

Konkurents versus regulatsioon – apteekide asutamispääsraangi näitel

Katri Paas-Mohando, Advokaadibüroo LAWIN vandeadvokaat

Martin-Kaspar Sild, Advokaadibüroo LAWIN jurist

Tasakaalu leidmine vaba konkurentsi ja regulatsiooni vahel sõltub suuresti sellest, mida konkurentsi või regulatsiooniga soovitakse saavutada.

Konkurentsiõigus ja laiemalt konkurents on moodne teema. Üha enam põhjendatakse poliitilisi samme konkurentsiargumentidega, näiteks vajadusega avada seni monopoolsed turud konkurentidele. Enim on kõneainet pakkunud ja meid kõiki mõjutanud elektrituru avanemine selle aasta algul. Konkurentsiamet on viimastel aastatel teinud ettepanekuid konkurentsiõiguste kaotamiseks ka mitmes teises valdkonnas (nt ühistransport, taksonid, jäätmekäitlus, hambaravi).

Konkurentsi tagamisel on tähtis roll turgude efektiivses toimimises, kuid mõnikord esineb turutõrkeid ning seepärast võib riigipoolne reguleerimine olla põhjendatud ja vajalik. Tasakaalu leidmine vaba konkurentsi ja regulatsiooni vahel on tekitanud majandusteadlaste hulgas tuliseid vaidlusi juba pikka aega ning sõltub suuresti sellest, mida konkurentsi või regulatsiooniga soovitakse saavutada.

Artiklis antakse kõigepealt lühikäide majanduslikest põhjendustest, mis tingivad reguleerimise vajaduse, ning selgitatakse konkurentsi rolli turgude toimimise ja reguleerimise kontekstis. Seejärel näitlikustatakse regulatsiooni ja vaba konkurentsi vahelise tasakaalu leidmisega seotud dilemmasid apteekide asutamispääsraangi näitel, mis on praegu aktuaalne teema. Võrdlevalt on vaadatud teiste Euroopa riikide kogemust, sest tervishoiusektori, sealhulgas apteegituru avamist konkurentidele on Euroopas palju arutatud juba 1990. aastast alates ja erinevate tulemustega ka katsetatud (Lluch, Kanavos, 2010, 245–246).

Regulatsiooni majanduslikud põhjendused

Heaoluökoonoomika lähtub eeldusest, et turg on parim ja efektiivseim ressursside paigutaja majanduses, kuivõrd see peaks aitama tagada nn Pareto-optimaalse ressursside jaotuse. Eeldus kehtib aga ainult nii-öelda täiusliku konkurentsi tingimustes teatud tüüpi turgude puhul, mida nimetatakse konkurentsiturgudeks (Stiglitz 1995, 63).

Majandusteadlased on leidnud, et konkurentsiturg esineb siis, kui on täidetud järgmised tingimused: vaba sisenemine turule, vaba väljumine turult, vabad hinnad, homogeenne kaup, täielik informatsioon, sortimendi ja koguse vaba kujundus. Tegelikult ei vasta turud enamasti kõigile neile tingimustele ning ei pruugi seetõttu tagada efektiivseimat tulemust, sest turu tegevuse kõik tagajärjed ei pruugi olla aktsepteeritavad ning küllalt sageli on turu toimimise lähte-eeldused sellised, mis takistavad turu toimet. Seda olukorda nimetatakse turutõrkeks (Purju, Tammeraid 1998).

