad, mille sõnumiks on, et odav ravim ei vii kõige paremate ravitulemusteni. Sellised n-ö vastukampaaniad on tavaliselt organiseeritud originaalravimite tootjate poolt (Izmirlieva 2003: 5). Sotsiaalkampaania, mis propageerib soodsamate ravimite tarvitamist on efektiivsem sellises ühiskonnas, kus patsientide omaosalus ravimite ostmisel on kõrge ja vähem efektiivsem selles ühiskonnas kus ravimite eest maksab peamiselt riik. (de Joncheere *et al* 2003: 105)

Arstide, apteekrite ja eelkõige patsientide teadlikkuse tõstmiseks on mitmetes riikides korraldatud sotsiaalkampaaniaid, mis propageerivad geneeriliste ravimite kasutamist. Andmeid selliste kampaaniate tulemuste kohta on vähe. Allpool on toodud mõned näited.

2010. aastal korraldati Hispaanias sotsiaalkampaania, mille peamiseks eesmärgiks on tõsta nii tervishoiutöötajate kui patsientide teadmisi geneerilistest ravimitest ja

suurendada seeläbi nende kasutust. Kampaania sõnumiks on, et geneerilised ravimid on sama ohutud ja efektiivsed kui originaalravimid, kuid soodsama hinnaga. Kampaania edastamiseks kasutatakse erinevaid kanaleid. Patsientideni jõudmiseks kasutatakse reklaame televisioonis, raadios, ajakirjanduses, internetis ja sotsiaalmeedias. Korraldatakse erinevaid üritusi ja avati ministeeriumi spetsiaalne kodulehekülg, kust vajadusel rohkem lisainformatsiooni saada. Tervishoiutöötajatele korraldatakse koolitusi, et selgitada geneeriliste ravimite kasutamise olulisust. Samuti on täpsemat informatsiooni võimalik saada ministeeriumi spetsiaalselt kodulehelt ning just tervishoiutöötajatele mõeldud erinevatest väljaannetest. Kampaania efektiivsust mõõdetakse lõpptulemusena geneeriliste ravimite osakaalu suurenemises retseptiravimite hulgas. (Olmos 2011: 1-4)

Jaapanis korraldati sotsiaalkampaania, mille eesmärgiks on kahekordistada geneeriliste ravimite tarbimist 5 aasta jooksul. Informatsiooni geneeriliste ravimite kohta jagatakse postritega, flaieritega, avalikel seminaridel ja videoklippides. Juba uue aastatuhande algul oli valitsus püüdnud suurendada geneeriliste ravimite tarbimist, kuid tulemused jäid oodatust tagasihoidlikumaks. Aastal 2007 oli geneeriliste ravimite tarbimine ainult 17%, aastaks 2012 on seatud eesmärk vähemalt 30%. Oluliseks kampaania tulemuseks juba praegu on asjaolu, et apteekrid võivad patsiendi soovi korral originaalravimi vahetada välja soodsama ravimi vastu. Vahetust võib teha ainult juhul kui arst seda on lubanud. Valitsus on omaltpoolt tugevdanud geneeriliste ravimifirmade järelvalvet, et tagada toodete kvaliteet, kättesaadavus ja õige informatsioon. Kampaania edukust hinnatakse ja jälgitakse pidevalt. (Matsuda 2008)

Portugalis on sarnaseid sotsiaalkampaaniaid korraldatud alates aastast 2001, mil geneeriliste ravimite tarvitamine oli rahalises vääringus kõigest 0,34% kogu ravimiturust. Koostöös erinevate seaduslike regulatsioonidega oli aastaks 2007 geneeriliste ravimite osakaal 17,85% kogu ravimiturust. (Simoens 2009: 80) Viimane kampaania toimus aastal 2010, mis oli kuues selline kampaania. Kampaaniate eesmärk on eelkõige tõsta patsientide teadlikkust ja suunata neid tegema ratsionaalsemaid ravimivalikuid. 2009. aasta kampaania oli lisaks patsientidele suunatud ka tervishoiutöötajatele. Peamised meediakanalid sõnumi edastamiseks on raadio, televisioon, internet ja erinevad pabermaterjalid. (Gomes 2011: 15) Simoens (2009: 77)

hindas oma artiklis esimeste kampaaniate tulemusi positiivseks kuna nõudlus geneeriliste ravimite järgi on tõusnud.

Austraalias korraldati ajavahemikul 2008 – 2009 teavituskampaania, mille peamiseks sõnumiks oli, et geneeriline ravim on samaväärne originaalravimiga. Võrreldes eelpool kirjeldatud kampaaniatega hinnati antud kampaania tulemusi väga põhjalikult. Märgatavust ja tulemusi hinnati erinevate meediakanalite lõikes. Eraldi teostati kolm uuringut, mille käigus uuriti kampaaniasõnumite jõudmist üle 50-aastaste krooniliselt haigete pidevate ravimitarvitajate seas. Uuringuid teostati enne ja peale kampaaniat ning kampaania toimumise ajal. Eraldi analüüsiti erinevate infomaterjalide allalaadimist kodulehelt. Analüüs teostati erinevate keelte (hiina, india, itaalia jne) lõikes. Tulemuseks saadi statistiliselt oluline erinevus võrrelduna kampaaniaeelse perioodiga. Lisaks teostati veel mitmeid analüüse, erinevate indikaatorite põhjal. (Evaluation Report...2010: 1 – 29)

Kui Austraalias korraldatud kampaaniate puhul kasutati väga erinevaid hindamistüüpe ja indikaatoreid, siis enamike teiste riikide puhul olid pigem valdavad protsessi ja tulemuste hindamine. Olgugi, et üheski kampaania kokkuvõttes polnud eraldi välja toodud kujundavat hindamist enne kampaania algust, siis autori arvates midagi on ikkagi tehtud. Sest oldi teadlikud situatsioonist enne kampaania algust. Korduvate kampaaniate korral on positiivne välja tuua, et peale iga lõppenut kampaaniat tehakse tulemuste analüüs, et teada saada, kust ja kuidas järgmise kampaaniaga alustada. Samuti on positiivne erinevate huvigruppide (arstid, apteekrid) kaasamine, mis aitab sõnumil paremini sihtgrupini jõuda.

Sarnaseid teavituskampaaniaid on korraldatud paljudes teisteski riikides üle maailma (nt USA, Aafrika riigid jne). Eesmärk on kampaaniatel ühine: suurendada tarbijate teadlikkust ja vähendada ravimite ostmisel omaosalust. Kampaania õnnestumisel on oluline roll tervishoiutöötajate käitumises ja nende teadlikkuses geneeriliste ravimite asendamise vajalikkusest ja kasulikkusest (Rietveld *et al* 2003: 46). Geneeriliste ravimite laialdane kasutamine viib ravimite hinna alanemiseni, mis toob kaasa patsiendi raha kokkuhoiu ja lõpuks riigi tervishoiukulude vähenemise (Kanavos 2008: 1) Geneeriliste ravimite tarbimist propageerivate kampaaniate oluline osa on riiklike institutsioonide osalus – riik kui kampaania algataja ja finantseerija.

Ravimiturg on keeruline just eelkõige mitmete erinevate huvigruppide tõttu, mis suuremal või vähemal määral on mõjutatud elluviidavast ravimipoliitkast. Antud töö raames lähtutakse eelkõige tervishoiutöötajatest (arstid ja apteekrid), patsientidest ja riigi huvidest. Patsient toote tarbijana ise toodet valida ei saa, samuti ei maksa ta selle eest üksinda. Valiku patsiendiga koostöös teeb tema arst. Ravimi eest maksab teatud osa riik, mistõttu on riigi huvides, et arst ja patsient teeksid mõistlikke ravimivalikuid. Üheks võimaluseks nii arstide kui patsientide teadlikkust tõsta on kasutada kampaaniavormis informeerimist. Nagu eelpool selgus ei saa ravimiturul reklaamida ühtegi konkreetset toodet vaid tuleb keskenduda üldisemale sõnumile (nt eelista soodsamat ravimit). Sotsiaalkampaania on sellise sõnumi edastamiseks sobilik.

Sotsiaalkampaania korraldamine ravimiturul ei erine oluliselt teistes valdkondades korraldatavates kampaaniatest. Kuid arvestada tuleb teatud aspektidega. Esiteks on ravimiturul mitmeid erinevaid huvigruppe. Lisaks tootjale ja tarbijale on ostuprotsessiga seotud tervishoiutöötajad (arstid, apteekrid) ning riik, kui osapool, kes soodusravimist teatud osa maksab. Toetudes erinevate autorite arvamusele (MacFayden, Kotler, Andreasen) on teatud teemade edastamisel väga oluline sõnumine edastamine läbi huvigruppide. Tervisevaldkonnas on siin silmas peetud arstide ja apteekrite rolli. Seega tuleb ka sotsiaalkampaania teostamisel arvestada erinevate huvigruppidega. Teiseks on ravimid tundlik teema, kuna puudutab inimese tervisega seonduvat. Ravimitarvitaja on aga sageli vanem inimene, kelle arusaamine ja tähelepanu vajavad teistsugust lähenemist. Samuti on vanema inimese tarbimisharjumusi ja eelistusi tunduvalt raskem muuta kui noorema inimese oma (Kann 2004). Kolmandaks ei saa me ravimiturul lõpptarbijale turundada ühtegi konkreetset toodet. Sellest tulenevalt peab edastatav sõnum olema üldisem ja jõudma erinevate sihtgruppideni. Reklaamides näiteks „soodsama hinnaga ravimeid“ peab sõnum jõudma nii südameravimeid kui valuvaigisteid tarvitava, ühte kuni mitut ravimit tarvitava, pikajaliselt ja lühiajaliselt haige inimeseni jne. Kampaania korraldamine ravimiturul on tihtipeale keerukas just erinevate huvigruppide ja tundliku sihtauditooriumi tõttu.

Võttes arvesse erinevate huvigruppide esindatust ja sihtauditooriumi eripära on järgnevas peatükis hinnatud Eestis toimunud esimest ravimivaldkonda puudutavat sotsiaalkampaaniat „Erinevus on ravimi hinnas.“ Hindamise käigus tuuakse välja ühe

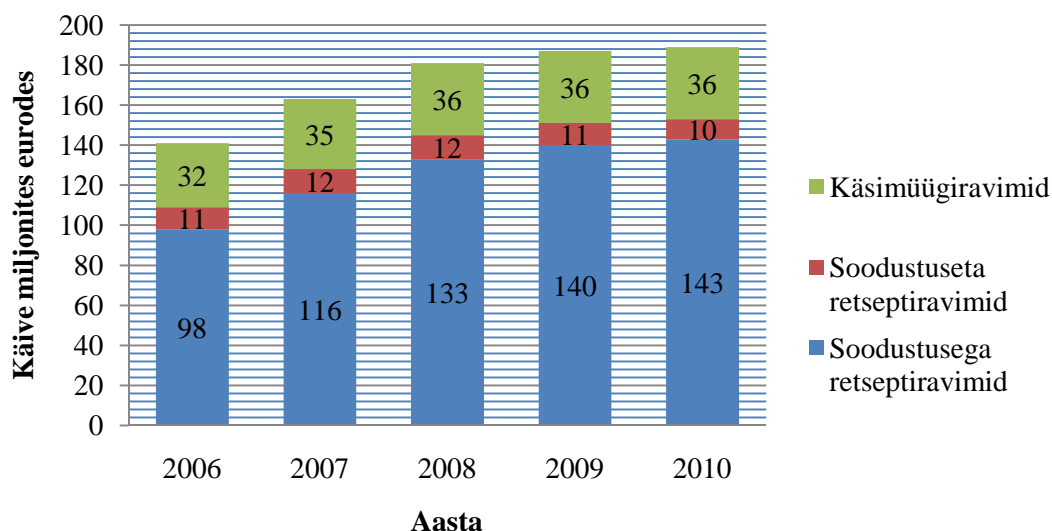
konkreetsse sihtgrupi (vanemad inimesed) ja ühe huvigrupi (perearstid) arvamused ja hinnangud. Samuti antakse hinnangud kampaaniale kasutades erinevaid hindamisinstrumente.

2. EESTI RAVIMIPOLIITIKA RAAMES ELLUVIIDUD KAMPAANIA „ERINEVUS ON RAVIMI HINNAS“ HINDAMINE

2.1 Eesti ravimiturk ning ravimipoliitika

Sarnaselt ülemaailmse ravimituruga on Eesti ravimiturk olnud viimastel aastatel kasvutendentsis. Ravimituru ülevaade kajastab ravimituru mahtu hulгимүүгihindades. Eesti ravimituru maht 2010. aastal hulгимүүги hindades oli 194 miljonit EUR, mis on 2,6% võrra suurem võrreldes 2009. aastaga. 2009. aastal toimunud 1,4% käibelangust on seostatud üldise majanduslanguse ja soodsamate ravimite kasutusele võtmisega. Käibest kõige suurem osa kulus kardiovaskulaarsüsteemi toimivate preparaatide ostmiseks (18%), millele järgnesid kasvavastased ja immunomoduleerivad ained (14,3%) ning seedekulglasse ja ainevahetusse toimivad ained (12,5%). (Ravimiamet 2011)

Üldapteekide käive koosneb 80% ulatuses ravimite ja 20% ulatuses muude kaupade käibest. Muude kaupade hulka kuuluvad apteegis müüdavad hügieenitarbed, põetusvahendid, meditsiiniseadmed, toidulisandid, loodustooted jm. Üldapteekide ravimite käibe võib suures osas jaotada käsimүүги- ning retseptiravimite käibeks. Kõige enam väljastatakse üldapteekidest inimesel kasutamiseks mõeldud ravimeid retseptide alusel. Retseptiravimite käibe võib omakorda jaotada soodustusega ja soodustuseta retseptide alusel väljastatud ravimite käibeks. Viimastel aastatel moodustavad soodusravimid üle 90% retseptiravimite käibest (vt joonis 5). Vaadates erinevate ravimite osakaalusid võib tõdeda, et käsimүүгирavimite ja soodustuseta retseptiravimite mahud on jäänud samale tasemele. Suurenenud on soodustusega retseptiravimite tarvitamine, mis viitab sellele, et patsient eelistab võimalusel soodustusega retseptiravimit.



Joonis 5. Käsimüügi- ja retseptiravimite käive üldapteekides aastatel 2006 – 2010 (Ravimiamet 2011)

Aptegid saavad oma ravimid hulgilaost. Ravimite hulгимüügiks loetakse ravimite sissevedu, hankimist, ladustamist, säilitamist, transportimist ja väljavedu eesmärgiga ravimeid hulgi müüa või muul viisil väljastada. 2011. aasta 1. jaanuari seisuga oli Eestis tegevusluba omavaid inimestel kasutatavate ravimite hulгимüüjaid 45. Viis suurima turuosaga hulгимüüjat katavad 90% turust (vt tabel 5).

Tabel 5. Enim ravimeid müünud hulгимüüjad ja nende osakaal ravimiturul.

Hulгимüüja	2006	2007	2008	2009	2010
Tamro Eesti OÜ	30,19%	31,00%	31,46%	30,18%	31,77%
Magnum Medical OÜ	26,65%	27,19%	29,34%	29,58%	30,71%
Aptekide Koostöö Hulгимüük OÜ	12,40%	12,37%	12,90%	16,22%	22,87%
Chirurgicus AS	1,23%	1,60%	2,47%	2,09%	2,80%
AS Oriola	6,72%	6,32%	5,64%	5,54%	2,17%
OÜ Nordic Pharma	11,64%	11,04%	10,59%	8,10%	

Allikas: Haigekassa kodulehekülj 2011

Alates 2011. aasta juulist peab hulгимüüja apteegile eelisjärjekorras pakkuma neid ravimeid, mille osas on riik ja ravimitootja sõlminud hinnakokkuleppe. Patsiendi jaoks tähendab see kõige soodsamate ravimite olemasolu apteegis. Varasemalt sellist

kokkuleppet polnud, mis tähendas, et hulгимүүija võis hinnakokkuleppega ravimi sissevõtmisest keelduda. (Määrusemuudatus... 2011)

Lõpptarbija seisukohalt on oluline nii apteekide kui hulгимүүijate tegevus, kuna ravimi lõpphind on mõjutatud mõlema tegevuse poolt. Seoses toimeainepõhise retsepti laialdase kasutamisega on apteegi roll patsiendi jaoks suurenenud. Apteekidest ostetavate ravimite hind kujuneb selliselt: ravimitootja määratud hind + hulгимүүigi juurdehindlus + apteegi juurdehindlus + käibemaks 9%. Apteegid jagunevad üldistatult kolmeks: hulгимүүija omandis olev apteek, hulгимүүijate koostööpartnerid ja eraapteegid. Peaaegu 50% hetkel tegutsevatest apteekidest jagunevad kahe suure hulгимүүijaketi vahel: Tamro ja Magnum. 75% kogu Eesti apteegiturust kuulub hulгимүүigikettidele. Hulгимүүigikettide leviku poolest on Eesti Euroopas kolmandal kohal (Island 83%, Norra 77%), järgnevad Läti 70% ja Leedu%, peale mida tuleb pikk tühimik. Enamikus riikides on hulгимүүija ja apteegi integratsioon keelatud või äärmiselt piiratud (Rozental 2010, Sarv 2010). Apteekide ketistumine tähendab aga pikas perspektiivis tarbijatele tootevaliku vähenemist, ning sunnib apteekreid tegutsema pigem hulгимүүijate majandushuve esmatähtsaks pidavalt kui patsiendi huvidest lähtuvalt. Ketti kuuluvas apteegis turustatakse reeglina ainult oma hulгилаost saadavaid ravimeid, mujalt tellimine ei ole ette nähtud. Kõige eelpool nimetatud tõttu on raske uuel hulгимүүijal turule tulla kuna tegutsevate hulгимүүijate turupositsioon on nii tugev, et uuel tulijal ei ole võimalustki. Ka eraapteegil ei ole suure hulгимүүija vastu võimalust. Eraapteeke on Eestis aasta aastalt järjest vähem ning enamus neist teeb koostööd mõne suurema ketiga, olles n-ö toetajaliikmed. Eraapteeke pole mõtet pidada kuna ei tasu majanduslikult ära, ravimite juurdehindlus on liialt väike. Peamised eraapteegid tegutsevad maapiirkondades ja väikelinnades.

Ravimikulud on pidevas kasvutendentsis, sest meditsiini areng tingib järjest efektiivsemate ravimeetodite kasutuselevõtmist, uute ja efektiivsete ravimite väljatöötamist, võimalust ravida raskeid haigusi, mida varem polnud võimalik ravida. Sellega seoses kaasneb ravimikulude pidev kasv kuna uued ja efektiivsemad ravimid ja ravimeetodid on enamasti kallimad, kuigi võimaldavad patsiendile paremat elukvaliteeti ja pikemat eluiga. Kallimad ravimid ja ravimeetodid on madalama sissetulekuga elanikkonnale raskesti kättesaadav, kuna ületavad nende ostuvõime. Riigil on seega

suur osa ja suur vastutus valikute tegemiseks, olemasolevate vahendite õiglaseks jaotamiseks. Riigi sekkumise eesmärgiks on tagada müüdavate ravimite kvaliteet, ohutus ning efektiivsus, lisaks on oluline tagada inimestele ravimite piisav kättesaadavus ning seda kõike võimalikult soodsa hinna eest, kusjuures silmas peetakse nii riigi kui ka patsiendi poolt tehtavaid kulutusi.

Ravimiameti peadirektori asetäitja Alar Irs on seisukohal, et ravimeid ei saa vaadata ainult kuluallikana, sest tegelikult on ravikulutused olulised investeeringud inimese paremasse tervisse. Tihtipeale nähakse ainult kulutusi kuid ei mõelda sellele, et tänu ravimitele on võimalik palju kroonilisi haigusi käsitleda ambulatoorselt ja hoida kompensatsioon, selle asemel et teostada kalleid operatsioone ja kasutada kulukat haiglaravi. A. Irsi arvates tuleks tähelepanu pöörata mitte sellele kuidas ravimikuludid kokkuhoida vaid kuidas ravimeid tulemuslikult kasutada (Sinisalu 2011: 46-47). Ravimite kasutamine haiguse varajases faasis aitab vältida kulukate tüsistuste teket ja tihtipeale ennetada tõsisema haiguse teket. Kaudset majanduslikku efekti lisaks töövõime paranemisele võime näha ka haigushüvitiste vähenemises, elukvaliteedi paranemises ja üldiste sotsiaalsete probleemide vähenemises. Sellest tulenevalt on oluline tagada kõikidele elanikkonna gruppidele ravimite kättesaadavus.