Kirjanduses tuuakse välja tüüpsituatsioonid, millal turg ei ole Pareto-optimaalne ja esinevad turutõrked:

- informatsiooni asümmeetria – olukord, kus tarbijate käsutuses olev informatsioon on puudulik ning sellel on süstemaatiline põhjus, mis takistab turuosalistel vabalt tegutseda;
- konkurentsitõrked – olukord, kus turule on raske siseneda (nt loomulik monopol, turul olijate tehnoloogiline või geograafiline eelis, mastaabiefekt vms);
- välismõjud – paljudel juhtudel mõjutab ka ühe isiku või ettevõtja tegevus teisi negatiivselt (nt keskkonnasaaste, ülerahvastatus vms) või positiivselt (nt haridus, heakord vms), ilma et negatiivse mõju tekitaja kulusid kannaks või positiivse mõju tekitaja kasu saaks. Välismõjude esinemisel võib turu loodav ressursside jaotus osutuda ebaefektiivseks. Kuna üksikisikud ei kanna nende tekitatavate negatiivsete välismõjude täit kulu, tegelevad nad nendega liiga palju (nt saastavad liialt kergekäeliselt), ja vastupidi, üksikisikud ei kasuta positiivseid välismõjusid tekitavate tegevuste kasulikkust täies ulatuses ära ning seetõttu tegelevad nad nendega liiga vähe (nt ei kasuta omandatud haridust eesmärgipäraselt);
- puudulikud turud – kui eraturud ei suuda pakkuda kaupa või teenust, kuigi selle pakumise kulu on väiksem kui tarbijad on nõus maksma, esineb turutõrge, mida nimetatakse turgude puudulikkuseks (nt erakindlustusseltsid ei kindlusta üksikisikuid paljude tähtsate riskide vastu);
- avalikud kaubad – on teatud kaupu, mida turg kas üldse ei tooda või toodab ebapiisavas koguses (nt riigikaitse, avalikult kasutatavad teed, tervishoiu-, sotsiaal- ja päästeteenused vms) (Stiglitz 1995, 71–79).

Nimetatud turusituatsioonide korral on majandusteadlased asunud seisukohale, et turg vajab välist reguleerimist, kuid puudub konsensus, millisel määral ja milliste meetmetega oleks seda kõige tõhusam teha. Majanduslikest regulatsiooniteooriatest ülevaate tegemine väljuks selle artikli raamidest.

Oluline on mõista, et igasugune sekkumine majandusse tähendab ressursside ümberjaotamist. Näiteks selleks, et mingit projekti toetada, peab riik vajaliku ressursi teiste majandusagentide käest eelnevalt ära võtma (nt kõrgemate maksude näol). Samamoodi piirab ühele ettevõtjale mingis valdkonnas tegutsemiseks ainuõiguse andmine teiste ettevõtjate tegevusvabadust. Nende asjaolude omavaheline seotus ei tähenda, et igasugune valitsuse sekkumine majandusse on igal juhul halb, kuid ressursside ümberjagamisel tuleb alati silmas pidada, et ressurssidel on kindel päritolu. Eelnevast tuleneb, et igal regulatsioonil – aga ka regulatsiooni tühistamisel – on mõju nii vaatlusalusele turule kui ka teistele turgudele.

Ideaalis peaks mis tahes regulatiivse poliitika eesmärk olema soodustada efektiivsuse kasvu, et sekkumise teel saavutada konkurentsiturule võimalikult ligilähedane olukord. Seega tuleks maksimeerida regulatsioonist saadav puhaskasu ühiskonnale. See eeldab iga regulatsiooni puhul tasuvusanalüüsi (*cost-benefit analysis*), mille käigus hinnatakse regulatsioonist saadavat kasu, kuid ka sellega kaasnevaid kulusid ühiskonnale. Eesmärk peaks olema saavutada võimalikult suurt kasu võimalikult väikeste kuludega. Kui kõiki ühiskonnarühmi

sümmeetriliselt kohelda, seisneb tasuvusanalüüs pelgalt majandusliku efektiivsuse maksimeerimises. Samal ajal on võimalik teatud ühiskonnarühmadele (nt ebasoodsamas olukorras olevatele piirkondadele) tekkivale kasule anda suurem kaal või teha muid erisusi. Sel viisil on võimalik tasuvusanalüüsi hõlmata laiemat ringi eesmärke kui ainult efektiivsus (Viscusi 2005, 9).