Retseptiravimeid Eestis võib tinglikult jagada kaheks: soodusravimid ja ilma soodustusega ravimid. Ravimite soodustamine ehk ravimite eest täielik või osaline tasumine riiklikest vahenditest on üks meetmetest ravimite kättesaadavuse tagamisel. Soodustusmäärad jagunevad järgnevalt (Haigekassa kodulehekülj 2011):

- Soodustus 100% – patsient tasub omaosaluse 1,27 eurot ja piirhinda või hinnakokkuleppehinda ületava summa. Haigekassa hüvitab piirhinna või hinnakokkuleppehinna ja patsiendi omaosaluse vahe 100%;
- Soodustus 90% – patsient tasub omaosaluse 1,27 eurot, 10% piirhinna või hinnakokkuleppehinna ja patsiendi omaosaluse vahelisest summast ja piirhinda või hinnakokkuleppehinda ületava summa. Haigekassa hüvitab 90% piirhinna või hinnakokkuleppehinna ja patsiendi omaosaluse vahelisest summast. Vt hinna kujunemist patsiendile lk 56;
- Soodustus 75% – patsient tasub omaosaluse 1,27 eurot, 25% piirhinna või hinnakokkuleppehinna ja patsiendi omaosaluse vahelisest summast ja piirhinda

või hinnakokkuleppehinda ületava summa. Haigekassa hüvitab 75% piirhinna või hinnakokkuleppehinna ja patsiendi omaosaluse vahelisest summast;

- Soodustus 50% – patsient tasub omaosaluse 3,19 eurot ja Haigekassa soodustust ületava osa. Haigekassa hüvitab 50% piirhinna või hinnakokkuleppehinna või jaehinna ja patsiendi omaosaluse vahelisest summast, aga mitte üle 12,78 euro retsepti kohta.

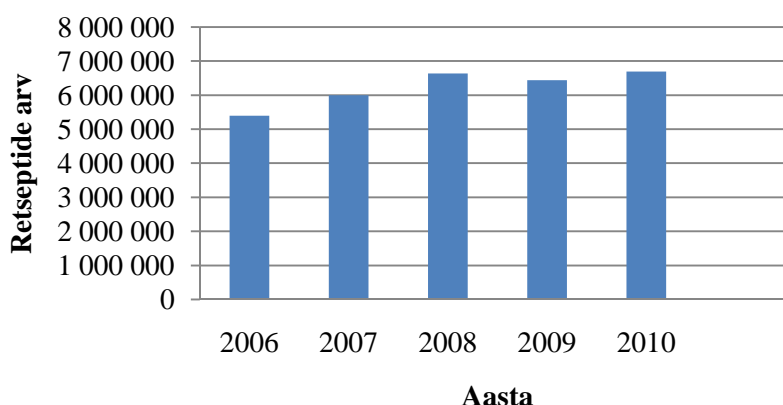
Soodusravimite loetelu muudetakse regulaarselt kord kvartalis (1. jaanuaril, 1. aprillil, 1. juulil ja 1. oktoobril), samaaegselt piirhindade muutmisega. Kõigile soodusravimite loetellu kantud ravimitele kehtib 50% soodusmäär. Raskete ja/või krooniliste haiguste raviks vajalikel peamistel ravimitel on kõrgem soodusmäär – 75% või 100%, sõltuvalt haigusest (Sotsiaalministeerium 2011). Alla 4-aastaste laste puhul rakendatakse ravimite loetellu kantud ravimitele soodustuse protsenti 100 (Haigekassa 2011). Ravimid, millel soodustust ei ole, on ilma soodustusest ravimid ja müüakse apteekides täishinnaga.

Ravimisektori tegevus on Eestis reguleeritud ravimiseaduse ja ravikindlustus seadusega. Ravimite käitlemist, väljakirjutamist, müügilubade väljaandmist, kliinilisi uuringuid ja reklaami ning ravimialast järelevalvet ja vastutust eesmärgiga tagada Eestis kasutusel olevate ravimite ohutus, kvaliteet ja efektiivsus ning edendada nende sihipärasest kasutamist reguleerib Ravimiseadus (§ 1). Vastavalt teooriaosas toodule on üks ravimite tarvitamist mõjutav faktor ravimipoliika. Ravimipoliitikat aitavad Eestis elluviia erinevad institutsioonid. Peamised huvigrupid ravimisektoris on Sotsiaalministeerium, Raviamet ja Eesti Haigekassa. Sotsiaalministeerium vastutab strateegilise planeerimise eest ravimite vallas, hinnakujunduse ja hüvitamisotsuste eest. Raviamet vastutab kogu farmaatsiaalase tegevuse eest, näiteks müügilubade, ravimipreparaatide klassifitseerimise, ravimiohutuse järelevalve, meditsiiniseadmete ja veterinaartoodete kontrollimise eest. Eesti Haigekassa vastutab ravimite hüvitamise eest ja nõustab Sotsiaalministeeriumi ravimite hüvitamise protsessis (Koppel...2008: 228). Raviamet kuulub Sotsiaalministeeriumi haldusalasse. Seega mõjutavad nimetatud instantsid ravimite Eesti turule jõudmist ja kättesaadavust patsiendi jaoks.

Retseptiravimeid tarvitas 2010. aastal 63% Eesti inimestest, 72% kõigist ostjatest olid üle 50-aastased. Ühe kindlustatu kohta kulutatakse aastas nii retsepti- kui käsimüügiravimitele kokku 73,50 eurot ehk 6,14 eurot kuus. Enam kulutati

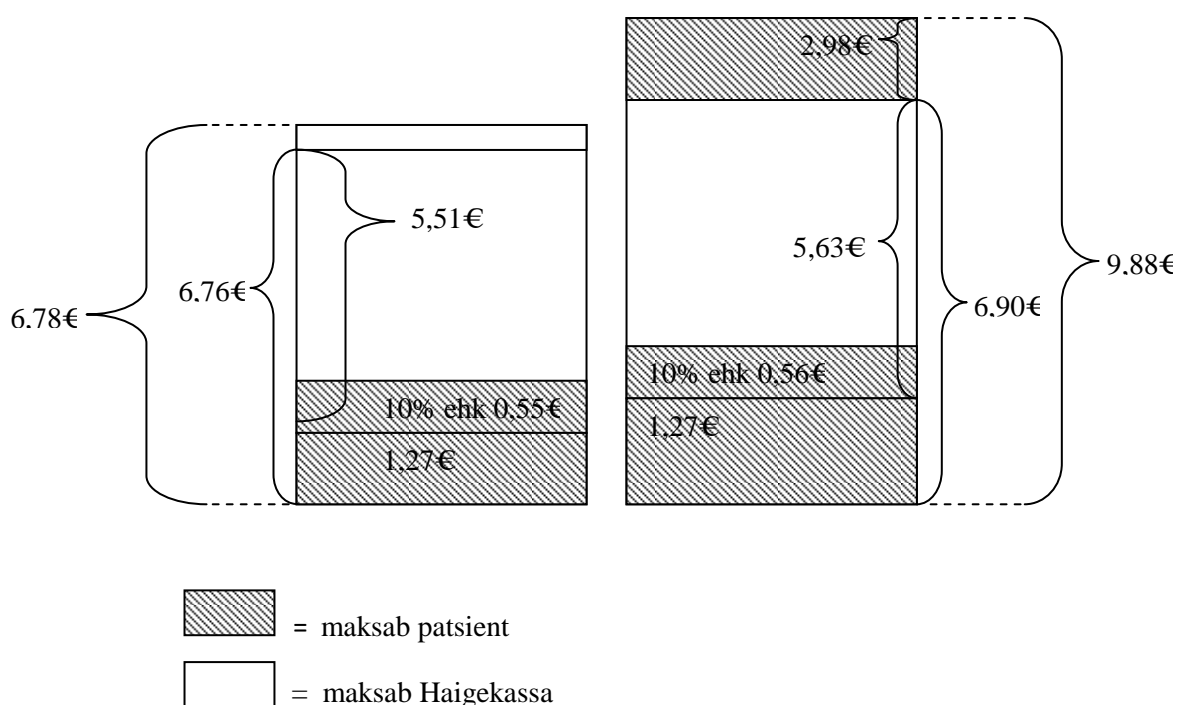
käsimüügiravimitele 3,90 eurot kuus, retseptiravimitele oli kulutus kuus keskmiselt 2,24 eurot. Patsiendi keskmine omaosalus ravimite väljaostmisel on jätkuvalt probleem, mis mõjutab negatiivselt ravimite kättesaadavust eelkõige madalama sissetulekuga patsientidel. Ravimikulutused ja omaosaluse suurus ei näita iseenesest otsest ravimiabi kvaliteeti kuid on siiski üldtunnustatud indikaator. Krooniliste haiguste puhul (nt hüpertoonia, diabeet, osteoporoos jne) on näidatud, et kui ravi ei ole järjepidev, on ravist saadav kasu vähene või puudub hoopis. (Eesti Haigekassa majandusaasta... 2010: 55 -56)

Aastal 2007 oli patsiendi omaosalus soodusravimi maksumusest 25%, aastal 2008 aga ligi 38,5%. 2011. aasta esimeses kvartalis oli omaosalus 35,6%, mis näitab väikest langustendentsi (Kungla 2011: 4). Samas on kasvanud inimeste hulk, kes kasutasid ravimeid krooniliste ja raskekujuliste haiguste raviks, samuti suurenes ühe inimese kohta aasta jooksul ostetud soodusretseptide arv (joonis 6). Seega ostsid inimesed 2010. aastal rohkem soodusravimeid kui aasta eest, tasusid aga üldsummas vähem. Retseptiravimite kõrge patsiendi omaosalus on jätkuv probleem, millele püütakse lahendust leida nii erinevate teavituskampaaniate kui suurema kontrolliga arstide ja apteekide tegevuse üle. Aasta 2010 septembris alustas Haigekassa jõulist teavituskampaaniat „Erinevus on ravimi hinnas,“ mille eesmärgiks on vähendada patsiendi omaosalust retseptiravimi ostmisel valides apteegist soodsama analoogravimi (vt lähemalt allpool) (Haigekassa 2011).



Joonis 6. Soodusretseptide arv (tk) Eestis aastatel 2006 – 2010 (Haigekassa 2011)

Patsiendi ja Haigekassa panust ravimi maksumuses väljendab joonis 6, kus on välja toodud diabeedi ravimi toimeainega gliklasiid originaalravimi Diaprel MR 30mg N60 ja geneerilise ravimi Gliclada Modif 30mg N60 erinevus 90% soodustuse korral. Originaalravimi hind on 9,88 eurot ja piirhind, mille tasub riik, 6,90 eurot. Geneerilise ravimi hind on 6,76 mis jääb alla piirhinna, mistõttu antud ravimi piirhind 6,78 eurot. Jooniselt 7 on näha patsiendi omaosaluse kujunemine, kus on näha, et üle piirhinna maksva ravimi korral tuleb patsiendil oma taskust rohkem maksta. Ravimi hinna kujunemine on antud töö raames oluline, et mõista miks patsiendid võiksid geneerilisi ravimeid tarvitada ning kust täpselt tuleb nende jaoks rahaline võit.



Joonis 7. Patsiendi ja Haigekassa osa diabeedi ravimi, toimeainega gliklasiid, originaalravimi ja geneerilise ravimi hinna kujunemises aastal 2011 (andmed Raviminfo; autori koostatud).

Omaosaluse suurt protsenti mõjutavad oluliselt 50% soodustusega ravimid, kus varasemalt polnud hinnakokkuleppeid. 2011. aasta I kvartalis kirjutati 50% soodustusega 807 102 ravimi retsepti, mis on pool kõigist aasta alguses määratud ravimitest (Kungla 2011: 4). Alates 2011. aastast sõlmitakse ka 50% soodustusega ravimitega hinnakokkulepped, mis vähendavad samuti patsiendi omaosalust. Lisaks on Ravimitootjate Liit teinud ettepaneku kaotada 50% soodustusega ravimitelt hüvitamise ülempiir 12,78 eurot, mis vähendaks patsiendi jaoks ravimi hinda (Ravimitootjate Liit

2011). Muudatuste tulemusena väheneks patsientide omaosalus ligikaudu 22% ning puudutakse see 240 ravimit 1531-st (Kungla 2011: 4). Lisaks eelpool mainitule teeb Haigekassa juba üle kahe aasta aktiivset teavitustööd arstidele ja apteekritele, et suurendada toimeainepõhiste retseptide hulka, mis omakorda võimaldab patsiendil apteegist odavamalt analoogravimit küsida. 2011. aasta alguse seisuga kirjutatakse ca 70% retseptidest preparaadipõhiselt (Haigekassa kodulehekülg 2011). Samuti on suurenenud Ravimiameti poolne kontroll apteekidele, et tagada soodsaima ravimi olemasolu apteegis.

Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi koostöös igal aastal korraldatav uuring „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile“ 2010. aasta uuringutulemuste kohaselt peab 81% küsitletutest oluliseks, et retseptiravimi ostmisel oleks võimalus valida endale sobivaima hinnaga ravim. Sama uuringu kohaselt on seda teha saanud ainult 38% patsientidest. Võrreldes aastatega 2007 – 2008 on viimastel aastatel sobiva hinnaga ravimi valimisvõimalus muutunud olulisemaks. Ootuspäraselt peavad sobiva hinnaga ravimi valimisvõimalust olulisemaks need, kel on sissetulek ühe pereliikme kohta madalam, eriti ilmneb see alla 192 euro jääva sissetuleku puhul. (Elanike hinnang...2010: 60)

Üheks võimaluseks informeerida avalikkust ratsionaalsest ravimikasutusest on kasutada erinevaid kommunikatsioonimeetodeid. Ravimite reklaamimine Eestis sarnaneb rohkem Euroopale kui USA mudelile. Eestis on ravimitootjatel võimalik reklaamida oma tooteid ravimite väljakirjutamisõigusega isikutele ehk arstidele, proviisoritele ja farmatseutidele. Retseptiravimite reklaam üldsusele on Eestis keelatud. Käsimüügiravimite reklaamimine on rangelt reguleeritud Ravimiseaduse 4. peatükiga, mis on viidud kooskõlla vastavate EL direktiividega (Ravimiseadus 2011). Lõpptarbijale ehk patsiendile on võimalik korraldada sotsiaalse suunitlusega reklaame, mille eesmärgiks on nende teadlikkuse tõstmine ning seeläbi vajadusel käitumise muutmine. Teadlikkuse suurendamiseks ja patsiendi omaosaluse vähendamiseks alustas Haigekassa 2010. aasta septembris sotsiaalkampaniat „Erinevus on ravimi hinnas,“ mille eesmärgid olid alljärgivad (Haigekassa kodulehekülg 2011):

- teavitada patsienti, et tihti on võimalik valida toimelt ja kvaliteedilt samaväärsete kuid erineva hinnaga ravimite vahel;

- julgustada patsienti küsima endale soodsaimat alternatiivi nii arstivisiidil kui apteegist ravimit ostes;
- vähendada inimese omaosalust ravimite ostmisel tulenevalt sellest, et tema teadlikkus valikuvõimalustest paraneb ning seeläbi tehakse ratsionaalsemaid valikuid.

Nimetatud kampaania eesmärgi aitab täita Sotsiaalministri 18.02.2005 määrus nr 30, mis sätestab, et arst kirjutab retseptile vajaliku toimeaine, mitte konkreetse ravimi kaubanime (nn toimeainepõhine retsept). Ravimi kaubanime ehk brändi nime võib arst retseptile kirjutada erandina väga konkreetse meditsiinilise põhjenduse olemasolul. Arst on sellisel juhul kohustatud patsiendile selgitama, miks ta peab vajalikuks, et patsient kasutaks just konkreetse tootja ravimit. Kui arst on kirjutanud retseptile kindla kaubanime, siis ei tohi apteeker seda teise samaväärse ravimipreparaadiga asendada. (Määrusemuudatus... 2011)

Lisaks toetab Sotsiaalministri 26.02.2010 määrus nr 12, mis sätestab, et kui ravimi väljakirjutamisel on kasutatud ravimi toimeaine nimetust, peab ravimi väljastaja pakkuma patsiendile sobivate ravimite hulgast ravimipreparaati, mille puhul on patsiendi omaosalus ravimi eest tasumisel vähim. Kui retsepti esitaja keeldub soodsaima ravimipreparaadi ostmisest või ei ole temale soodsaim ravimipreparaat hulgimüügist saadaval, märgib ravimi väljastaja vastava põhjenduse retseptile. (*Ibid*) Kampaania korraldamisel toetuti järgnevatele faktidele Eesti inimeste ravimi tarbimisest (Haigekassa kodulehekülg 2011):

- Hüpertensiooni ehk kõrgvererõhutõve ravimite korral kirjutavad arstid toimeainepõhise retsepti ainult pooltel juhtudel. Pooltel juhtudel kirjutatakse patsiendile kaubanimega retsept. Tulemuseks on, et ainult ca 10% juhtudel ostab patsient apteegist kõige soodsama ravimi;
- Hüpertensiooni ravimiseks kasutatavate retseptiravimite eest tasus Haigekassa patsientide eest 2008. aastal ligi 12,8 miljonit eurot. Sellele lisaks tasusid patsiendid veel 10,2 miljonit eurot. Juhul kui patsiendid oleksid alati valinud enda jaoks soodsaima ravimi oleks nad võinud säästa arvestuslikult ca 5,1 miljonit eurot;

- Hüpertensiooniravimite ostmisel ei ületa kõige odavamate pakendite müük reeglina 15% kõikidest müüdüd pakenditest. Mõnede toimeainete korral on kõige odavamate pakendite kasutus alla 5%;
- Hüpertensiooni korral on enimkasutatud toimeaine metoprolol (ca 100 000 kasutajat). Patsient maksab retsepti eest keskmiselt 7,48 eurot. Kui inimene kasutaks kõige soodsamat ravimpreparaati, siis oleks tema omaosalus sõltuvalt soodusmäärast (75% või 90%) ja kasutatavast annusest (25-200mg) vahemikus 1,47–7,61 eurot retsepti kohta.

Kampaania oli peamiselt suunatud täiskasvanutele alates 40. eluaastast ja toimus 2010. aasta sügisel ja 2011. aasta kevadel. Kampaania jätkus 2011. aasta sügisel. Sõnumi edastamiseks kasutati erinevaid kanaleid. Reklaamklipid televisioonis ja raadios, flaierid perearstikeskustes ja apteekides, plakatid linnapildis, reklaamid ajalehtedes ja ajakirjades ning internetis erinevate meediaväljaannete kodulehekülgedel. Samuti korraldati infopäevi läbi erinevate patsientide organisatsioonide ning toimusid kõrvaltegevused, mille eesmärgiks on tervishoiutöötajate ja apteekide julgustamine taskukohasemate geneeriliste alternatiivide soovitamiseks patsientidele. (Tervise edendamise...2011: 9 - 10)

Töö kirjutamise hetkel on kampaania algusest möödunud üks aasta ja esmane tulemuste hindamine on toimunud. Esmase hindamise eesmärgiks oli märgatavuse hindamine. Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa poolt tellitud uuringus küsiti vastajate käest, et kas nad on viimase 12 kuu jooksul märganud meedias kampaaniat „Erinevus on ravimi hinnas.“ Uuring teostati 12-29. oktoobril 2010. aastal, mille käigus küsitleti juhuvalimi meetodil 1545 inimest vanuses 15-74 eluaastat. Antud kampaaniat oli pannud tähele 39%, sihtrühmas (40–59 a) 41% vastajaist. Reklaami märganuid on keskmisest enam 20-49-aastaste, naiste, eestlaste ning Tallinnas või Lõuna-Eestis elavate vastajate seas. Enim on reklaam silma jäänud televisioonist (54% reklaami märganuist nimetab ühe allikana televisiooni) ja välimeediast (48%). Sagedamini mainitakse veel apteeki (17%), ajalehti ja ajakirju (10%), interneti (10%) ning perearstikeskust (8%). (Elanike hinnang...2010: 61)

Märgatavust mõõdeti vahetulemusena 2010. aasta oktoobris toimunud elanikkonna rahulolu-uuringu raames, mõlemad kampaaniad ei olnud selleks ajaks veel lõppenud, need jätkusid ka 2011. aastal. Eesmärk 75% oli püstitatud lõppeesmärgina, mida on võimalik rahulolu-uuringuga mõõta 2012. aastal. Kampaania õnnestumisel ei eelda Haigekassa riigi ravimikulude otsesest vähenemist, kuna ravikindlustus on ebaratsionaalsete valikute korral tekkivate ebamõistlike kulutuste eest kaitstud. Küll aga võimaldab teadlikkuse kasv säästa raha ravimeid kasutavatel inimestel endil. Mõistlikust ravimikasutusest võidab ühiskond tervikuna – inimese ravi järjepidevus üldjuhul paraneb, kui tema kulutused ravimitele on taskukohased, seeläbi on haigus paremini ohjatud, tekib vähem tüsistusi ja väheneb haiglaravi vajadus, inimene on produktiivsem ning ühiskond tervem. (Tervise edendamise...2011: 10 – 11)

Lähtudes teooria osas käsitletud hindamistüüpidest ja erinevatest indikaatoritest võib näha, et antud kampaania puhul on kasutatud peamiselt protsessi ja tulemuste hindamist. Eelkõige hinnati patsientide teadlikkust kampaaniast erinevate vanusegruppide ja linnade lõikes ning erinevate meediakanalite kättesaadavust. Autorile teadaolevalt ei teostatud enne kampaania algust küsitlust, et selgitada välja patsientide teadlikkus antud teemast. Samuti pole praeguseks uuritud erinevate kampaania elementide kättesaadavust ja vajalikkust (nt flaiereid) ning muutust tarbimiskäitumises. Muutust käitumises saab küll analüüsida kampaania lõpus, kuid tehes seda praegu oleks võimalik vajadusel midagi muuta.