Eelnevat õigusliku diskursuse konteksti asetades tuleb õigusloomes silmas pidada, et igal õigusaktil on mõju paljudele ühiskonnarühmadele. Seepärast tuleb enne õigusakti kehtestamist teha mõjude analüüs, paika panna selged eesmärgid, mida selle õigusmuudatusega soovitakse saavutada. Regulatsioonil võib mõistagi olla ka muid eesmärke peale pelgalt majandusliku efektiivsuse maksimeerimise (nt sotsiaalsed eesmärgid), kuid sellega kaasnevad ka vastavad kulud. Paraku on Riigikontrolli hinnangul õigusaktide mõjude analüüs Eestis olnud paljudel juhtudel puudulik (Riigikontroll 2011).

Õigusaktide mõju analüüsi tähtsust on rõhutatud OECD konkurentsi hinnangu suunistes, kus on üksikasjalikud juhised, kuidas tuleks regulatiivsete muudatuste mõju konkrentsile hinnata. Ka OECD juhiste kohaselt tuleb esmalt paika panna eesmärk, mida õigusmuudatusega soovitakse saavutada, sest siis on võimalik hinnata, kas ja kuidas erinevad meetmed võimaldavad seda eesmärki saavutada. Teiseks tuleb aru anda, et paljudel turgudel võib esineda olulisi konkrentsibarjääre, mis on regulatsioonist sõltumatud. Kolmandaks tuleb arvesse võtta, et kui regulatsioon puudutab hindu, on sellel ettevõtete tegevusele väga mitmetahulised mõjud. Seepärast tuleb erinevaid turgu mõjutavaid tegureid hinnata kombinatsioonis, kusjuures analüüsida ei tuleks mitte ainult konkrentset reguleeritavat turgu, vaid ka sellega seotud turge (OECD 2011, 83–85).

Konkurentsi roll regulatiivsete eesmärkide saavutamisel

Eelnevast nähtus, et efektiivseimat ressursside jaotust on võimalik saavutada täiusliku konkurentsi tingimustes. Kuigi selliseid tingimusi praktikas harilikult puhtal kujul ei esine, on konkurentsi – kas või ebatäiuslikku konkurentsi – peetud siiski üldiselt parimaks turgude toimimise keskkonnaks olukorras, kus ei esine turutõrkeid. Sellest tulenevalt on kehtestatud ka konkrentsiõiguse reeglid.

Siiski ei saa konkrents olla mis tahes regulatsiooni või selle puudumise eesmärk; regulatsiooni sarnaselt on ka see ainult vahend teatud eesmärkide saavutamiseks. Konkrentsipoliitilistel otsustel on turgudele oluline mõju, seetõttu on konkrentsiõigust võimalik kasutada mitmesuguste poliitiliste eesmärkide saavutamiseks. See ei tähenda, et konkrentsipoliitika ei ole toimiv, vaid selle jõustamist mõjutavad eri ajal kehtivad poliitilised prioriteedid (Monti 2007, 18). Konkrentsipoliitika ajalugu näitab, et konkrentsiõigus on sageli mõjutatud nii sotsiaalsetest kui ka ajaloolistest teguritest. Peale puhtalt majandusliku efektiivsuse ja selle kaudu üldise heaolu edendamise on konkrentsiõigust kasutatud ka muude eesmärkide teenimiseks, nagu tarbijate heaolu tagamine (madalamate hindade, parema valiku jms teel), väikeettevõtete kaitsmine, turgude lõimumisele ja ühtlustumisele kaasaaitamine, majandusvabaduse tagamine, inflatsiooni vältimine, õigluse ja võrdsuse tagamine (Motta 2004, 18–30).