Peatükis 1.1 (lk 19) toodi välja, et sotsiaalkampaania üks hindamiskriteeriume on märgatavuse hindamine. Sotsiaalkampaania puhul võib öelda, et mida rohkem inimesi seda märkab, seda tõenäolisemalt jõuab sõnum adreessadini. Lisaks sihtgrupi märgatavusele saab järeelmõju uuringutega hinnata reklaamkanalite seotust märgatavusega. Antud uuringu tulemustest selgus, et kõige paremini oli kampaania märgatav televisioonis, millele järgnes kohe välimeedia. Vähem efektiivsemad meediakanalid olid internet ja erinevad trükimeedia väljaanded. Mõnevõrra üllatuslikult oli kampaania halvasti märgatav perearstikeskustes ja apteekides. Nii perearstikeskustes kui apteekides oli kogu kampaania perioodi vältel silmatorkavalt palju flaiereid, millega patsiendid tutvuda said.

Uuringu tulemus tõi välja, et kampaania üldine märgatavus oli 39%. Kampaaniat on keskmiselt paremini märganud naised vanuses 20 – 49 aastat, mis autori arvates tekitab küsimuse, et kui palju sellises vanuses ravimeid üldse võetakse? Kas kampaania poleks mitte pidanud olema suunatud eakamale patsientuurile, kuna nemad on reaalselt need, kes krooniliste haiguste tõttu vajavad mitmeid erinevaid ravimeid päevas. Samuti on patsient, kes võtab mitut erinevat ravimit reeglina hinnatundlikum, kui patsient kes võtab ainult ühte ravimit. Sellest lähtuvalt otsustas autor ise läbiviia ankeetküsitluse.

Kokkuvõtteks on ravimiturg Eestis sarnaselt muu maailmaga väikses kasvutrendis. Võrreldes paljude muude valdkondadega tagab ravimite müügi suurenemise vananev elanikkond ja erinevad n-ö kaasaegsed haigused, nagu diabeet, hüpertoonia, osteoporoos jne. Lisaks on turule jõudnud innovatiivsed ja kallid ravimid, mida varasematel aastatel polnud saada. Ravimite suurenenud kasutamist näitab ka kasvav soodusretseptide arv. Kroonilised haiged, kes igapäevaselt vajavad mitmeid erinevaid ravimeid kulutavad igakuiselt ravimitele ebaratsionaalselt palju. Suured kulud ravimitele on tingitud tihti peale teadmatuses, et sama ravimit saaks mitmeid kordi odavamalt osta. Sellest lähtuvalt on ka ravimipoliitika eesmärgiks tagada kõigile vajalike ravimite kättesaadavus ja mõistlik ravimite hinnapoliitika. Viimaste aastate pingutused, näiteks piirhindade kehtestamine, hinnakokkulepped, toimeainepõhine retsept, soodsaima ravimi pakkumine apteegis ja sotsiaalkampaania „Erinevus on ravimi hinnas,“ on viinud patsiendi omaosaluse mõningase vähenemiseni. Kuid võrreldes mitmete teiste arenenud Euroopa Liidu riikidega on Eestis patsiendi kulutused ravimitele ikkagi kõrged. Patsientide informeerimiseks ja teadlikkuse tõstmiseks algatati 2010. aasta septembris sotsiaalkampaania „Erinevus on ravimi hinnas,“ mille eesmärgiks on teadustada patsiente soodsamate ravimite olemasolust. Nimetatud kampaania lõpptulemusi on Haigekassa hinnangul võimalik hinnata 2012. aastal.

2.2 Sotsiaalkampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ tulemused

Retseptiravimite valdkonnas on „Erinevus on ravimi hinnas“ esimene suurem kampaania, mille eesmärgiks on propageerida ratsionaalset ravimikasutust. Varasemalt selliseid kampaaniaid pole korraldatud, mistõttu pole antud kampaaniat võimalik teistega võrrelda. Erinevate riikide tervishoiusüsteemid ei ole alati üheselt võrreldavad

ning seetõttu sarnaste kampaaniate tegevusi ja eeldatavat mõju tulebki hinnata konkreetse riigi kontekstis.

Autori eesmärk oli ankeetküsitluse raames uurida kampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ märgatavust ja mõju ostukäitumisele eelkõige vanemate patsientide seas. Vanemate patsientidena määratleb autor patsiendid, kel vanust rohkem kui 60. eluaastat. Saadud tulemusi võrreldakse Haigekassa poolt tellitud uuringu tulemustega, et teha järeldusi kampaania mõjust patsiendi retseptiravimite ostukäitumisele.

Retseptiravimite kasutajate arv kasvab paralleelselt vanuse suurenemise ja tervise enesehinnangu halvenemisega. „Terviseuuringu 2006“ andmetel kasutavad pooled Eesti inimesed, kel vanust üle 65. eluaasta vähemalt kahte retseptiravimit. Kolme retseptiravimit kasutab ca 13% ja nelja või enam retseptiravimit 11% üle 65-aastastest elanikest. 26% vanusegrupist ei kasuta ühtegi retseptiravimit. Võrdluses 50-64. aastaste vanusegrupis ei tarvitanud ühtegi ravimit 42% ja 35-49. aastaste vanusegrupis koguni 65% vastanuist. Seega võib järeldada, et peamised ravimite tarvitajad on ikkagi eakamad inimesed. Samuti kasutavad eakamad inimesed tihti peale polüfarmakoloogiat tihedamini kui nooremad inimesed. Naiste seas on retseptiravimite kasutajaid igas vanusegrupis rohkem kui mehi. (Kiiwet 2008: 92 – 94) Teooriaosas toodud Al-Windi (2000: 312) andmeil kasutab üle 75% 65- aastaste ja vanemate seas retseptiravimeid. Lähtudes nimetatud statistikast on järgneva küsitluse sihtgrupp ennekõike vanemad patsiendid.

Töö eesmärgi täitmiseks koostati kaks erinevat ankeetküsitlust. Peamine oli patsientidele suunatud küsitlus (vt Lisa 2), mis hõlmas ravimite tarvitamisega ja kampaaniaga seotuid küsimusi (vt tabel 7 allpool). Teine, toetav ankeetküsitlus, oli suunatud perearstidele (vt Lisa 3), mis hõlmas küsimusi originaalravimite ja geneeriliste ravimite ning kampaania kohta (vt tabel 6 allpool). Perearsti ankeedi eesmärk oli küsida arstide hinnangut oma patsientide käitumisele retseptiravimite valimisel.

Arstide arvamust küsiti põhjusel, et töö esimeses osas toodi välja et tervishoiudu puudutavate kampaaniate puhul on oluline kaasata olulisi huvigruppe. Antud kampaanias polnud küll arstid otseselt kaasatud aga autori arvates oli oluline nende arvamust küsida. Perearstid valiti põhjusel, et nemad tunnevad oma patsiente ja nende

käitumist kõige paremini. Eriarsti patsientide puhul ei saa välja tuua käitumise muudatust, sest eriarst näeb patsienti tihtipeale ainult korra. Perearst kohtub patsiendiga, eriti krooniliselt haige patsiendiga sagedamini, mis annab võimaluse hinnata käitumise muutumist ajas.

Tabel 6. Perearsti ankeedi küsimuste jagunemine (autori koostatud).

PEREARSTI ANKEET	
Küsimused ravimite kohta (1-3; 9)	Küsimused kampaania kohta (4-8)
1. Kas Te üldiselt teate, milliseid ravimeid (originaalravimit või geneerilist ravimit) Teie patsiendid tarvitavad?	4. Kas peale kampaaniat kasvas patientide huvi geneeriliste ravimite vastu?
2. Millised faktorid mõjutavad Teie arvates patsiente retseptiravimi valikul kõige rohkem?	5. Kas patsiendid soovisid peale kampaania algust teha rohkem muudatusi oma ravimi valikus?
3. Kas Teie arvates olid patsiendid enne kampaania algust teadlikud originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest?	6. Kas patsientide informeerimine reklaamkampaania vormis on Teie arvates vajalik?
9. Millised patsiendid tunnevad kõige rohkem huvi geneeriliste ravimite vastu?	7. Teie hinnang kampaaniale?
	8. Kuidas mõjutas kampaania Teie igapäevatööd?

Tabel 7. Patsiendi ankeedi küsimuste jagunemine (autori koostatud).

PATSIENDI ANKEET	
Küsimused ravimite tarvitamise kohta (1-4)	Küsimused kampaania kohta (5-8)
1. Kas tarvitate retseptiravimeid igapäevaselt? 2. Kas tarvitate igapäevaselt... ravimit päevas? 3. Millised faktorid mõjutavad Teid retseptiravimi valikul kõige rohkem? 4. Kas Te teate, mille poolest erineb originaalravim geneerilisest ravimist?	5. Kas märkasite 2010 aasta sügisel ja 2011 aasta kevadel kampaaniat "Erinevus on ravimi hinnas?" 6. Kus märkasite kampaaniat "Erinevus on ravimi hinnas?" 7. Kas teadsite enne kampaania algust, mis on originaalravim ja, mis on geneeriline ravim? 8. Kas kampaania muutis Teie ravimite tarbimisharjumusi?
Demograafia (9-11)	
9. Sugu 10. Vanus 11. Kus Te elate?	

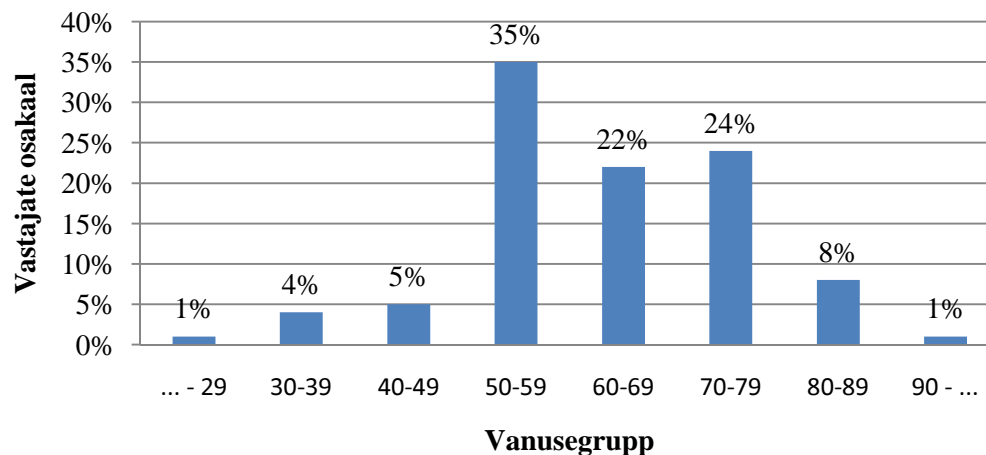
Mõlemad ankeetküsitlused viidi läbi 2011. aasta oktoobri viimasel ja novembri kahel esimesel nädalal. Perearste küsitles kas autor või tema kolleegid isiklikult. Patsiente küsitles, kas autor isiklikult või andis ankeedid perearstide õdedele, kes jagasid need oma patsientidele ajal, mil nad ootasid perearsti vastuvõttu. Andmeid analüüsiti

Microsoft Office Exceli ja statistikatarkvara paketi SPSS 17.0 programmidega. Peamiselt on töös kasutatud Pearsoni hii-ruut statistikut (*Pearsoni Chi-square*), et näidata, kas kahe kategoorilise tunnuse vahel esineb mingi süstemaatiline seos või on seos juhuslik. Kuid arvestades valimi suurusega ($n = 153$) peab olema tulemuste tõlgendamisel ettevaatlik. Antud test on kohandatud kasutamiseks pigem suuremate valimite jaoks.

Tagamaks küsitlusega parimat esindatust vastasid küsimustikele inimesed erinevatest Eestimaa piirkondadest. Kõige rohkem vastanuid on Lõuna-Eesti erinevatest maakondadest (Tartumaa, Viljandimaa, Põlvamaa, Võrumaa, Valgamaa) ning Tallinnast ja Harjumaalt. Esindatud ei ole Hiiumaa, Saaremaa, Läänemaa ja Ida-Virumaa arvamust. Kuid arvestades vastajate vähesust ei pidanud autor vajalikuks andmeid maakondade kaupa analüüsida. Eraldi on välja toodud vastaja elukoht lähtudes asula suurusest. Põhjuseks siinkohal eeldus, et suuremates linnades, nagu Tartu, Tallinn, Pärnu, Narva, Kohtla-Järve, on kampaania paremini märgatav.

Perearstide seas oli vastanuid peaaegu kõigist Eesti maakondadest. Ainukesena puuduvad Hiiumaa ja Saaremaa perearstide arvamused. Sarnaselt patsiendi küsitlusankeediga on ka perearsti küsitlusankeedile vastajaid kõige rohkem Lõuna-Eestist (Tartumaa, Viljandimaa, Põlvamaa, Võrumaa, Valgamaa, Jõgevamaa) ning Tallinnast ja Harjumaalt. Vastanud arstide seas on nii linnas kui maapiirkonnas praktiseerivaid arste. Kuna maapiirkondades on reeglina ainult üks arst, siis pidas autor arvamuse anonüümsuse seisukohalt oluliseks arsti töökohta mitte küsida. Sellisel juhul on kõigile vastajatele anonüümsus ja võrdsus tagatud.

Patsiendi küsitlusele vastanuid oli kokku 153 inimest, kellest naisi oli 111 (72,5%) ja mehi 42 (27,5%). Vanuseline jaotumine on ära toodud joonisel 8. Keskmine vanus oli 62 eluaastat. Noorim vastaja oli 28 aastane ja vanim 93 aastane. Kõige rohkem vastajaid kuulus vanusegruppi 50 – 59 eluaastat. Autori eesmärgiks oli küsitleda pigem eakamaid patsiente, mis sai ka täidetud. Vanuse vahemikus 50 – 79 eluaastat oli 81% vastanuist.



Joonis 8. Patsiendi küsitlusele vastanute vanuseline jaotumine (autori koostatud)

Seoses piiratud valimi mahuga ei olnud otstarbekas teha analüüsi erinevate maakondade lõikes. Seetõttu otsustas autor analüüsida eraldi väiksemaid asulaid, elanike arvuga alla 5000 elaniku, asulaid elanike arvuga 5000 – 40 000 elanikku ja linnasid üle 40 000 elanikuga. Üle 40 000 elanikuga linnasid on Eestis viis: Tallinn, Tartu, Narva, Pärnu ja Kohtla-Järve. Autori eeldus seoses n-ö suurte linnadega oli, et nendes on kampaania linnapildis paremini märgatav (plakatid bussipaviljonides ja suured reklaamid reklaampostidel, kaubanduskeskustes). Väiksemates linnades, nagu Valga, Viljandi, Võru, Rakvere, Paide, oli reklaame linnatänavatel tunduvalt vähem. Asulates alla 5000 elaniku puudusid need täielikult. Vastajate jaotus erinevate asulate vahel on välja toodud tabelis 8.

Tabel 8. Patsiendi ankeetküsitlusele vastanute jaotumine erinevate asulatüüpide vahel (autori koostatud)

Asulas elanike arv	Vastajaid kokku	Vastajate osakaal (%)
Vähem kui 5000	65	43%
5000 - 40 000	28	18%
Rohkem kui 40 000	60	39%
Kokku	153	100%

Kõik küsitlusele vastanud olid retseptiravimite tarvitajad. Nimetatud kriteeriumi täitmise tagas ankeedi esimene küsimus. Analüüsi kaasati kõik need ankeedid, millel esimesele küsimusele vastati jaatavalt. Keskmiselt tarvitati 2,5 erinevat ravimit päevas.

Vastavalt ravimite arvule päevas jagunesid vastajad nelja erinevasse gruppi. Ühte ravimit tarvitas 39 (26%), kahte ravimit 42 (27%), kolme ravimit 29 (19%) ja rohkem kui kolme ravimit 43 (28%) vastanud patsientidest. Naiste keskmine ravimite arv päevas oli 2,48 ja meeste 2,52. Statistilist erinevust naiste ja meeste ravimite tarvitamises ei leitud. Järgnevalt on välja toodud küsitluse peamised tulemused küsimuste kaupa.

Üks autori eeldusi oli, et erinevate ravimite arvuga gruppide vahel mõjutavad retseptiravimite tarvitamist erinevad faktorid (vt tabel 9). Analüüsi tulemuseks oli, et kõikides gruppides oli kõige olulisemaks faktoriks „arsti soovitus“ millele järgnes „ravimi hind.“ Pearsoni hii-ruut statistiku kohaselt ei esinenud seost 95%-lise usaldusnivoo juures. Seega ei saa väita, et mõnes grupis on mõni mõjufaktor olulisem kui teises grupis. Kõige olulisemaks peeti „arsti soovitus“ ühte ravimit tarvitavas grupis, kus 29 (74%) vastanuist pidas seda kõige olulisemaks. Kahte ravimit tarvitavas grupis arvati sama 25 (60%) korral, kolme ravimit tarvitavas grupis 19 (66%) ning kolme ja enam ravimit tarvitavas grupis 22 (51%) juhul. Hind oli samuti ootuspäraselt kõrgel kohal. Kõige olulisemaks pidasid hinda need vastajad, kes tarvitasid kolme või enam ravimit (33% vastanuist). Kõige vähem valiti hinda kõige olulisemaks faktoriks ühe ravimi tarvitajate grupis. 39-st vastajast pidas hinda kõige olulisemaks 7 (18%) vastajat.

Tabel 9. Faktorid, mida erineva ravimite arvuga tarvitajad pidasid retseptiravimite valikul oluliseks (autori koostatud).

Ravimite arv päevas (tk)	Vastanute arv (%)				
	Arsti soovitus	Aptekri soovitus	Ravimi hind	Ravimi bränd	Muu
Üks ravim	29 (74%)	2 (5%)	7 (18%)	1 (3%)	0 (0%)
Kaks ravimit	25 (60%)	2 (5%)	13 (31%)	1 (2%)	1 (2%)
Kolm ravimit	19 (66%)	0 (0%)	9 (31%)	1 (3%)	0 (0%)
Rohkem kui 3 ravimit	22 (51%)	1 (2%)	14 (33%)	5 (12%)	1 (2%)

Pearsoni hii-ruut statistik =11.906

Olulisustõenäosus p=0.453

Vastajatel oli palutud välja tuua kolm kõige olulisemat faktorit, mis mõjutavad retseptiravimite tarvitamist. Eelpool sai välja toodud esikohal olevad arvamused. 61% vastanuist suutis välja tuua kolm erinevat faktorit, mis teda retseptiravimite tarvitamisel

mõjutab. Ülejäänud 39% piirdus, kas kahe või ühe faktoriga. Peale „arsti soovitus“ (94%) ja „ravimi hinna“ (70%) peeti veel oluliseks „apteekri soovitus“ (44%), „ravimi brändi“ (14%) ja „ravimi olemasolu lähimas apteegis“ (10%).