Giorgio Monti on tabavalt väitnud, et mis tahes konkurentsijuhtumi lahendus sõltub kolmest peamisest faktorist: poliitika (konkurentsi eesmärk); rakendatav majandusteooria selle kohta, kuidas turud käituvad; ja institutsioon, kes konkurentsireegleid jõustab (Monti 2007, 4–5). Kuigi võib tunduda küüniline, kajastab see ilmekalt konkurentsioiguse rakendumise tegelikkust.

Eelnevat silmas pidades ei ole üllatav ega taunitav, et konkurentsiaargumente kasutatakse erinevate seadusandlike algatuste põhjendamiseks. Ilmekas näide on viimasel ajal üles kerkinud terav diskussioon ravimiseaduse §-st 42¹ tuleneva apteekide asutamispiirangu õigustatuse üle.

Apteekide asutamispiirangu vaidluse taust

Apteekide asutamispiirang takistab linnas uute apteekide avamist, kui linnas on ühe apteegi kohta vähem kui 3000 elanikku. Maal takistab piirang uue apteegi avamist juba olemasolevale apteegile lähemale kui üks kilomeeter. Nimetatud piirang lisati ravimiseadusesse 2005. aastal.

2009. aastal tegi konkurentsiamet ettepaneku käsimüügiravimite turu avamiseks vabale konkurentsile, seda muu hulgas apteekide asutamispiirangu kaotamise teel. Konkurentsiameti hinnangul parandaks piirangu kaotamine turu toimimist, teenuste kättesaadavust ja võimaldaks lõppkokkuvõttes tarbijale soodsamaid hindu (Konkurentsiamet 2009, 2011). Samasugusel seisukohal on õiguskantsler ja Riigikontroll.

Järgnevalt on analüüsitud apteekide asutamispiirangu konkurentsiaspekte. Enne järelduste tegemist tuleb aga ravimisektori reguleerimise vajadust vaadelda üldisemalt, kogu ravimisektori ja selle lahutamatuks osaks oleva apteegiteenuse osutamise kontekstis. Samuti on oluline selgeks teha Eesti ravimituru eripärad.

Ravimisektori eripärad

Ravimisektor, mis hõlmab ravimite tootmise ja turustamisega seotud äritegevust, on lahutamatuks osaks tervishoiusüsteemile, mille toimivuse ja tõhususe eest vastutab riik. Seepärast on ravimisektor küllaltki eripärane ning seda ei saa kõrvutada tavapärastele majanduslikele paradigmadele alluvate prototüüpsete turumudelitega (Volkerink *et al* 2007, 25).

Ravimisektori uuringute pinnalt saab välja tuua järgmised peamised tegurid, mis mõjutavad ravimite pakkumist ja nõudlust ning sellega ka apteegiteenuse osutamist:

1. informatsiooniline asümmeetria ja esindussuhe. Ravimite jaemüügi põhilisi eripärasid seisneb selles, et tarbijad on enne kauba tarvitamist võimetud iseseisvalt hindama müüdava kauba kvaliteeti ega tea ravimite mõju sama hästi kui arst või ravimite tootja (Kruus *et al* 2012, 13). Seepärast tuginevad patsiendid ravimit valides harilikult arsti arvamusele (esineb nii-öelda esindussuhe) ning tavapärastest turgudest erinevalt kujuneb ravimite puhul nõudlus sageli ostjast lahus;

2. pakkumise kontsentreeritus. Ravimitootja vaatepunktist on uue toote väljatöötamise kulusid raske hinnata, sest need tulenevad aastatepikkusest mitut valdkonda kaasavast teadustööst. Vastutasuks uue ravimi väljatöötamiseks kantud kulude eest võimaldatakse uutele ravimitele patendikaitset. Sellest tulenevalt on uusi ravimeid turule toovatel tootjatel tihti monopoolne seisund. Isegi kui ravimil on alternatiive, on turg sageli oligopoolne. Regulatsioonid piiravad ravimitootjate saadavat majanduslikku kasu, kuid ei tohi samal ajal olla liiga karmid, et piirata uute ravimite turulejõudmist (Kruus *et al* 2012, 13). See eripära puudutab eelkõige ravimitootjate tasandit, kuid lisaks tootjatega sõlmitavatele ravimihinna kokkulepetele kontrollivad riigid sageli ravimite hindade kontrolli all hoidmiseks ka hulgi- ja jaemüügi juurdehindlust;

3. piiratud asendatavus. Ravimite omavaheline asendatavus on paljudel juhtudel olematu või väga madal. Tarbijal puudub enamasti teadmine talle vajalike ravimite asendustoodete kindlakstegemiseks (iseäranis retseptiravimite puhul). Seetõttu ei oska tarbija enamasti oma ostuotsustuse tegemisel arvesse võtta konkureerivaid tooteid, millel võiks olla parem hinna ja kvaliteedi suhe (Volkerink *et al* 2007, 30);

4. madal nõudluse hinnaelastsus. Ravimite piiratud asendatavusest tulenevalt ei ole nõudlus ravimite järele tundlik hinnamuutuste suhtes, vastupidi olukorrale, kus tarbijal on valida mitme konkureeriva toote vahel. Pealegi on patsiendid nõus maksma rohkem, kui nad usuvad, et üks ravim on teisest parem (Kanavos *et al* 2011a, 43);

5. ravikindlustussüsteemi olemasolu ja nn moraalne oht. Enamikus riikides finantseerib ravikindlustus ravimite ostmist kas täielikult või osaliselt. Olukorras, kus tarbijad ei maksa kogu ravimi hinda ise, ei võta nad ostuotsuse tegemisel arvesse ravimi tegelikku hinda. Seega võivad nad soovida rohkem ja kallimaid ravimeid („moraalne oht“). Ka see vähendab hinnatingimuste tavapärast mõju nõudluse kujunemisele (Volkerink *et al* 2007, 29–30).

Ravimisektori eripära ja sellest tulenevate turutõrgete tõttu kimbutaksid regulatsiooni puudumise ja absoluutselt vaba konkurentsi korral ravimituru igat turustusahela astet turutõrked, mille tagajärjel halveneksid nii ravimite kättesaadavus ja kvaliteet kui ka hinnatingimused (Volkerink *et al* 2007, 25). Seepärast on ravimisektor allutatud regulatsioonidele paljudes riikides. Regulatsioon omakorda mõjutab vaba konkurentsi kujunemist (eelkõige hinna ja sortimendi ning turulolijate arvukuse osas) ning seetõttu ei kujune ravimisektori turgudel konkurents tavapäraste majandusreeglite kohaselt.

Et tagada ravimite ohutum kättesaadavus, meditsiiniliselt põhjendatud ravimikasutus ning ravimikulude kontrollitavus, on apteegiteenuse reguleerimiseks tavapäraselt tarvitatud eelkõige järgmisi meetmeid: hariduslikud piirangud, registreerimise ja litsentseerimise kohustused, ravimiretseptide väljastamisõiguse piirangud, omanike ja tegutsemispiirangud, horisontaalse ja vertikaalse integratsiooni piirangud, tegutsemisreeglid (nt ruumide, personali, reklaami kohta) ning hinnaregulatsioon (Volkerink *et al* 2007, 13). Kõigil neil meetmel on otsene või kaudne mõju apteekide konkurentsitingimustele. Näiteks

nõuded personalile ja ruumidele suurendavad apteekide tegutsemiskulusid (Perlitz 2009, 11).