Faktoreid, mis mõjutavad patsienti retseptiravimi valikul, analüüsiti ka sugude lõikes (vt tabel 10). Küsitletutest oli 71% naise ja 29% mehi. Pearsoni hii-ruut statistiku kohaselt ei esinenud seos 95%-lise usaldusnivoo juures. „Arst soovitus“ oli kõige olulisem faktor nii naiste kui meeste jaoks, millele järgnes „ravimi hind.“ Naiste jaoks oli retseptiravimi valikul kõige olulisemaks faktoriks „arsti soovitus,“ millele järgnes 32%-ga „ravimi hind“. 63 (57%) naist pidas kõige olulisemaks arsti soovitus, samas kui meeste grupis arvas sama 32 (76%) vastanut. Seega on arsti soovitus meestele olulisem kui naistele. Mehed pidasid hinda kõige olulisemaks 7 (17%) korral. Apteekri soovitus ja ravimi brändi osakaal oli mõlemas grupis võrdselt madal.

Tabel 10. Faktorid, mida naised ja mehed pidasid retseptiravimi valikul oluliseks (autori koostatud).

Sugu	Vastanute arv (%)				
	Arsti soovitus	Apteekri soovitus	Ravimi hind	Ravimi bränd	Muu faktor
Naine	63 (57%)	4 (4%)	36 (32%)	7 (6%)	1 (1%)
Mees	32 (76%)	1 (2%)	7 (17%)	1 (2%)	1 (2%)

Pearsoni hii-ruut statistik =6.096
Olulisustõenäosus p=0.192

Analüüsidest vastuseid vanusegruppide lõikes saadi tulemuseks, et erinevates vanusegruppides on ostueelistust mõjutavad faktorid mõnevõrra erinevad. Igas vanusegrupis oli küll kõige olulisem faktor, mis mõjutab retseptiravimi valikut „arsti soovitus,“ kuid osakaal oli vanusegrupiti väga erinev (vt tabel 11). Kõige olulisem oli see vanusegrupis kuni 49 eluaastat (86% vastanuist) ja vanematel kui 80 eluaastat (87%) vastanuist. Ravimi hind oli kõige olulisem erinevate vanusegruppide seas 60 – 69 aastaste grupis, kus pidas seda oluliseks 47% vastanuist. Samaväärse tulemuse sai samas vanusegrupis faktor „arsti soovitus.“ Kõige vähem pöörasid hinnale tähelepanu vanusegrupis 70 – 79 ja vanemad kui 80 eluaastat vastanud. Protsentuaalselt tulemused vastavalt 22% ja 6% vastanuist. Ravimi brändi osakaal oli kõige suurem vanusegrupis 70 – 79 eluaastat (14%). Apteekri soovitus oli erinevate vanusegruppide lõikes kõige rohkem ära mainitud vanusegrupis 50 - 59 eluaastat (7%). „Muu“ mõjutava faktorina

toodi välja koostoimete ja kõrvaltoimete esinemist. Enamus juhtudel ei ole originaalravimi ja geneerilise ravimi koostoimetes teiste ravimitega ning kõrvaltoimetes erinevusi kuid mõningatel juhtudel seda siiski esineb.

Tabel 11. Retseptiravimi valikut kõige enam mõjutavad faktorid vanusegruppide lõikes (autori koostatud)

Vanusegrupp (aastates)	Kõige olulisem faktor (vastajate arv, %)				
	Arsti soovitus	Apteekri soovitus	Ravimi hind	Ravimi bränd	Muu faktor
kuni 49	12 (86%)	0 (0%)	2 (14%)	0 (0%)	0 (0%)
50-59	32 (59%)	4 (7%)	17 (31%)	1 (2%)	0 (0%)
60-69	16 (47%)	0 (0%)	16 (47%)	2 (6%)	0 (0%)
70-79	21 (58%)	1 (3%)	8 (22%)	5 (14%)	1 (3%)
80 ja vanem	13 (87%)	0 (0%)	1 (7%)	0 (0%)	1 (7%)

Pearsoni hii-ruut statistik =28.865

Olulisustõenäosus p=0.025

Asulas alla 5000 elaniku oli „arsti soovitus“ kõige olulisem 43 (66%) vastajale, asulas 5000 – 40 000 19 (68%) vastajale ja asulas elanike arvuga rohkem kui 40 000 elanikku oli see oluline 32 (53%) vastajale. Hind oli kõige olulisem asulas alla 5000 elaniku (31%). Asulas üle 40 000 elaniku pidas hinda oluliseks iga kolmas vastanu ehk 30% vastanuid. Asulas üle 40 000 elaniku toodi olulise faktorina veel välja „ravimi brändi“ (7%). Pearsoni hii-ruut statistiku kohaselt esineb seos 95%-lise usaldusnivoo juures. Kuid arvestades valimi väiksust ja olulist erinevus gruppide suuruste vahel, siis on autori erinevuste tõlgendamisel ettevaatlik.

Järgmise küsimusega uuriti vastajate teadlikkust originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest. Küsitlusele vastanuid 80 (52%) olid teadlikud originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest. Teadlikkus oli suurem naiste seas, 67 vastajat 80-st olid naised. Pearsoni hii-statistik kinnitas seda seost 95%-lisel usaldusnivool. Kuid tulemuste tõlgendamisel peab arvestama, et kõikide vastanute seas oligi oluliselt rohkem naisi (kogu valimist 72,5%). Peamiste erinevustena (nii naiste kui meeste seas) toodi välja firma, hind, abiainete ja kõrvaltoimete erinevus. Mitmed patsiendid teadsid öelda, et originaalravim on esimesena turule tulnud ja geneeriline ravim hiljem. Originaalravimisse on rohkem investeeritud mistõttu ongi hinnavahe geneerilise

ravimiga. Erinevusena toodi välja ka tootmisprotsessi eripära ning koostisainete kvaliteeti.

Originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest teadlikkust erinevates vanusegruppides kajastab tabel 12. Kõige suurem erinevus teadlikkuses on vanusegrupis kuni 49 eluaastat. Antud vanusegrupist 57% vastanuist olid teadlikud originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest ning 43% polnud teadlikud. Vanusegrupis 50 – 59 eluaastat oli jaotumine täpselt pooleks. Ülejäänud vanusegruppides olid natuke üle poole vastanuist teadlikud erinevustest. Vanusegruppide vaheline kõikumine oli 1% piires. Kõikides vanusegruppides on teadlikkus originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest vähemalt 50%. Statistilise analüüsi tulemusena selgus, Pearsoni hii-ruut statistiku kohaselt ei esinenud seos 95%-lise usaldusnivoo juures.

Tabel 12. Vanusegruppide lõikes teadlikkus originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest (autori koostatud)

		Vanusegrupp (aastates)				
		kuni 49	50-59	60-69	70-79	80 ja vanem
Teab originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest (vastanute arv, %)	Ei	6 (43%)	27 (50%)	16 (47%)	17 (47%)	7 (47%)
	Jah	8 (57%)	27 (50%)	18 (53%)	19 (53%)	8 (53%)

Pearsoni hii-ruut statistik =0.261

Olulisustõenäosus p=0.992

Seitsmes küsimus hindas eraldi teadlikkust originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest nende patsientide seas, kes märkasid kampaaniat. Kampaaniat märganud vastajatest olid 57% juba varasemalt informeeritud originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest. 29 (43%) vastajat polnud enne kampaaniat teadlik originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest.

Kampaaniat märkas kokku 67 (44%) vastajat. Kampaania märgatavus oli parem naiste seas, kuid statistiliselt olulist seost Pearsoni hii-statistiku kohaselt 95%-lise usaldusnivoo juures ei leitud (p=0.824). Kokku märkas kampaaniat 50 naist ja 17 meest. Vastanute seas oli rohkem naissoost vastajaid, mistõttu ei märganud kampaaniat samuti rohkem naisi kui mehi. Kampaaniat mitte märganute seas oli 63 (73%) naist ja 23

meest. Kampania märgatavust erinevate vanusegruppide lõikes analüüsidest saadi tulemuseks, et kõige rohkem märkasid kampaniat vastajad vanusegrupis 60 - 69 eluaastat (vt tabel 13). Kampaniat märkasid täpselt pooled vanusegrupi vastanuist. Kõige halvem märgatavus oli vanusegrupis vanemad kui 80 eluaastat, kus kampania märkamist mainiti 33% juhtudest. Arvestades vastajate kõrget vanust, siis pole tulemus üllatav. Vanusegruppides kuni 49, 50-59 ja 70-79 eluaastat oli rohkem neid, kes kampaniat ei märganud. Kampaniat mittemärganute osakaal vanusegrupist vastavalt 57%, 59% ja 53% vastajat.

Tabel 13. Vanusegruppide lõikes kampania „Erinevus on ravimi hinnas“ märgatavus (autori koostatud)

		Vanusegrupp (aastates)				
		kuni 49	50-59	60-69	70-79	80 ja vanem
Kas märgati kampaniat? (vastanute arv)	Jah	6	22	17	17	5
	EI	8	32	17	19	10

Pearsoni hii-ruut statistik =1.580

Olulisustõenäosus p=0.812

Retseptiravimite tarvitajatest märkasid kampaniat kõige rohkem kolme (52%) ning kolme ja enama ravimi tarvitajad (58%). Väikseim oli märgatavus ühe ravimi tarvitajate grupis, 31% vastanuist.

Kampania sõnumi jõudmine selle patsiendini, kes polnud teadlik erinevusest geneerilise ravimi ja originaalravimi eripäradest peegeldab ka antud töö (vt tabel 14). Vastajatest, kes ei teadnud erinevustest, märkas kampaniat 28 (38%) vastajat. Neid, kes ei teadnud erinevustest ega märganud kampaniat, oli kokku 45 (62%) vastajat. Vastajatest, kes teadsid originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest, ei märganud kampaniat 41 (51%) vastajat ning märkas kampaniat 39 (49%) vastajat. Pearsoni hii-ruut statistiku kohaselt ei esine seos 95%-lise usaldusnivoo juures.

Tabel 14. Patsientide teadlikkus originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest seoses kampaania märgatavusega (autori koostatud)

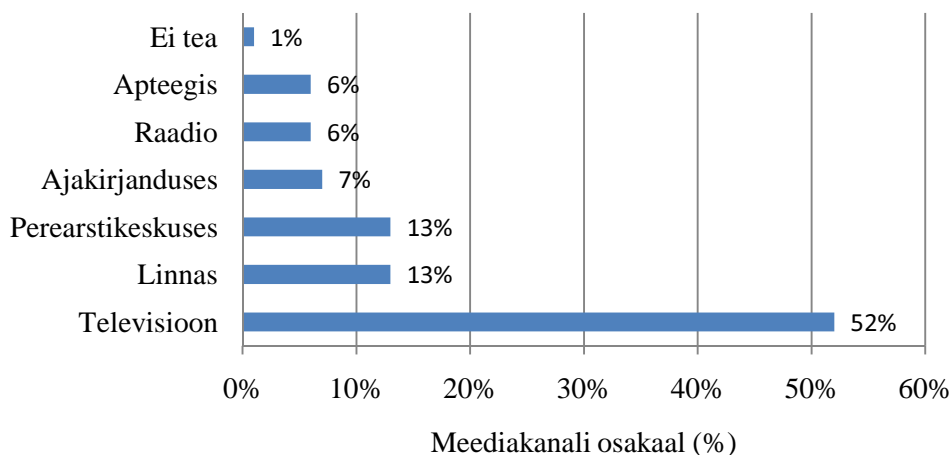
		Märkas kampaaniat (%)	
		Jah märkas	Ei märganud
Kas teab, mille poolest erineb originaalravim geneerilisest ravimist (vastanute arv, %)	Ei tea	28 (38%)	45 (62%)
	Jah teab	39 (49%)	41 (51%)

Pearsoni hii-ruut statistik =1.675

Olulisustõenäosus p=0.196

Tulemustest selgus, et kampaania märgatavus oli kõige parem asulas üle 40 000 elanikuga (52%), millele järgnes asula alla 5000 elanikuga. Kampaaniat märganute seas elasid 44% vastanuist asulas alla 5000 elaniku ning 25% asulas 20 000 - 40 000 elanikku. Asulas 20 000 – 40 000 elanikku vähene märgatavus on pigem selgitatav antud grupi väheste vastajatega.

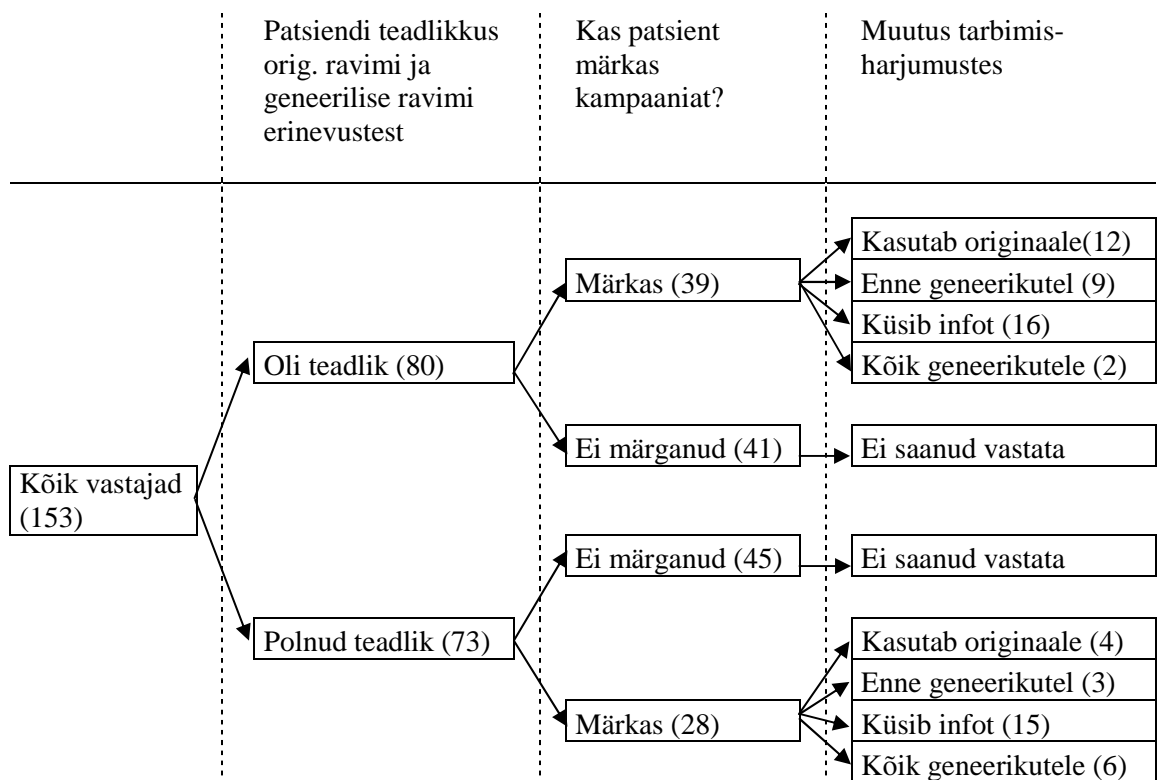
Meediakanalite lõikes märgati kampaaniat sarnaselt Haigekassa poolt tellitud uuringuga. Vähemalt ühe meediakanali oli välja toonud kõikidest vastajatest 67 vastajat. Kampaania märgatavus meediakanalite lõikes on toodud joonisel 9. Kõige populaarsem meediakanal oli televisioon (52%), millele järgnes välireklaam linnapildis (13%). Sarnaselt märgati kampaaniat ajakirjanduses, apteekides ja raadios. Üks vastaja ei osanud öelda, et kus täpselt kampaaniat märganud on. Ükski vastaja ei märganud esmasena kampaaniat interneti keskkonnas.



Joonis 9. Kampaania märgatavus erinevate meediakanalite lõikes (autori koostatud)

Naiste ja meeste seas märgati kampaaniat kõige enam televisioonis. Vastavalt 58% ja 42% vastanuist. Kampaaniat märganud naiste seas märgati kampaaniat veel apteegis olevatel flaiieritel (17%), linnapildis (10%) ja perearstikeskuses olevatel flaiieritel (6%). Kampaaniat märganud meeste seas märgati kampaaniat linnapildis (21%), ajakirjanduses (16%) ning võrdselt raadios, perearstikeskuses ja apteegis (5%).

Töö peamiseks eesmärgiks oli hinnata kampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ märgatavust ja mõju tarbimiskäitumisele eakate patsientide seas. Kõikidest vastanutest märkas kampaaniat 44% vastanuist. Töö eesmärgiks oli eelkõige uurida neid vastajaid, kes varasemalt polnud teadlikud geneeriliste ravimite ja originaalravimi erinevustest ning teada saada, et kas kampaania on kaasa toonud muutusi nende teadmistes ja tarbimiskäitumises. Küsitluses oli sellised vastajaid kokku 73 (48%) (vt joonis 10).



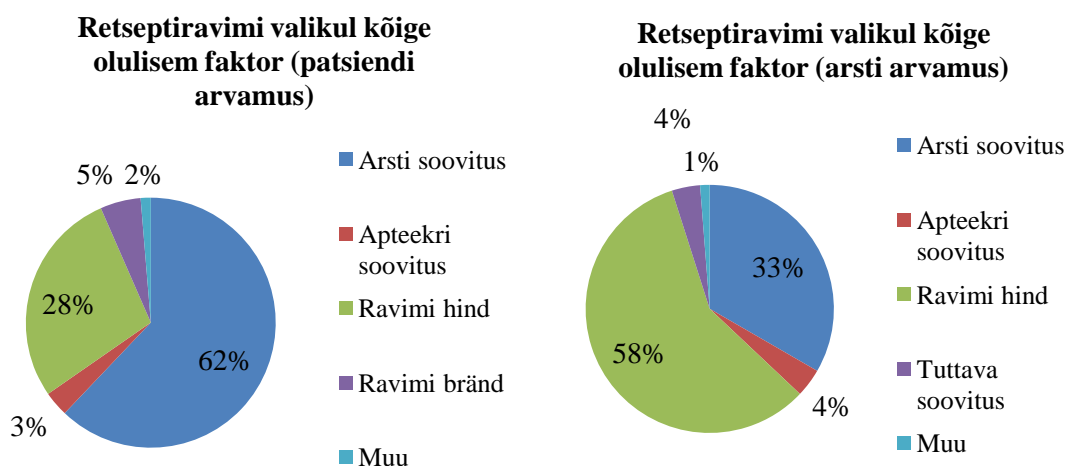
Joonis 10. Patsientide jaotumine lähtudes nende teadlikkusest geneerilise ravimi ja originaalravimi erinevustest, kampaania märgatavusest ning tarbimisharjumuse muutusest (autori koostatud).

Vastajatest, kes varasemalt polnud teadlikud originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest märkas kampaaniat 28 (18%) vastajat. Antud töös väljendab positiivset tulemust nii patsientide teadlikkuse tõus erinevate ravimite (originaalravim ja geneeriline ravim) olemasolust kui ka käitumismuutus, mis seisneb geneerilise ravimi eelistamisel originaalravimile. Nagu jooniselt 10 näha oskab kõigist 153-st vastanust peale kampaaniat rohkem informatsiooni nii arstilt kui apteekrilt küsida 20% vastanuist ning kõik oma ravimid vahetas soodsamate vastu 8 vastajat ehk 5% küsitletutest. Sihtgrupist, kelle käitumist sooviti kõige enam muuta oskab kõigist 153-st vastanust peale kampaaniat rohkem informatsiooni nii arstilt kui apteekrilt küsida 10% vastanuist ning kõik oma ravimid vahetas soodsamate vastu 6 vastajat ehk 4% küsitletutest. Vastajate jaotumine lähtudes nende vastustest küsimustele nr 4, 5 ja 8 (vt Lisa 2) on toodud joonisel 10.

Toetava ankeedina koostati küsitlus perearstidele, et uurida nende arvamust kampaaniast „Erinevus on ravimi hinnas“ ja nende patsientide tarbimiskäitumist retseptiravimite tarvitamisel. Kokku saadi 81 perearsti vastused. Tulemused on esitatud küsimuste kaupa.

Esimese küsimusega uuriti, et kas perearst on üldiselt teadlik sellest milliseid ravimeid (originaalravimit või geneerilist ravimit) tema patsiendid võtavad. Tulemustest selgus, et 83% vastanud arstidest olid teadlikud sellest milliseid ravimeid tema patsiendid tarvitavad. 38 (47%) arstidest väitis, et enamus juhtudel on nad teadlikud ja 29 (36%) arstidest on pooltel juhtudel teadlikud patsiendi ravimivalikust. 14 (17%) vastanuist arvas, et enamus juhtudest nad ei tea millist konkreetset ravimit tema patsiendid tarvitavad.

Sarnaselt patsiendi ankeediga uuriti ka perearstidelt, et mis nende arvates mõjutab patsiente retseptiravimi valikul kõige enam (vt joonis 11). Erinevalt patsientide arvamusel mõjutab arstide arvates patsiente retseptiravimite valikul kõige enam „ravimi hind.“ 58% vastanuist asetas hinna esimesele kohale. 91% vastanuist pakkus ravimi hinda kui ühte olulist faktorit kolmest. Teise olulise retseptiravimi tarvitamist mõjutava faktorina toodi välja „arsti soovitus.“ 27 (33%) vastajat arvas, et arsti soovitus jälgivad patsiendid kõige enam. 4% vastanuist seadis esimesele kohale, kas apteekri või tuttava soovitusel.



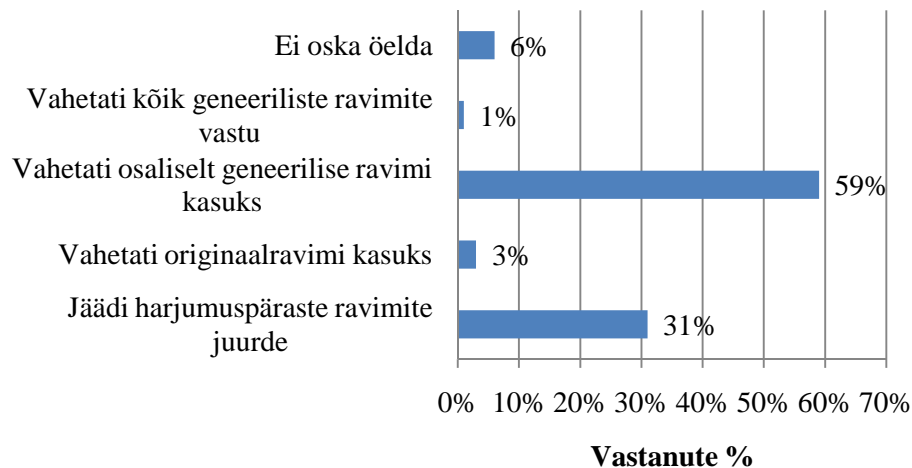
Joonis 11. Retseptiravimi valikut kõige enam mõjutavad faktorid patsientide ja arstide arvates (autori koostatud)

Kolmanda küsimusega sooviti teada arstide arvamust, patsientide teadlikkuse kohta originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest, enne kampaania algust. Ajaliselt tähendas see, et kas enne 2010 aasta septembrit teadsid patsiendid, mis on originaalravimi ja mis on geneeriline ravim. 64% vastanuist leidis, et juba enne kampaania algust olid patsiendid erinevustest teadlikud. 15 (18%) arsti arvas, et enamus tema patsiente olid teadlikud ja 37 (46%) arsti arvas, et pooled patsiendid olid teadlikud. 25 (31%) arsti arvas, et tema patsiendid pigem polnud teadlikud ja 4 arsti ei osanud konkreetset hinnangut anda

Kampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ üks eesmärkidest oli julgustada patsiente arstilt ja apteekrilt soodsamate ravimite kohta nõu küsima. Küsimuse number neli eesmärk oli arstide käest uurida, et kas nende arvates on peale kampaaniat suurenenud patsientide omapoolne huvi geneeriliste ravimite vastu. 77% vastanud arstidest leidis, et huvi geneeriliste ravimite vastu on kasvanud. 50 (62%) vastajat arvas, et huvi on pigem kasvanud ja 12 (15%) vastajat arvas, et huvi on oluliselt kasvanud. 13 (16%) vastajat oli seisukohal, et huvi ei kasvanud. 6 (7%) vastajat ei osanud kindlat seisukohta võtta.

Kampaania suurendas küll huvi geneeriliste ravimite vastu, kuid kas sellest tulenevalt tehti muudatusi ostukäitumises – seda uuriti küsimustikus samuti (vt joonis 12). Peaaegu kolmandiku arstide arvates ei toonud kampaania kaasa muutusi. Kuid see ei tähenda, et need patsiendid juba varasemalt ei kasutaks geneerilisi ravimeid. 31%

arvates jäid patsiendid harjumuspäraste ravimite juurde. 48 (59%) arsti aga arvas, et siiski peale kampaaniat on osaliselt geneerilistele ravimitele ülemindud. Ainult üks arst arvas, et tema praktika näitab seda, et võimalusel vahetatakse kõik patsiendid ravimid geneeriliste ravimite kasuks. Kaks arsti leidis, et patsiendid on vahetanud ravimeid originaalravimite vastu. 6% ei osanud ühtegi konkreetset käitumismustrit esile tuua.

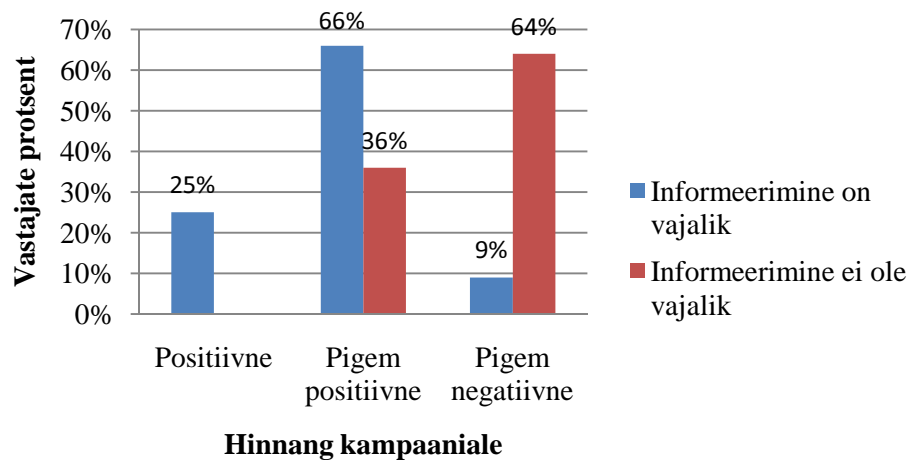


Joonis 12. Arstide arvates toimunud muutused patsiendi käitumises (autori koostatud)

Järgnevate küsimuste eesmärk oli teada saada arstide endi suhtumist toimunud kampaaniasse ja seda, kas kampaania mõjutas nende igapäeva tööd. Esmalt uuriti arstide suhtumist kampaaniavormis patsientide informeerimisse. 56 (69%) arsti suhtusid sellisesse informeerimise meetodisse positiivselt ning leidsid, et see on vajalik ja kasulik patsientide teadlikkuse tõstmiseks. Negatiivselt suhtus kampaaniasse 25 (31%) vastajat.

Vastanud arstidel paluti kampaaniat hinnata. Kõikidest vastanutest 17% hindas kampaaniat positiivseks ja 57% pigem positiivseks. Pigem negatiivseks hindas kampaaniat 26% vastanuist. Täiesti negatiivne polnud ükski vastaja. Lisaks analüüsiti vastuseid kahes grupis: need kes arvasid, et selline kampaania vormis informeerimine on vajalik ja eraldi need, kes arvasid, et ei ole vajalik (vt joonis 13). 56-st positiivse hinnangu andnud vastajast hindas kampaaniat positiivselt 25% ja pigem positiivselt 66% vastanuist. Antud grupist arvas 5 vastajat, et kampaania on küll vajalik, kuid nad suhtuvad sellesse konkreetsesse kampaaniasse pigem negatiivselt. 25 vastajat leidis, et sellises vormis patsientide informeerimine pole nende arvates vajalik. Kampaaniaid

mitte vajalikuks pidanutest aga suhtus 36% kampaaniasse pigem positiivselt ja 64% pigem negatiivselt.



Joonis 13. Arstide hinnang kampaaniale lähtudes nende arvamusest kampaania vajalikkuse kohta (autori koostatud)

Küsitluse käigus otsiti vastust küsimusele, et kas kampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ muutis perearstikeskustes igapäevast tööritmi. 29 (36%) vastajat arvas, et tema töökoormus on tõesti suurenenud. 6 (7%) vastajat arvas, et pigem on suurenenud pereõde töökoormus. Seda põhjusel, et retseptide kirjutamise ja pikendamise tegeleb pereõde. 8 (10%) vastajat arvas, et suurenenud on ravimifirmade aktiivsus, mis võtab nende igapäevasest tööst rohkem aega. Kuid peaaegu pooled vastajad, 38 (47%), arvasid et kampaania pole nende igapäevast tööd kuidagi mõjutanud.

Viimase küsimusena sooviti teada saada, et millised patsiendigrupid on üldiselt geneerilistest ravimitest kõige rohkem huvitatud. Eraldi uuriti sugude ja vanusegruppide lõikes. Nooremaks patsiendiks defineeriti patsient vanusega alla 60 eluaasta. Vanem patsient on vanusega üle 60 eluaasta. Enamus vastajaid arvas, et kõige rohkem tunnevad huvi geneeriliste ravimite vastu naisterahvad ja vanemad patsiendid. Naiste suur osakaal on tingitud asjaolust, et naisterahvad käivad tihedamalt arsti juures. Vanuselisel tunnevad rohkem huvi geneeriliste ravimite vastu vanemad patsiendid, kuna neil on vajadus retseptiravimite järgi suurem (mitmed kroonilised haigused) ja nende ravimikoormus on suurem kui noorematel inimestel.

Viimase küsimusena jäeti ankeeti võimalus arstil ise kampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ kohta kommentaare kirjutada. Omapoolseid kommentaare lisati 13 korral.

Mitmel korral mainiti, et vajaliku ravimi valib patsiendile arst, mitte patsient ise. Ravimi hinnaklassi määramine on arsti ja patsiendi omavaheline koostöö. Alati ei ole erinevus ainult hinnas, vaid ka koostoimete ja kõrvaltoimete esinemises. Tuleb ette olukordi, kus patsient pöördub tagasi originaalravimi juurde põhjusel, et geneeriline ravim ei anna samaväärset efekti. Seega on oluline teatud juhtudel individuaalne lähenemine. Kampania, mille peamine sõnum on hind, tekitab patsientides segadust ja arusaamatust. Samuti on problemaatiline olukord kus patsient saab igal korral uue ravimi, sest vahepeal on hind muutunud või turule tulnud uus soodsaim geneeriline ravim. Geneeriliste ravimite eelistamisel tuuakse välja teatud firmade suurem usaldusväärsus ja kvaliteet. Lisati, et patsiendid ise pole kampaniat märganud aga kuna apteekides pakutakse soodsama hinnaga analoogi, siis tuleb arstidel rohkem selgitustööd teha. Hinnang kampaniale oli valdavalt positiivne ja seda peeti vajalikuks kuid arstid ise on sellise selgitustööga tegelenud juba mitu aastat.

2.3 Sotsiaalkampania „Erinevus on ravimi hinnas“ tulemuslikkuse analüüs

Käesoleva magistritöö raames teostati kaks erinevat küsitlust, mille peamised tulemused toodi välja eelmises alapeatükis. Alljärgnevas alapeatükis on ära toodud mõlema küsitluse põhjal tehtud kampania tulemuslikkuse analüüs.

Patsiendi küsimustiku esimeses osas selgitati välja erinevad faktorid, mis mõjutavad patsiente retseptiravimite valikul ning patsientide teadlikkus originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest. Tulemustest selgusid faktorid, mis mõjutavad patsienti retseptiravimi valikul erinevates asulatüüpides, vanusegruppides, erineva ravimikoormusega ja sugude lõikes. Kõikides võrdlustes oli kõige mõjukamaks faktoriks „arsti soovitus.“ Sarnaselt teiste uuringutega võib järeldada, et krooniline haige toetub ravimi valikul pigem arsti soovitusele kui hinnale. „Ravimi hind“ oli küll olulisuselt teisel kohal kõikides võrdlustes, kuid siiski väiksema osakaaluga kui arsti soovitus. Seega kui arst soovitab konkreetset ravimit, mis on kallimast hinnaklassist siis patsient usaldab arsti soovitust ja suure tõenäosusega ostab selle ravimi. Vaatamata sellele, et antud ravimil võib olla kordades odavam analoog. Sellest tulenevalt on

edasiste kampaaniate korraldamise oluline kaasata sõnumi edastamiseks arste, kui isikuid kelle arvamusega patsiendid arvestavad.

Vastajate näol oli tegemist eakate inimestega ja seega võib järeldada, et ollakse arglikumad tegemaks muudatusi oma ravimi valikutes. Krooniline haige võtab ravimeid reeglina aastaid ja seetõttu ei riskita ravi muutmisega. Kui on leitud ravim, mis sobib, siis pelgalt hinna pärast seda vahetama ei hakata. Küllaltki levinud on veendumus, et „tervis on kulla hinnaga.“

Statistiline erinevus saadi erinevate asulatüüpide ja mõjufaktorite hindamisel. Tulemuste tõlgendamisel peab olema ettevaatlik, kuna vastajate grupid on erinevate suurustega. Asulas kuni 5000 elanikku ja 5000-40 000 elanikku on arsti soovitusel suurem osakaal kui n-õ suurlinnades. Põhjuseks võib siinkohal olla asjaolu, et väiksemates kohtades on arst ja kogukond omavahel tihedamini seotud ja usaldus arsti suhtes suurem. Eraldi saab välja tuua „ravimi brändi“ osakaalu just suurlinnades. Selgitada võib seda parema elatustasemega kui maapiirkonnas. Asulates alla 5000 elaniku oli hind võrreldes teiste gruppidega olulisem, mis samuti viitab suuremale hinnatundlikkusele.

Autori jaoks oli üllatav, et väheoluliseks mõjufaktoriks peeti „apteekri soovitus.“ Arvestades toimunud seadusemuudatust ja apteekri suurenenud rolli otsustusprotsessis, siis oleks oodanud paremat tulemust. Sellest järeldub, et patsient ei pea apteekrit arstiga võrdväärseks asjatundjaks ravimi alal. Sellise kuvandi muutmisega tegeleb alates 2011. aasta novembrist alanud uus sotsiaalkampania, mis julgustab patsienti apteekrilt ravimite kohta professionaalset nõu küsima.

Praakli magistritöös, kus uuriti turunduskommunikatsiooni rakendamise võimalusi Eesti ravimiturul, toodi samuti välja, et krooniline haige retseptiravimi ostuotsuse tegemisel apteekrit ei usalda ning valiku tegemisel vajatakse pigem arsti nõuannet. Põhjuseks mainiti, et patsiendil endal puuduvad piisavad teadmised ravimitest ning pikaajaliseks tarbimiseks mõeldud retseptiravimi puhul on neil raske iseseisvalt või koos apteekriga ostuotsust teha. Kuid retseptiravimi ostmisel üldiselt (haiguse iseloom täpsustamata) omab otsustusprotsessis olulist rolli apteekri soovitus (32%), varasem kogemus

ravimiga (28%) ja ravimi hind (23%). Sellisel juhul ei peeta oluliseks firma tuntust ja ei nähta vajadust arstiga konsulteerimiseks. (Praagli 2011: 71-73)

Erinevalt retseptiravimi ostuotsusest on käsimüügiravimite soetamisel välja toodud apteekri soovitus suur osakaal. GfK Custom Research Baltic viis 2011 aasta juuni lõpus ja juuli alguses 15-74 aastaste seas läbi küsitluse, milles ühe osana käsitleti ka teatud käsimüügiravimite kasutamist ja peamisi mõjutajaid nende ostmisel. Kokku käsitleti 500 inimest. Tulemustest selgus, et ühe toote teisele eelistamisel on käsimüügiravimite puhul üldiselt olulisemateks mõjutajateks apteekri või arsti soovitus ja tugev mõjutoime ning vähem olulisteks mõjutajateks ravimi tootja riik, palju reklaamitud toode ja tutvustavad materjalid ostukohas. (Oja 2011) Võrreldes retseptiravimitega on apteekri soovitus suur osakaal arusaadav kuna pole vajalik arsti konsultatsioon. Ravi retseptiravimiga saab aga alguse arsti külastusest, mistõttu võibki eeldada arsti suuremat rolli otsustusprotsessis. Ravimiturunduse seisukohalt on seega oluline, et retseptiravimite turundamisel pöörata rohkem tähelepanu arstile ja käsimüügiravimite turundamisel rohkem apteekrile. Sotsiaalkampania sõnumeid aga edastada hetkel pigem läbi arsti, sest patsient usaldab nende arvamust rohkem.

Geneeriliste ravimite ja originaalravimite erinevustest olid teadlikud peaaegu pooled (52%) vastanuist. Eraldi hinnati teadlikkust geneeriliste ravimite ja originaalravimite erinevusest vastavalt hinnatundlikkusele retseptiravimi valikul. Pooled vastanuist, kes „ravimi hinna“ ühe olulise faktorina olid välja toonud, on teadlikud originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest. Olenemata sellest, kas ravimi hind oli oluliselt esimesel, teisel või kolmandal kohal ei saa välja tuua erinevusi teadmistes originaalravimi ja geneeriliste ravimite erinevustest. Seega hinnatundlikkus ei tähenda seda, et patsient on paremini informeeritud geneerilise ravimi olemasolust ja selle võrdväärsest toimest originaalravimiga.

Lähtudes töö teooriaosast, siis patsientide vähene teadlikkus ravimitest viib tihtipeale selleni, et ravimit hinnatakse meetodil, et mida kallim seda kvaliteetsem. Samuti on hinna temaatikaga kursis pigem keskmiselt teadlikum ja hinnatundlikum tarvitaja. Sellest tulenevalt võib eeldada, et suurema ravimikoormusega patsiendid on ravimitest paremini informeeritud ja altimad otsima soodsamaid lahendusi, kuna nende igakuised kulutused ravimitele on suuremad. Analüüsides küsitluse vastuseid võib küll välja tuua,

et kolme ja enama ravimi tarvitaja grupis on teadlikkus geneeriliste ravimite olemasolust kõige parem (53%), kuid vahe ühe ravimi tarvitajate grupiga oli 2%. Seega ei saa väita, et suurema ravimikoormusega patsient on paremini informeeritud geneeriliste ravimite ja originaalravimite erinevusest. Mistõttu ostetakse kallimaid ravimeid tihtipeale ennekõike teadmatusest. Sellest tulenevalt peaksid patsiendi teadlikkust suurendavad kampaaniad olema suunatud ennekõike sellele sihtgrupile, kes tarvitab kõige rohkem retseptiravimeid ning, kes pole originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest teadlik.

Kokkuvõttes võib öelda, et pooled vastajad olid teadlikud geneerilise ravimi ja originaalravimi eripäradest ning pooled ei olnud. Vanusegruppide analüüs tõestas, et noorem vastaja on natuke teadlikum kui eakam vastaja, mis kattub ka Haigekassa uuringu tulemustega. Olgugi, et väga suuri vahesid polnud. Samuti ei saa käesoleva analüüsi põhjal väita, et suurema ravimikoormusega patsient oleks erinevatest ravimi valikutest paremini teadlik. Saadud vastused lubavad arvata, et laialdane teavitustöö ja seadusemuudatus, mis kohustab apteekreid pakkuma soodsaimat ravimit, pole kõigini veel jõudnud. Edasine pidev teavitustöö on vajalik. Sarnaselt eelmise punktiga on siinkohal võimalik rohkem kaasata arstide ja pereõdede osalust ning kasutada rohkem meediakajastust.

Kampaania märgatavuses ei saa välja tuua olulisi seoseid vanusegruppide, erinevate asulate ning teadlikkusega originaalravimi ja geneerilise ravimi olemasolust. Võrreldes Haigekassa uuringuga ei saa välja tuua, et nooremate vastajate seas oli kampaania paremini märgatav. Ainuke oluline erinevus kampaania märgatavuses leiti erineva ravimite arvuga tarvitajate vahel. Suurema ravimite arvuga patsiendid panid kampaaniat paremini tähele. Üldiselt võib arvata, et suurema ravimikoormusega patsient on hinnatundlikum, mis tähendab, et soodsamatest ravimites teadasaamine võib teda suunata ratsionaalsemale ravimivalikule. Samuti võib eeldada, et suurema ravimikoormusega patsient on ise teadlikum, otsides informatsiooni erinevatest allikatest. Vajadus optimeerida ravimikulutusi tuleneb ennekõike suurtest kulutustest ravimitele võrreldes ühe ravimi tarvitajaga.

Üheks autori poolseks arvamuseks oli, et suurlinnades (üle 40 000 el) oli kampaania paremini märgatav, just eelkõige aktiivse välireklaami tõttu, mida väiksemates asulates

kas polnud või oli tunduvalt vähem. Tulemustest selgus, et kampaania oli kõige paremini märgatav suurlinnades, kuid statistilist erinevust ei leitud. Kõige halvemini oli kampaania märgatav asulas 5000 – 40 000 elanikku, mida võib põhjendada antud grupi vähete vastajatega. Saadud tulemustest võib järeldada, et aktiivne reklaam linnapildis ei too kaasa paremaid tulemusi kui selle puudumine.

Kampaania meediakajastus oli väga aktiivne. Reklaamid televisioonis, intervjuud ja arvamused ja reklaamklipid raadios, artiklid ja reklaamplakatid trükimeedias. Lisaks oli suuremates linnades reklaamplakatid tänavatel ja bussipaviljonides. Suurtes kogustes oli kampaania flaiereid jagatud perearstikeskustesse ja apteekidesse. Vaatamata sellele oli kampaania märgatavus krooniliste haigete seas madal. Kui antud küsitluses vastasid keskmiselt üle 62 aastased patsiendid, siis tekib küsimus, et kas nendeni jõudmiseks oleks pidanud kasutama teisi turunduslikke meetodeid? Sarnaselt autori tulemustega saadi tulemused ka Haigekassa poolt tellitud uuringus, kus selgus et üldine märgatavus oli 41% ja kõige rohkem märkasid kampaaniat naised ja vanusegrupp 20 – 40 eluaastat. Seega võib järeldada, et eakamate vastajate seas oli mõlema uuringu andmetel märgatavus tagasihoidlikum. Lähtudes mõlema uuringu tulemustest võib järeldada, et eakamate patsientide teadlikkuse tõstmiseks on vajalik kasutada teistsugust lähenemist. Antud tulemus ei tähenda, et kasutatud meediakanalid valed oleksid vaid võib-olla on kasutatud valesid tele- ja raadiokanaleid, saateid, ajalehti, kellaegasid jne.

Võrdluses Haigekassa vahetulemuste analüüsiga saadi ka meediakanalite lõikes sarnane tulemus. Jälgides praegu kampaania kajastust on näha, et sellest on õpitud. Kampaania paistab regulaarsemalt ja aktiivsemalt silma just televisioonis ja välimeedias. Järjepidevalt on reklaamid üleval ka apteekides. Selline muutus tõestab, et pikkade kampaaniate raames on vajalik teostada vahepealseid hinnanguid, et vajadusel midagi muuta.

Töö peamiseks eesmärgiks oli hinnata kampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ märgatavust ja mõju tarbimiskäitumisele eakate patsientide seas. Valitud sihtgrupi – eakas patsient, kes kampaaniat märkas aga polnud varasemalt teadlik geneerilise ravimi ja originaalravimi eripäradest – käitumine muutus kampaania perioodi jooksul vähe. Põhjendada võib seda peamiselt kahte moodi. Esiteks, kas eakas patsient üldse tahab või on valmis tegema muudatusi oma harjumuspärasel raviskeemis. Autor eeldab, et

patsiendid on ikkagi huvitatud tegema ratsionaalseid ravimivalikud. Seega võib nentida, et kampaania sihtgruppi oleks võinud paremini valida ning vastavalt sellele, valida sobilikumad edastuskanalid. Võttes arvesse saadud teadmist, et alati ei ole hind retseptiravimi valikul kõige olulisem vaid arsti soovitus, on vajalik arstide osalus kampaania sõnumi edastamisel.

Järgnevalt on esitatud perearstide ankeedi tulemuste analüüs. Esimese küsimusega sooviti teada saada arstide teadlikkust oma patsientide ravimieelistuste kohta. Küsimus oli ajendatud asjaolust, et tänasel päeval väljastatakse enamus retsepte toimeainepõhiselt, mistõttu arst ei ole alati teadlik millist konkreetset ravimit (originaalravimi või geneerilist ravimit) patsient tarvitab. Suur teadlikkuse protsent (83%) väljendab asjaolu, et arsti ja patsiendi vaheline informatsiooni vahetus ja koostöö on head. Patsiendid, kas enne konkreetse ravimi valikut konsulteerivad arstiga või peale valiku tegemist jagavad informatsiooni arstile. Patsientidele suunatud küsitluses selgus samuti, et kõige olulisemaks faktoriks retseptiravimi valikul on arsti soovitus. 94% vastanuist tõi välja, et arsti soovitus on vähemalt kolme kõige olulisema mõjufaktori seas.

Sarnaselt patsiendi ankeediga uuriti perearstidelt, et millised faktorid nende arvates mõjutavad patsiente retseptiravimi valikul kõige enam. Kõige olulisemaks faktoriks osutus „ravimi hind,“ millele järgnes „arsti soovitus.“ Enamus arste, kes hinna esimesele kohale seadsid põhjendasid seda eelkõige sellega, et soodsamate ravimite puhul on patsiendi ravisoostumus parem, millest tulenevalt hiljem ka ravitulemus parem. Kallist ravimit mõni patsient lihtsalt ei osta. Samuti on kasvanud inimestel tarvitatavate ravimite arv, mis tekitab vajaduse ravimikulused optimeerida. Kuid hind ei tähenda alati geneerilist ravimit. Soodsa hinnana võib mõista ka soodusprotsendi olemasolu. Antud uuringu kontekstis ei saa seda välistada, kuid pigem mõeldi ravimi hinna all odavamate ehk geneeriliste ravimite olemasolu.

Erinevalt patsiendi tulemustest mainisid arstid ära „tuttava soovitus“ kui ühe mõjufaktori. Tuttava soovitus all peeti silmas lähedase inimese kogemust teatud ravimitega. Näiteks kui kellelgi lähedasel on geneerilise ravimiga positiivne kogemus, siis julgetakse ka ise proovida. Muu mõjutava faktorina toodi näiteks välja patsiendi üldist eelnevat kogemust ravimitega. Patsient, kes on korduvalt saanud geneerilise

ravimiga kõrvaltoime või ebapiisava raviefekti, pigem eelistab edaspidises ravis originaalravimeid. Või vastupidi, kui on olnud positiivne kogemus seoses üleminekuga geneerilisele ravimile, julgetakse edaspidigi soodsamaid ravimeid proovida.

Arvamuste lahknevust arsti ja patsiendi vahel (vt ka joonis 11, lk 74) võib selgitada asjaoluga, et kui arst kirjutab toimeainepõhise retsepti (nagu seadus ette näeb), siis eeldab ta, et patsient valib apteegis endale sobivast hinnaklassist ravimi. Apteegis aga selgitatakse erinevust originaalravimi ja geneerilise ravimi vahel lühidalt: hind, erinev tootja, erinevad abiained, kõik muu sama. Mis iseenesest on õige, kuid patsient oma teadmatuses võib segadusse sattuda, mistõttu käitub ta põhimõttel: mida kallim seda kvaliteetsem või olen seda originaalravimit juba aastaid võtnud ning ei hakka riskima. Nimetatud situatsiooni vältimiseks on vajalik suurem selgitustöö arstikabinetis ja apteegis, et patsiendil tekiks usaldus soodsamast hinnaklassist ravimi vastu.

Teadlikkust geneerilise ravimi ja originaalravimi erinevustest kajastasid kaks küsimust. Hinnangute tulemusena võib järeldada, et arstide arvates oli juba enne kampaaniat patsientide teadlikkus küllaltki heal tasemel ja peale kampaaniat on see veel tõusnud. Seega teostatud kampaania on parandanud patsientide teadlikkust. Autori arvates on siinkohal olulise töö teinud ära ka erinevad määrusemuudatused. Alates kevadest 2010. hakkas kehtima kord, mis nägi ette, et apteeker soovitab patsiendile kõige soodsamat ravimi. Kuid ka juba aastaid enne seda on selline käitumine olnud soovitav. Lisaks on olnud juba aastaid soovitav kasutada toimeainepõhist retsepti, mis on samuti suunanud rohkem patsiente tegema teadlikumaid ravimivalikuid. Seega on saadud tulemus pikaajalise teavitustöö tulemus.

Kampaania mõju perearstide igapäevaselt tööle uuriti samuti. Peeaegu pooled vastajad ei täheldanud mingit erinevust võrreldes kampaania eelse ajaga. Need, kes arvasid, et on suurenenud nii arsti kui pereõe töökoormus põhjendasid seda suurenenud selgitustöö vajadusega. Ravimifirmade aktiivsuse tõusu täheldati nii originaalravimite kui geneeriliste ravimite firmade poolt. Esimesed proovivad selgitada, et miks nende tooted on kvaliteetsemad, paremad ning milles seisnevad erinevused. Geneeriliste ravimite esindajad aga rõhutavad hinna aspekti. Sellest tulenevalt võib öelda, et teatud määral on kampaania toonud kaasa muutusi arstide igapäeva töös.

Eelpool toodud tulemustest võib järeldada, et arstide arvates on patsientide teadlikkus geneerilise ravimi ja originaalravimi erinevustest parem ning kampaania märgatavus suurem, kui patsientide enda arvates. Samuti on arstide arvates tehtud rohkem muudatusi tarbimiskäitumises kui patsientide enda arvates. Autori arvates on selleks peamiselt kaks põhjust. Esiteks oli küsitlus suunatud eakamatele patsientidele, perearst vastas küsimustele lähtudes tervest oma nimistust. Kõikide vastanud arstide nimistud ei koosnenud ainult eakatest patsientidest. Teiseks ei saa kõiki toimunud muutusi selgitada kampaania toimumisega. Autori arvates on nii teadlikkuse tõus kui geneeriliste ravimite suurem kasutamine, seotud ennekõike toimunud määrusemuudatusega, mitte niivõrd kampaaniaga. Seega võib patsient saada informatsiooni võimalusest vahetada oma ravim geneerilise ravimi vastu apteegis, arst aga arvab, et patsient muutis käitumist seoses toimunud aktiivse teavituskampaaniaga. Kampaania, kui toetav instrument, on kindlasti vajalik, kuid peaks rohkem arvestama sihtgrupi eripäraga ning kaasama aktiivsesse teavitustöösse ka arste.

Perearsti ankeedi lõpuosas uuriti perearstide suhtumist kampaaniasse. Valdavalt (69%) suhtuti kampaaniavormis patsientide informeerimisse positiivselt. Edasise analüüsi käigus, kui hinnati tulemusi vastavalt suhtumisele kampaaniavormis informeerimisse, saadi tulemuseks et kolmest vastajast neli olid konkreetse kampaania suhtes positiivsed või pigem positiivsed. Negatiivse tulemuse peamine põhjus oli kampaania korralduslik pool. Negatiivselt kampaaniavormis informeerimisse suhtunud vastajatest oli kolmanik antud kampaania suhtes pigem positiivne, sest leidsid et kampaania on nende patsientide teadlikkust tõstnud ja isegi lõpptulemusena raha säästnud. Üldise negatiivsuse põhjuseks oli mitmete vastajate arvates asjaolu, et sellist informatsiooni võiks jagada ainult eriala spetsialist. Kampaania sõnum on liiga üldine ja eksitab patsienti. Positiivsena toodi veel välja, et selline teavitustöö ei tohi jääda lühiajaliseks, vaid vajalik on pikem teavitustöö. Autor nõustub antud seisukohaga samuti.

Töö teoreetilises osas käsitleti erinevaid kampaania hindamistüüpe ja indikaatoreid. Antud kampaania hindamise raames sai kasutada protsessi ja tulemuste hindamist. Protsessi ja tulemuste hindamise raames sai antud töö käigus anda hinnangut järgnevate indikaatorite põhjal: teadlikkus kampaaniast, kampaania kättesaadavus, reageering kampaania elementidele, meediaga kaetus ning muutus sihtgrupi teadlikkuses ja

käitumises. Kujundavat hindamist kasutada ei saanud kuna kampaania juba toimub ning mõju saab hinnata alles aasta või paari pärast. Kuid tulevaste kampaaniate puhul on kindlasti oluline teostada põhjalik kujundav hindamine ning peale kampaania lõppu hinnata ka pikaajalisi tulemusi. Oluline on terve kampaaniaperioodi vältel toimuv regulaarne hindamine.

Küsitluse alguses selgitati välja, et peamiselt mõjutab antud sihtgruppi ravimi valikul arsti soovitus. Ravimi hind oli küll teisel kohal, kuid siiski mitte kõige määravam. Levinud on arvamused, et kui arst midagi konkreetset soovib, siis reeglina patsient ise eksperimenteerima ei hakka. Sellisest tulemusest lähtuvalt on oluline mõista, et kampaania, mille peamine sõnum on ravimi hind, ei pruugi sihtgruppi jõuda. Kuid oluline on mõista, et isegi kui kampaania ei toonud kaasa suuri muutusi käitumises, on see tõstnud inimeste teadlikkust. Toetudes statistikale võis näha, et ravimite tarvitamise mahu kasvavad pidevalt. Seega, see et täna pole hind kõigi jaoks number üks, ei tähenda see seda et see tulevikus ei või olla olulisem. Tänapäevane teadmine võib käitumismuutuseks saada aastate pärast.

KOKKUVÕTE

Käesolevas magistritöös analüüsiti kahe erineva ankeetküsitluse vastuseid. Peamiseks ankeediks oli ravimite lõpptarbijatele ehk patsientidele suunatud ankeetküsitlus, mille eesmärgiks oli uurida sotsiaalkampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ märgatavust ja mõju tarbimiskäitumisele. Lisaks sooviti teada erinevaid faktoreid, mis mõjutavad patsienti retseptiravimi valikul ning patsientide teadlikkust originaalravimi ja geneerilise ravimi eripäradest. Toetavaks ankeediks oli perearstidele suunatud ankeetküsitlus, millega sooviti teada saada perearstide arvamust sotsiaalkampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ edukuse ja vajalikkuse kohta. Perearsti arvamust käsitleti kui ühe olulise huvigrupi arvamust ravimiturul.

Töö teoreetilises osas keskenduti sotsiaalturunduse olemuse selgitamisele. Ühe olulise töö osana käsitleti, arvestades töö eesmärki, sotsiaalturunduse olemust ja sotsiaalkampaania rolli selles. Sotsiaalkampaaniat defineeriti kui ühte sotsiaalturunduse kommunikatsiooni vormi, mille eesmärgiks on muuta inimeste arusaamu ja käitumist. Sotsiaalreklaam on osa sotsiaalsest turunduskontseptsioonist, kuhu kuuluvad lisaks edustamisele ka toode, hind ja jaotus. Seega on sotsiaalkampaania korraldamisel oluline pöörata tähelepanu kõigile turundusmeetmetiku osadele.

Võttes arvesse asjaolu, et antud kampaania toimus ravimiturul, selgitati töö esimeses osas ravimituru eripärasid võrreldes tavaturundusega ning ravimite tarvitamist mõjutavaid tegureid. Tegureid, mis mõjutavad ravimite tarvitamist on mitmeid. Käesoleva töö raames peeti kõige olulisemaks riigi poolt teostatavat ravimipoliitikat, tervishoiutöötajaid (arstid, apteekrid) ja ravimi hinda. Suuremat tähelepanu pöörati hinnale, kui ühele väga olulisele tegurile. Erinevate autorite arvamuse kohaselt jõuti järeldusele, et ravimiturul, kus patsiendil puudub täielik ülevaade tootest, hindab patsient tarbitavat toodet tihtipeale meetodil: mida kallim, seda

kvaliteetsem/efektiivsem. Seega hinda ei ole alati peamine mõjutegur. Mistõttu hinnale keskenduvad kampaaniad ei pruugi sihtgrupini jõuda.

Peatüki kolmas osa keskendus erinevatele kommunikatsiooni võimalustele ravimiturul. Selgitati reklaami ning erinevate sotsiaalkampaaniate kasutamise võimalusi. Konkreetseid tooteid ei ole võimalik ravimiturul lõpptarbijale reklaamida. Seega kui soovitakse patsienti informeerida, näiteks geneeriliste ravimite võrdväärsest originaalravimiga, on üheks võimaluseks kasutada sotsiaalkampaaniat. Üle maailma on seda võimalust erinevates riikides kasutatud. Tulemused on olnud positiivsed, olgugi et põhjalikud hindamised ja ülevaated polnud kättesaadavad.

Esimese peatüki kokkuvõtteks koostati erinevate autorite arvamuse põhjal tabel erinevatest hindamistüüpidest ja indikaatoritest. Autori arvates ei erine sotsiaalkampaania läbiviimine ravimiturul üldiselt teistes valdkondades teostatavatest sotsiaalkampaaniatest. Arvestama peab küll teatud eeltingimustega: ravimid on tundlik teema, kuna on seotud inimese tervisega ning otseselt ei saa reklaamida ühtegi ravimit. Samuti on ravimiturul kaasatud otsustusprotsessi mitmed erinevad huvigrupid. Selleks, et tagada kampaania erinevate elementide jõudmine sihtgrupini on autori arvates oluline teostada põhjalik kujundav hindamine ning kasutada erinevaid hindamisvõimalusi terve kampaania vältel.

Töö empiirilises osas anti ülevaade Eesti ravimiturust ja sotsiaalkampaaniast „Erinevus on ravimi hinnas.“ Eesti ravimiturul on oluline roll teostataval ravimipoliitikal, osalevatel arstidel ja apteekritel ning ravimi hinnal. Peamise osana peatükist analüüsiti ankeetküsitluste tulemusi. Kokku saadi 153 patsiendi ja 81 perearsti vastused.

Patsiendi küsimustik jaotati vastavalt küsimuste sisule kaheks: ravimite tarvitamist puudutavad küsimused ja sotsiaalkampaaniat puudutavad küsimused. Küsimustiku esimeses osas selgitati välja, et mitut erinevat retseptiravimit vastaja igapäevaselt tarvitab ning mis on peamised faktorid, mis teda retseptiravimi valikul mõjutab. Paluti välja tuua kolm kõige olulisemat faktorit. 61% vastanuist tõi välja kolm faktorit, ülejäänud piirdusid kas ühe või kahe faktoriga. Antud osa viimane küsimus selgitas välja patsiendi teadlikkuse geneerilise ravimi ja originaalravimi erinevustest.

Küsimustiku teises osas selgitati välja, et kui paljud patsiendid märkasid sotsiaalkampaaniat „Erinevus on ravimi hinnas,“ kus märkasid ning kas kampaania muutis nende tarbimiskäitumist. Perearstile suunatud ankeet jagunes samuti kaheks: küsimused patsientide ravimite tarvitamise kohta ning küsimused sotsiaalkampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ kohta. Küsimustiku esimeses osas uuriti, et kas perearst on teadlik, et millist ravimit (originaalravimit või geneerilist ravimit) tema patsiendid tarvitavad ning kui teadlikud on patsiendid nende arvates originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest. Sarnaselt patsiendile suunatud ankeediga, küsiti perearsti arvamust, et millised peamised faktorid mõjutavad patsiente retseptiravimi valikul. Küsimustiku teine osa keskendus sotsiaalkampaania mõjule patsiendi teadlikkusest ja käitumisest ning arsti enda arvamusele kampaania kohta.

Magistritöö analüüsi tulemusena selgus, et patsientide arvates mõjutab retseptiravimi valikut kõige enam „arsti soovitus,“ millele järgneb „ravimi hind.“ Perearstide arvates on aga kõige suuremaks mõjutajaks „ravimi hind,“ millele järgneb „arsti soovitus.“ Kõiki teisi faktoreid toodi oluliselt harvem välja. Tulemustest selgub, et ainult ravimi hinnale keskenduvad kampaaniad ei pruugi edukad olla, sest patsient hindab ravimi valikul ennekõike arsti soovitust. Sellest tulenevalt on arstide, kui olulise huvigrupi, kaasamine kampaania protsessi oluline.

Nii perearsti kui patsiendi ankeedis uuriti patsientide teadlikkust originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest. Vastanud patsientidest peaaegu iga teine oli teadlik, milles erinevus seisneb. Peamiste erinevustena toodi välja ravimi hinda, erinevat tootja firmat ja abiainete erinevust. Paljud vastajad vastasid lausega: „põhimõttelist kõik muu on sama, ainult hind on erinev.“ Selline vastus on väga sarnane kampaania peamise sõnumiga, milleks oli: „Erinevus on ravimi hinnas!“ Arstide arvates on nende patsientide teadlikkus parem. Enne kampaania algust hinnati, et teadlikkus võis olla 64% ja kampaania jooksul on see suurenenud 77%-ni. Suurt erinevust võrreldes patsientide vastustega võib selgitada asjaoluga, et perearst hindas teadlikkust kogu oma nimistu põhjal, autor aga küsitles vanemaid patsiente. Kokkuvõttes võib küll öelda, et pooled vastajad on teadlikud erinevusest originaalravimi ja geneerilise ravimi vahel, kuid edasine selgitus- ja teavistutöö on vajalik.

Kõige enam huvitas autorit antud küsitluse juures kampaania märgatavus ja mõju edasisele tarbimiskäitumisele. Tulemuseks saadi, et kõikidest vastanutest märkas kampaaniat 44% vastanuist. Märgatavus oli parem kolme või rohkemat ravimit tarvitavas grupis, naiste seas ja vanusegrupis 60 – 69 eluaastat. Kõige paremini oli kampaania märgatav asulas üle 40 000 elanikuga. Kui vaadeldi eraldi neid vastajaid, kes varasemalt polnud teadlikud originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest, siis nendest vastajatest iga teine oskab nüüd vajadusel arstilt või apteekrilt nõu küsida ning iga viies vahetas kõik oma ravimid geneeriliste ravimite vastu. Arstide arvates 59% patsientidest on hakanud vähemalt osaliselt eelistama geneerilisi ravimeid. Sellest tulenevalt võib öelda, et vähemalt osaliselt on kampaania tõstnud inimeste teadlikkust, käitumismuutusi on aga kaasatoonud vähe. Edasiste kampaaniate puhul on oluline rohkem arvestada sihtgrupi eripäraga ja kasutada vastavaid kommunikatsioonimeetodeid.

Perearstidest 69% leidis, et sellised sotsiaalkampaaniad nagu „Erinevus on ravimi hinnas“ on vajalikud, et pöörata patsientide tähelepanu geneeriliste ravimite olemasolule, suurendada teadlikkust erinevustest geneerilise ravimi ja originaalravimi vahel ning võimalusel muuta tarbimiskäitumist. Hinnang analüüsitava kampaaniale oli samuti pigem positiivne või positiivne. Negatiivsuse peamine põhjus oli, et patsient ei saa kampaania sõnumit aru ning satub seetõttu segadusse. Küsitlusest selgus ka, et vähesel määral on kampaania mõjutanud perearstide tööd, kuna on suurenenud vajadus selgitustööks ja kasvanud ravimifirmade aktiivsus.

Käesolevas töös küsitleti inimesi keskmise vanusega 62 eluaastat. Antud sihtgrupi vastuseid analüüsides võime järeldada, et kampaania sõnum pole nendeni jõudnud. Nimetatud asjaolu ei tähenda seda, et kampaania oleks ebaõnnestunud, sest teadlikkus on kasvanud. Lähtudes teooriaosas toodust võib sotsiaalkampaaniat pidada edukaks juba siis kui on toimunud positiivne muutus teadlikkuse tõusus. Autori arvates peaks aga tuleviku kampaaniates vanemale patsiendile teisiti lähenema, kaasama rohkem olulisi huvigruppe (arste, apteekreid) ning teostama kampaania erinevate etappide hindamist, et vajadusel korrekture teha.

VIIDATUD ALLIKAD

1. **Al-Windi, A., Elmfeldt, D., Svärdsudd, K.** The relationship between age, gender, well-being and symptoms and the use of pharmaceuticals, herbal medicines and self-care products in a Swedish Municipality. – *European Journal of Clinical Pharmacology*, 2000, vol. 56, pp. 311-317
2. **Andreasen, A. R.** Social Marketing: Definition And Domain. *Journal of Public Policy and Marketing* vol 13 (1),1994, pp. 108-114.
3. **Andreasen, A.R** Marketing Social Change. Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment. San Fransisco: Jossey-Bass, 1995, 348p.
4. **Andreasen, A. R.** Intersector Transfer Of Marketing Knowledge. P.N. - Handbook Of Marketing And Society. Edited by: Bloom, Gundlach, G. T, California: Sage Publications, 2001, pp. 80-104.
5. **Andreasen, A. R., Drumwright, M. E.** Alliances And Ethics In Social Marketing. - Ethics In Social Marketing. Edited by: Andreasen, A. R., California: Sage Publications, 2001, pp. 95 – 124.
6. **Berndt, E.R., Danzon, P.M., Kruse, G.** Dynamic Competition in Pharmaceuticals: Cross-National Evidence from New Drug Diffusion. – *Managerial and Decision Economics*, 2007, vol. 28, pp. 231-250.
7. **Bovee, C. L., Arens, W. F.** Contemporary advertising. Homewood, Boston: (MA), Irwin, 1992, 718 p
8. **Bovee, C. L., Thill J. V.** Marketing. USA: Von Hoffmann Press, 1992, 761 p
9. **Brenkert, G. G.** The Ethics of International Social Marketing. Ethics in Social Marketing, Edited by: A. R. Andreasen, Washington: Georgetown University Press, 2001, pp. 39 – 69.

10. **Chee, H., Harris, R.** Global Marketing strategy. Suurbritannia: Pitman Publishing, 1998, 711 p
11. **Connors, A.** Big bad pharma: an ethical analysis of physician – directed and consumer-directed marketing tactics. - Albany Law Review, 2010, Vol. 73(1), pp. 243 – 282.
12. **Dann, S.** Redefining social marketing with contemporary commercial marketing definitions. - Journal of Business Research, 2010, pp. 147 – 153.
13. **Davidson, K. D., Novelli, W. D.** Social Marketing as Business Strategy: The Ethical Dimension. - Ethics in Social Marketing. Edited by: Andreasen, A. R., Washington: Georgetown University Press, 2001, pp. 70 – 94.
14. **De Joncheere C. P, Rietveld A. H, Huttin C.** Experiences with Generics– Drugs and Money: Prices, affordability and cost containment. Edited by: M. N. G. Dukes, F. M. Haaijer-Ruskamp, C. P. de Joncheere, A. H. Rietveld. Amsterdam: IOS Press, 2003, lk 101-109
15. **De Joncheere, K., Haaijer-Ruskamp, F. M., Rietveld, A. H., Dukes, M. N. G.** Scope of the problem. – Drugs and Money: Prices, affordability and cost containment. Edited by: M. N. G. Dukes, F. M. Haaijer-Ruskamp, C. P. de Joncheere, A. H. Rietveld. Amsterdam: IOS Press, 2003, pp 7-13
16. **Delhomme, P., Dobbeleer, W., Forward, S. Simoens, A.** Manual for designing, implementing, and evaluating road safety communication campaigns: part 1. 2009. [http://www.cast-eu.org/docs/CAST_WP3_Deliverable%203.2a.pdf] 08.12.2011.
17. Development of Drug Utilization Indicators: A Feasibility Study Using Existing Aggregated Administrative Databases. Canadian Institute for Health Information, 2002, 72 p. [http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/indicators_drug_e_final_report.pdf]. 28.10.2011
18. **Domegan, C. T.** Social marketing: implications for CMP classification scheme. - Journal of Business & Industrial Marketing, 2008, Vol. 23, No. 2, pp. 135 – 141.
19. **Donohue, J. M., Cevasco, M., Rosenthal, M. B.** A Decade of Direct-to-

- Consumer Advertising of Prescription Drugs. – The New England Journal of Medicine, 2007, no 7, pp 673-681.
20. Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2010
[[http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/HK_majandusaasta_aruanne_2010\(1\).pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/HK_majandusaasta_aruanne_2010(1).pdf)]. 01.12.2011.
 21. Eesti ravimipoliitika alused aastani 2010. 2002, 12 lk.
[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Ravimipoliitika_alused_2010.pdf] 17.09.2011.
 22. Eesti ravimistatistika 2006 – 2009. Ravimiamet. 2010, 84 lk.
[<http://www.ravimiamet.ee/vvfiles/0/Eesti%20ravimistatistika%202006-2009.pdf>] 23.10.2011.
 23. Elanike hinnangud tervisele ja arstiable. Eesti Haigekassa. Sotsiaalministeerium, 2010, 71 lk.
[http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Hinnangud_arstiable_2010.pdf] 21.11.2011.
 24. **Ephron, E., Harvey, B., MaroneyD., Moran, B., Spaeth, J., Brandon, P.** Making Better Media Decisions. 2002, 32 p. [http://s3.amazonaws.com/thearf-org-aux-assets/downloads/research/2003_ARF_media_model.pdf] 18.12.2011.
 25. Evaluation Report No.12. NPS, 2010, 73 p.
[http://www.nps.org.au/__data/assets/pdf_file/0005/82535/NPS_Eval_Report_2008-09_v1.1a_screen.pdf] 29.11.2011.
 26. **Fischer, M., Sönke, A.** Patient- or Physician-Oriented Marketing: What Drives Primary Demand for Prescription Drugs? - Journal of Marketing Research, 2010, Vol. 47, No. 1, pp. 103 – 121.
 27. **Friedman, M., Gould, J.** Consumer attitudes and behaviors associated with direct-to-consumer prescription drug marketing. - Journal of Consumer Marketing, 2007, Vol. 24, No. 2, pp. 100 - 109.
 28. **Goff, S. L., Mazor, K. M., Meterko, V., Dodd, K., Sabin, J.** Patients' Beliefs and Preferences Regarding Doctors' Medication Recommendations. - Journal of General Internal Medicine, 2008, pp. 236 – 241.
 29. Health at a Glance: Europe 2010. OECD 2010, 126 p.

30. **Hinrikus, T., Jaamaste, M., Kikas, E., Kingisepp, P-H., Laius, O., Raal, A., Sepp, S., Toomvap, A-L., Veski, P., Volmer, D.** Farmaatsiaterminoloogia. Ravimiamet (kirjastanud), Tartu, 2010, 256 lk.
31. **Hsu, T-H., Tsai, T-N., Chiang, P-L.** Selection of the optimum promotion mix by integrating a fuzzy linguistic decision model with generic algorithms. - Information Sciences, 2009, Vol. 179, Issue 1-2, pp. 41-52.
32. **Irs, A.** Ravimite väljakirjutamise reeglid: põhjused ja tagajärjed. – Eesti Arst, 2005, nr 84 (2), lk. 126-131.
33. **Ismirlieva, M.** Regulatory Efforts to Promote the Use of Generics – Government Versus Big Pharma. OECD, 2003, 9 p. [http://www.touchhealthsciences.com/articles/regulatory-efforts-promote-use-generics-government-versus-big-pharma] 11.10.2011.
34. **Jacobzone, S.** Pharmaceutical policies in OECD: reconciling social and industrial goals. [http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/5lgsjhvj7s0x.pdf?expires=1325613928&id=id&accname=guest&checksum=87BC895406511BEB0C4E16C83C89F40D]. 29.11.2011.
35. **Kaldaru, H.** Mikroökoonoomika. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus, 2006, 272 lk
36. Kampaania „Erinevus on ravimi hinnas.“ Eesti Haigekassa, 2011. [http://www.haigekassa.ee/kindlustus/soodusravimid/ravimikampaania]. 03.12.2011.
37. **Kanavos, P., Vadoros, S., Habicht, J., de Joncheere, K.** Review of the Estonian Pharmaceutical Sector: Towards the development of a National Medicines Policy, WHO Regional office for Europe, 2009, 93 p
38. **Kiivet, R-A.** Retseptiravimite kasutamine ja iseravimine Eesti elanike poolt. Eesti Arst. 2008, Vol. 88, lk. 92 – 96.
39. **Kinncar, T. C., Bernhardt, K. L.** Principles of Marketing. USA: Scott, Foresman and Company, 1990, 765 p

40. **Kitsing, M.** Reklaam, ravimid ja konkurentsivõime. 2005.
[<http://www.policy.hu/kitsing/profit.pdf>] 30.11.2011.
41. **Koppel, A., Kahur, K., Habricht, T., Saar, P., Habricht, J., van Ginneken, E.** Eesti tervisesüsteemi ülevaade. 2008, 10 (1): 312 lk
42. **Kotler, P.** FAQs on Marketing. New York: Marshall Cavendish Business, 2005, 168 p
43. **Kotler, P., Armstrong, G.** Marketing: an introduction, Second Edition. USA: Prentice-Hall International, 1990, 592 p
44. **Kotler, P., Roberto, E. L.** Social Marketing Strategies For Changing Public Behaviour. New York, London: The Free Press, 1989, 401 p
45. **Kotler, P., Roberto, N., Lee, N.** Social Marketing. Improving the Quality of Life. USA: Sage Publications, 2002, 438 p
46. **Kungla, M.** Piirmäära kaotamine löögi alla seatud. – Terviseleht. 2011, Nr. 9 (22), lk. 4-5.
47. **Lecouturier, J., Rodgers, H., Murtagh, M. J., White, M., Ford G. A., Thomson, R. G.** Systematic review of mass media interventions designed to improve public recognition of stroke symptoms, emergency response and early treatment - PMC Public Health. 2010, pp. 1-11.
48. **Lee, R. L.** Where's the beef? Social marketing in tough times. - Journal of Social Marketing, 2011, Vol. 1, No. 1.
49. **Lefebvre, R. C.** 25 Years of social marketing: Looking back to the future. – Social Marketing Quarterly, 1997, Vol. 3, No. 5-6, pp. 51 – 58.
50. **Lipton, H. L., Duke, K. S.** Experiences with pharmacy benefit management programmes in the USA. - The International Journal of Risk and Safety in Medicine. 2002, Vol. 15, No. 1-2, pp. 111 – 118.
51. **Ljungberg, C., Lindblad, A. K., Tully, M. P.** Hospital doctors' views of factors influencing their prescribing. - Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2006, pp. 765-771.
52. **Lyles, A.** Direct marketing of pharmaceuticals to consumers. – Annual Review of Public Health, 2002, Vol. 23, pp. 73 – 91.
53. **Lätt, K.** Retseptiravimite turunduskommunikatsioon Eestis, TÜ Ettevõtetmajanduse instituut, 2008, 66 lk (magistritöö)

54. **McDermott, L., Stead, M., Hastings, D.** What Is and What Is Not Social Marketing: The Challenge of Reviewing the Evidence. – *Journal of Marketing Management*, 2005, Vol. 21, No. 5-6, pp. 545 – 553.
55. **MacFadyen, L., Stead, M., Hastings, G. B.** Social marketing. – *The Marketing Book*, 5th edition. Edited by: Baker, M. J. Oxford: Butterworth Heinemann, 2003, pp. 694 - 720.
56. **MacKenzie, I. S., Wei, L., Rutherford, D., Findlay, E. A., Saywood, W., Campbell, M. K., MacDonald, T. M.** Promoting public awareness of randomised clinical trials using the media: the „Get Randomized!“ campaign. - *British Journal of Pharmacology*, 2010, pp. 128 -135.
57. **Martin, G. W., Herie, M. A., Turner, B. J., Cunningham, J. A.** A Social Marketing Model For Disseminating Research-Based Treatments To Addictions Treatment Providers – *Addiction*. 1998, 93 (11), pp. 1703-1715.
58. **Meresmaa, K.** Jätkub kampaania „Erinevus on ravimi hinnas.“ *Eesti Päevaleht*, 20.10.2010. [<http://www.epl.ee/news/eesti/jatkub-kampaania-erinevus-on-ravimi-hinnas.d?id=60155676>] 23.10.2011.
59. **Matsuda, R.** Action Plan for Promoting Generic Substitution. [http://www.hpm.org/en/Surveys/Ritsumeikan_University_-_Japan/11/Action_Plan_for_Promoting_Generic_Substitution.html]. 18.11.2011.
60. **McKenzie-Mohr, D., Smith, W.** *Fostering Sustainable Behavior*. Canada: New Society Publishers, 1999, 160 p
61. **Miles, B., Huberman. A. M.** *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. California: Sage publication, 1994, 352 p.
62. **Mladovsky, P., Allin, S., Masseria, C., Hernandez-Quevedo, C., McDaid, D., Mossialos, E.** *Health in the European Union: Trends and analysis*. United Kingdom: Cromwell Press Group, 2009, 164 p
63. **Ng, R.** *Drugs – from discovery to approval*. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc., 2004, 355 pp.
64. **Oguamanam, C.** Patents and Pharmaceutical R&D: Consolidating Private–Public Partnership Approach to Global Public Health Crises. - *The Journal of World Intellectual Property*. 2010, Vol. 13, No. 4, pp. 556 – 580.

65. **Oja, A.** Käsimumüügiravimite ostul on olulisim apteekri soovitus. Äripäev. 12.08.2011 [http://www.ap3.ee/?PublicationId=b3f016e5-281b-4b28-bbbb-952110e76b48] 09.11.2011.
66. **Olmos, J.** Spain launches a new campaign to promote greater generic drug utilisation. - Journal of Generic Medicines, 2011, Vol. 8, pp. 1 – 3.
67. **Patsient** W.A.I.T indicator. EFPIA, 2010, 6 p. [http://www.efpia.eu/content/default.asp?PageID=559&DocID=9239] 05.09.2011
68. Pharmaceutical Sector Inquiry – Preliminary Report. European Union, 2008, 4p. [http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/1_Prices_time_to_generic_entry_and_consumer_savings.pdf] 14.11.2011.
69. **Peters, J., Nel, D., Adam S.** Reaching and influencing consumers in the prescription medicine market. - Marketing Intelligence and Planning, 2009, Vol. 27, No. 7, pp. 909 – 925.
70. PPRS: The Study into the Extent of Competition in the Supply of Branded Medicines to the NHS. Department of Health and the Association of the British Pharmaceutical Industry. December 2002. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009600]. 19.08.2011
71. **Praakli, R.** Turunduskommunikatsiooni rakendamise võimalused Eesti ravimiturul kahe terapeutilise ravimiklassi näitel. TÜ ettevõtetmajanduse instituut, 2011, 105 lk. (magistritöö)
72. **Purvin, L.** Strategies to Increase Generic Drug Utilization and Associated Savings. [http://assets.aarp.org/rgcenter/health/i16_generics.pdf]. 02.11.2011.
73. Raviminfo kodulehekülg. [www.ravimiinfo.ee]. 29.11.2011.
74. Ravimiseadus. Vastu võetud Riigikogus 16.12.2004. aastal – RT 2005, 2,4. [https://www.riigiteataja.ee/akt/102022011004] 17.11.2011.
75. **Rehne, J., Moldrup, C.** Danes' awareness of and attitude towards direct-to-consumer advertising (DTC-A) of prescription drugs: A quantitative survey of

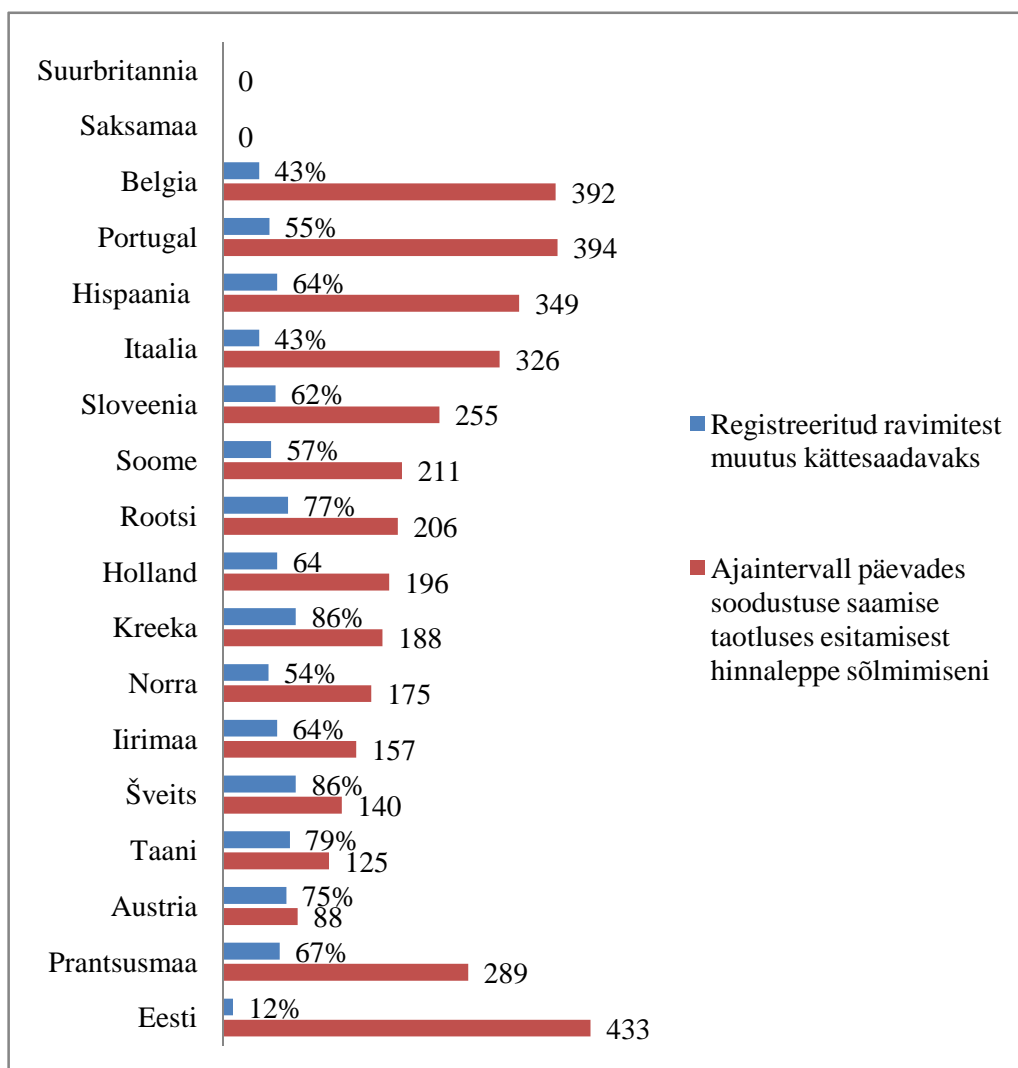
- 3,000 respondents. - Journal of Medical Marketing. 2008, Vol. 8, No. 1, pp. 31 – 38.
76. **Ressler, W. H., Toledo, E.** A Functional Perspective On Social Marketing: Insights From Israel's Bicycle Helmet Campaign. - Journal of Health Communication. 1997, Vol. 2, No. 3, pp. 145-156.
77. **Rietveld, H., Haaijer-Ruskamp, F. M.** Policy options for cost containment of pharmaceuticals. – Drugs and Money: Prices, affordability and cost containment. Edited by: M. N. G. Dukes, F. M. Haaijer-Ruskamp, C. P. de Joncheere, A. H. Rietveld. Amsterdam: IOS Press, 2003, pp 29-54.
78. **Rizzo, J.A., Zeckhauser, R.** Generic script share and the price of brand-name drugs: the role of consumer choice. – International Journal of Health Care Finance and Economics, 2009, vol. 9, pp. 291-316.
79. **Rosenthal, M. B, Berndt, E. R, Donohue, J. M, Epstein, M. A., Frank, G. R.** Demand Effects of Recent Changes in Prescription Drug Promotion. 2003, 36 p. [<http://www.kff.org/rxdrugs/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=14380>] 28.11.2011
80. Savings. An Economic Analysis of Generic Drug Usage in the U.S. 2011, 10 p. [<http://www.gphaonline.org/sites/default/files/GPhA%20IMS%20Study%20WEB%20Sep20%2011.pdf>] 17.11.2011.
81. **Sarv, K.** Millal neelatakse viimane üksikapteek? 2010. [http://www.seminar.aripaev.ee/images/originalimages/Apteegid_Kaidi_Sarv_loet-0dd68.pdf] 11.10.2011
82. **Shandas, V.** An Empirical Study of Streamside Landowners' Interest in Riparian Conservation. - Journal of the American Planning Association. 2007, Vol 73, No. 2, pp. 173 – 814.
83. **Semim, S., Aras, S., Guldal, D.** Direct-to-consumer advertising of pharmaceuticals: developed countries experiences and Turkey. - Health Expectations, 2006, Vol. 10, No. 1, pp. 4 - 15.

84. **Siegel, M. M. D., Doner, L.** Marketing Public Health: Strategies to Promote Social Change. USA: Aspen Publishers Inc., 1998, 544 p.
85. **Simoens, S.** A Policy analysis of the Portuguese generic medicines market. – Value in Health, 2009, Vol. 12. No. 7, pp. 74 – 80.
86. **Sinialu, V.** Ravimisektor. Head ja vead. - Eesti Arst. 2011, Vol. 90, Nr. 1, lk. 46 – 48.
87. **Sondergaard, J., Vach, K., Kragstrup, J., Andersen, M.** Impact of pharmaceutical representative visits on GPs' drug preferences. – Family Practice, 2009, Vol. 26, No. 3, pp. 204 – 209.
88. Sotsiaalministeeriumi kodulehekül.
[<http://www.sm.ee/tegevus/tervis/tervishoid-ja-ravimid/soodusravimid.html>]
01.12.2011
89. Sotsiaalministri 18. veebruari 2005. a määruse nr 30 „Ravimite väljakirjutamise ning apteekidest väljastamise tingimused ja kord ning retsepti vorm” Vastu võetud Riigikogus, 26.02.2010. aastal. – RT, I osa, 2011 nr 12, art. 14. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/13282238>] 07.08.2011.
90. Statistikaamet [http://pub.stat.ee/px-web.2001/Dialog/varval.asp?ma=RV0211&ti=AASTAKESKMINE+RAHVASTIK+SOO+JA+VANUSER%DCHMA+J%C4RGI&path=../Database/Rahvastik/01Rahvastikunaitajad_ja_koosseis/04Rahvaarv_ja_rahvastiku_koosseis/&lang=2]. 24.08.2011.
91. **Stead, M., Gordon, R., Angus, K., McDermott, L.** A systematic review of social marketing effectiveness. – Health Education, 2006, pp. 126 – 191.
92. **Stead, M., Hastings, G.** Advertising in the Social Marketing Mix: Getting the Balance Right. - Social Marketing: Theoretical and Practical Perspectives. Edited by: Goldberg, M. E., Fishbein, M., Middlestadt, S. E. London: Lawrence Erlbaum Associates Inc, 1997, pp. 29-43.
93. **Sullivan, D., L., Schommer, J. C., Birdwell, S. W.** Consumer retention of risk information from direct-to-consumer advertising. - Drug Information Journal, 1999, Vol. 33, pp. 281 – 289.

94. The Pharmaceutical Industry in Figures 2010. EFPIA, 2011, 27 p.
[<http://www.efpia.eu/Content/Default.asp?PageID=559&DocID=11586>]
23.10.2011.
95. **Vancelik, S., Beyhun, N., Acemoglu, H., Calikoglu, O.** Impact of pharmaceutical promotion on prescribing decisions of general practitioners in Eastern Turkey. - BMC Public Health, 2007, Vol.7, No. 1, pp. 1-8.
96. Tervise edendamise 2010. aasta projektide tulemused. Eesti Haigekassa, 2011, 21 lk. [http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/2010_TE_tulemused.pdf]
16.11.2011.
97. **Wagner, J. L., McCarthy, E.** International differences in Drug Price. - Annual Review of Public Health, 2004, Vol. 25, No. 1, pp. 475 – 495.
98. **Weinreich, N. K.** What Is Social Marketing. [www.socialmarketing.com/Whatis.html]. 21.09.2011.
99. **Weinreich, N. K.** Hands-On Social Marketing. USA: Sage Publications, 1999, 262 p
100. **Weiss, J. A., Tschirhart, M.** Public information campaigns as policy instruments. - Journal of Policy Analysis and Management, 1994, Vol.13, No. 1, pp. 82-119.
101. **Wood, M.** Applying Commercial Marketing Theory to Social Marketing: A Tale of 4Ps (and a B) - Social Marketing Quarterly, 2008, pp. 76 – 85.

LISAD

Lisa 1. W.A.I.T indikaatori näitajad Euroopa riikides võrrelduna Eestiga (Patsient W.A.I.T indicator 2010: 4-6)



Allikas: EFPIA kodulehekül

Lisa 2. Patsiendi küsimustiku näidis

Tere lugupeetud patsient!

Olen Tartu Ülikooli majandusteaduskonna magistrant ja kirjutan oma magistritöö teemal: **Sotsiaalkampania „Erinevus on ravimi hinnas“ hindamine**. Palun Teid täita ära allolev ankeet, mille vastuseid analüüsitakse minu magistritöös. Teie vastused on suureks abiks töö koostamisel.

1. Kas tarvitate retseptiravimeid igapäevaselt:

- EI
- JAH

2. Kas tarvitate igapäevaselt:

- Ühte ravimit päevas
- Kahte ravimit päevas
- Kolme ravimit päevas
- Rohkem kui kolme erinevat ravimit päevas

3. Millised faktorid mõjutavad Teid retseptiravimi valikul?

Järjesta kolm kõige olulisemat faktorit.

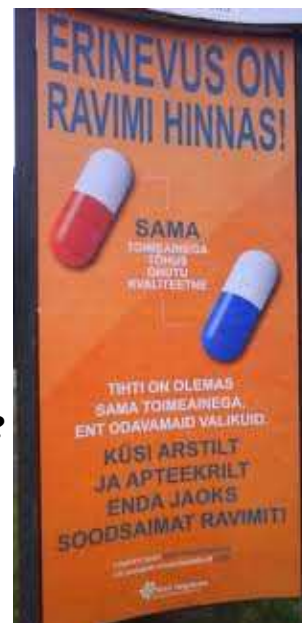
- Arsti soovitus
- Apteekri soovitus
- Ravimi hind
- Ravimi brändi (kaubamärgi) tuntus
- Tuttava soovitus
- Ravimi uudsus
- Ravimi pakend
- Ravimi olemasolu lähimas apteegis
- Ravimi tootja maa
-

Muu.....

4. Kas teate, mille poolest erineb originaalravim geneerilisest ravimist ehk analoogravimist?

- EI tea
- JAH tean, erineb (*kirjuta erinevused*)

.....
.....
.....
.....



Lisa 2 järg.

5. **Kas märkasite 2010 aasta sügisel ja 2011 aasta kevadel toimunud kampaaniat „Erinevus on ravimi hinnas?“ (Kui vastad „EI“ mine küsimus nr 9 juurde)**
JAH
EI
6. **Kus märkasite kampaaniat „Erinevus on ravimi hinnas?“**
Televisioonis
Raadios
Internetis
Linna pildis (nt reklaamplakatid tänavatel, bussipeatustes)
Ajakirjanduses
Arsti ukse taga voldikutel
Apteegis olevatel voldikutel
Mujal (*nimeta*).....
7. **Kas teadsite enne kampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ algust, mis on originaalravim ja mis on geneeriline ravim ehk analoogravim?**
JAH teadsin
EI teadnud
8. **Kas kampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ muutis Teie ravimite tarbimisharjumusi?**
EI, ostan ikka originaalravimeid
EI, kasutasin juba enne kõige soodsamaid ravimeid
JAH, oskan nüüd arstilt ja apteekrilt küsida informatsiooni soodsamate ravimite kohta
JAH, vahetasin kõik ravimid soodsamate vastu välja
9. **Teie sugu:**
Naine
Mees
10. **Teie vanus.....**
11. **Kus Te elate?**
Asulas kuni 5000 elanikku
Asulas 5000 – 40 000 elanikku
Asulas üle 40 000 elaniku

TÄNAN TEID KAASAMÕTLEMISE JA VASTAMISE EEST!

Lisa 3. Arsti küsimustiku näidis.

Lugupeetud perearst!

Olen Tartu Ülikooli majandusteaduskonna magistrant ja kirjutan oma magistritöö teemal **Sotsiaalkampania „Erinevus on ravimi hinnas“ hindamine**. Allpool on ära toodud küsimused, mille abil hinnata kampania vajalikkust ning olulisust Teie patsientidele ja Teile. Teie vastused on suureks abiks töö koostamisel.

9. Kas Te üldiselt teate, milliseid ravimeid (originaalravimit või geneerilist ravimit) Teie patsiendid tarvitavad?

JAH, enamus juhtudel tean
JAH, pooltel juhtudel tean
EI, enamus juhtudel ei tea
Ei oska öelda

10. Millised faktorid mõjutavad Teie arvates patsiente retseptiravimi valikul kõige rohkem? Järjesta kolm kõige olulisemat.

Arsti soovitus
Aptekri soovitus
Ravimi hind
Ravimi brändi (kaubamärgi) tuntus
Tuttava soovitus
Ravimi uuksus
Ravimi pakend
Kampaniad
Kättesaadavus
Ravimi tootja maa
Muu.....

11. Kas Teie arvates olid patsiendid enne kampania algust teadlikud originaalravimi ja geneerilise ravimi erinevustest?

JAH, enamus patsiente olid teadlikud
JAH, osad patsiendid olid teadlikud
EI, enamus patsiente polnud teadlikud
Ei oska öelda

12. Kas peale kampaniat „Erinevus on ravimi hinnas“ kasvas patsientide huvi geneeriliste ravimite vastu?

JAH, oluliselt kasvas
JAH, pigem kasvas

Lisa 3 järg.

- EI kasvanud
- EI oska öelda

13. Kas patsiendid soovisid peale kampaania algust rohkem teha muudatusi oma ravimi valikus?

- EI, pigem jäädi harjumuspäraste ravimite juurde
- JAH, vahetati originaalravimi kasuks
- JAH, vahetati osaliselt geneeriliste ravimite kasuks
- JAH, vahetati kõik ravimid geneeriliste ravimite vastu
- Ei oska öelda

14. Kas patsientide informeerimine reklaamkampaania vormis on Teie arvates vajalik?

- JAH
- EI

15. Teie hinnang kampaaniale „Erinevus on ravimi hinnas“

- Positiivne
- Pigem positiivne
- Pigem negatiivne
- Negatiivne

16. Kas kampaania „Erinevus on ravimi hinnas“

- Suurendas Teie töökoormust (oli vajalik teha rohkem selgitustööd)
- Suurendas pereõe töökoormust (oli vajalik teha rohkem selgitustööd)
- Suurendas ravimifirmade aktiivsust
- Ei toonud kaasa muutusi minu igapäeva töös

17. Millised patsiendid tundsid kõige rohkem huvi geneeriliste ravimite vastu?

- Mehed
- Naised
- Nooremad patsiendid (vanus alla 60.a.)
- Vanemad patsiendid (vanus üle 60.a.)

18. Soovi korral kommentaare kampaania „Erinevus on ravimi hinnas“ kohta

.....
.....

SUMMARY

THE ESTIMATION OF SOCIAL CAMPAIGN CARRIED ON UNDER THE AEGIS OF NATIONAL MEDICINE POLICY

(with the help of the example of campaign „The difference is the price of the product”)

Piret Trumm

No one topic connected with medicines couldn't be underestimated or considered to be inconsequential as the medicines affect everyone in society, the old ones and the young ones. It's not a secret that the societies of the whole world and Europe are aging; that's why the relative importance of medicines is going to increase even more in future. The medicines could have essential influence on the health of people and health is one of the most important benefits, which needs ensuring by society; also, they could have influence on the expenses of people, which have certainly to be recognized in present material world.

The popularization and usage of generic medicines has essentially increased as a result of the new medicine policy of Estonia. According to the valid legislature the agent not the name of definite medicine should have to written on the recipe by the doctor. If the name of a definite medicine is written on the recipe by the doctor some concrete medical reasoning should have to support it. The pharmacist has to offer the medicine preparation, which has the lowest self-participation in its price or generic medicine, at first since April 01, 2010 in both cases. A change of that kind enables the patient to choose a medicine more affordable for him or her. The implementation of advantageous generic medicines is one of the most direct possibilities to offer equivalent medicine service for a greater number of patients without increasing the national medicine budget.

The self-participation of the patients in the purchase of medicines is very different among different states. Also, the usage of generic medicines is different in different states. The usage of generic medicines is already 65-75% in developed states as England, USA or Germany; it was 34% in Estonia in 2010. Different social campaigns have been used in several states all over the world to decrease the self-participation and to increase the consumption of generic medicines; the purpose of that is to increase the awareness of people about generic medicines and the safety of their usage. Social campaigns are used as the advertising of medicines to final consumers or patients isn't allowed in most member states of EU. Therefore it's possible to inform patients by delivering a general message and not by advertising a particular product. A campaign "The difference is the price of the product" was initiated in autumn of 2010 by Estonian Health Insurance Fund; it's purpose was to inform patients about the presence of more advantageous medicines and to encourage the patients to ask for more advantageous medicines as from the doctors, so from the pharmacists. The campaign continued in spring and late autumn of 2011.

The purpose of the Master Research was to estimate the perceptibility of the social campaign "The difference is the price of the product" and its influence among aged patients. The theoretical part of the research concentrated on the exposure of the role of social campaign and the essence of social marketing. The estimation of social campaign was an important part of the research according to the purpose of it. The specialities of medicine market compared with ordinary marketing and the factors influencing the consumption of medicines considering the circumstance that the campaign took place in open medicine market were explained in the first part of the research. The price as a very important factor was paid more attention to. The third part of the chapter focused on different possibilities of communication on medicine market. The possibilities of the usage of different social campaigns and advertising were explained.

Two different questionnaires were used for the analysis; they were carried on as among the final consumers or patients, so among the general practitioners. The patients were asked which factors would influence their choice of prescribed medicines in drugstores, their awareness about the differences of original medicines and generic medicines, the

perceptibility and the influence of the campaign “The difference is the price of the product” on their awareness and purchase behaviour. The results were analysed according to the age groups, sex, settlements and the daily amount of usable medicines.

The general practitioners were questioned with the help of a supporting questionnaire. The general practitioners were questioned as they see their patients the most frequently and they have got the possibility to estimate the purchase behaviour of their patients in time. The general practitioners were asked about their opinion which factors would influence the choice of prescribed medicine more and if the patients were aware about the specialities of the original medicines and generic medicine and if they had noticed the campaign and how the campaign had changed their purchase behaviour. Also, the attitude of the general practitioners to the campaign was observed.

The analysis of the Master Research demonstrated that patients considered the most important factor influencing the choice of prescribed medicine to be “the suggestion of doctor”, which was followed by “the price of the medicine”. But the general practitioners considered the most important influencers to be “the price of the medicine”, which would follow by “the suggestion of doctor”. All the other factors (suggestions of pharmacists, accessibility, brand etc.) were brought out essentially more rarely. The results demonstrate that campaigns, which would concentrate only on the price of the medicine, wouldn't have to be successful as the patient would estimate the suggestions of doctor first of all while choosing a medicine. The role of the pharmacist's opinion as the specialist's one was surprisingly modest.

The awareness of the patients about the differences of original and generic medicines was observed as in the questionnaire of the general practitioner, so in the questionnaire of the patient. Almost every second patient was aware in the difference. The price of the medicine, different producing company and the difference of auxiliary products were brought out as the most important differences. A great deal of recipients answered with a sentence, “Almost all is fundamentally the same, but the price is different.” The answer of that kind is very similar with the main message of the campaign, which was: „The difference is the price of the product”. The doctors consider the awareness of their

patients to be higher. The awareness before the campaign was estimated to be 64% and the rise of it was estimated to increase to 77% for the end of the campaign. Great difference with the answers of the patients could be explained by the fact that the general practitioner estimated the awareness according to the whole list but the author questioned older patients. Statistics demonstrates that people consume generic medicines increasingly. The author has got an opinion that it's mainly the result of extensive explanations carried on by doctors and pharmacists and a change of law, which was passed in spring of 2010 and which obligates the pharmacists to offer more advantageous medicines. The awareness of people has grown due to the campaign but the awareness of older patients could be arisen even more.

The most interesting factor for the author was the perceptibility of the campaign and its influence on the further behaviour. The results demonstrated that 44% of the recipients had noticed the campaign. The perceptibility was higher among the group, who used three or more medicines, among women and among the age group of 60-69 years. The highest perceptibility of the campaign was in settlements with more than 40,000 citizens. The observation of recipients, who hadn't been aware about the differences of original medicines and the generic medicines, demonstrated that every second recipient could currently ask the doctor for help and every fifth changed all his or her medicines to generic medicines. The doctors have got an opinion that at least 59% of patients had at least partially begun to prefer generic medicines. It could be suggested on the basis of it that the campaign has arisen the awareness of people at least partially. Therefore it could be suggested that the campaign has fulfilled its purpose at least partially – the awareness has grown but it has brought few changes of behaviour with it.

69% of the general practitioners found that campaigns like „The difference is the price of the product” are necessary in order to draw the patients' attention to the presence of generic medicines, to increase the awareness of the patients about the differences of generic medicines and original medicines and to change the consumer behaviour if possible. The estimation of the analysable campaign was rather positive or positive. The main reason of the negativity stood in fact that patients didn't understand the message of the campaign was disorientated due to that.

As a conclusion it could be said that in spite of small sampling the first conclusions could be made about the results of the campaign. Estimation during the phase while the campaign is still lasting demonstrated that the awareness of people about the differences of original medicines and generic medicines has to be increased; the perceptibility of the campaign among the target group is rather small and the influence on consumer behaviour is modest. The author considers campaign to one of important forms of informing but it would need different approach in the context of present topic.