Kõige enam tuleb aga silmas pidada, et põhiosa apteekide käibest moodustavad retseptiravimid (ravimiameti apteegistatistika kohaselt ligikaudu 80%) ning apteegikaupade nõudluse vähemasti retseptiravimite järele kujundab eelkõige arst. Seetõttu ei mõjuta apteekide arv ega apteegiteenuse omadused selliste ravimite nõudlust ega kogu ravimite jaeturu müügimahtu, peale selle on ka hinnataseme suures osas reguleerinud riik (OFT 2010, 5). Samuti on ravimituru rahalise mahu riik kindlaks määranud ning apteegid ei saa märkimisväärselt suurendada ei turumahtu ega oma kasumit näiteks tavapärase majandusmudeli alusel, mille puhul hinna alandamine suurendab kogukäivet ja toob kokkuvõttes rohkem kasumit. Oluline on arvestada ka seda, et konkurentsioõiguslikult on ravimid kui kaup homogeenne vertikaalselt seotud kaubaturu kõikidel tasanditel (tootmine → hulгимүүк → jaemүүк) ning apteegiteenus on ostja seisukohalt täielikult asendatav, sest kõikidel apteekidel on kohustus müüa sama ravimivalikut (Konkurentsiamet 2008, 3).

Kuna tavapärased jaesektori konkurentsi alused (hind, toote valik, müügitöö) ei rakendu apteekide toimimisele sellisel määral kui teistel jaeturgudel, pole apteekidel majanduslikku motivatsiooni hinnakonkurentsiks sellisel määral kui teistel turgudel. Apteegid konkureerivad suures osas eelkõige piiratud kogukäibe suurendamise (ehk nii-öelda piiratud ressursi ümberjagamise) nimel. Sellest tulenevalt on konkurentsikriteeriumid peamiselt asukoht, mugavus, teenuse kvaliteet (järjekorrad, lahtiolekuajad, nõustamiskvaliteet, lisateenused) ning apteekide asutamispiirangud saavad mõjutada eelkõige neid konkurentsikriteeriume, mitte niivõrd ravimite hinda või valikut (OFT 2010, 5, 7).

Eeltoodut kinnitavad teiste riikide liberaliseerimiskogemused. Näiteks käsimüügiravimite hinnakujunduse piirangute täielik kaotamine ehk vaba hinnakonkurents ei toonud Saksamaal (Stargardt *et al* 2007, 37), Hispaanias (Lluch, Kanavos 2010, 248–249), Norras ja Islandil (Rudholm 2008, 262–263) kaasa apteekide hinnakonkurentsi.

Kirjeldatud apteegituru eripärade tõttu on apteegiteenuse jätkusuutlikuks osutamiseks oluline optimeerida kulusid ja saavutada mastaabisääst. See võib survestada iseseisvaid apteeke konsolideeruma või apteegikettidega ühinema (Perlitz 2009). Nagu järenevalt näha, on see omane ka Eesti apteegiturule.

Eesti ravimituru eripära: vertikaalne integratsioon, horisontaalne kontsentreeritus ja nn ketistumine

Eesti ravimisektoris on peetud probleemiks vertikaalset integratsiooni hulgi- ja jaemüüjate vahel ning ravimite hulgi- ja jaeturu horisontaalset kontsentreeritust (sh apteekide nn ketistumist). Riigikontrolli hinnangul on kogu Eesti ravimiturg koondunud kahe suure hulгимүүгифirma – Tamro ja Magnum – kätte, kelle mõjusfääris on Eestis 81 protsenti apteekidest kas enamus- või vähemusosaluse kaudu või kuulumisega nende hulгимүүјatega seotud apteegikettidesse (Riigikontroll 2012, 41–43).

Vertikaalse integratsiooni puhul ei ole tegemist viimaste aastate trendiga. Juba ravimiseaduse väljatöötamisel mõõndi, et 2000. aastate algusest saadik on Eesti ravimiturul toimunud muutused, mille käigus on ravimite hulgimüüjad saavutanud märkimisväärse mõju ravimite jaeturul toimuva üle. Ometi jäeti ravimiseaduse vastuvõtmisel kehtestamata omandipiirang, mille kohaselt hulgimüüjad ei tohtinuks apteeke omada, sest hulgimüüjate ja apteekide vahel juba tekkinud omandisuhete lõhkumist peeti hulgimüügiga tegelevate ettevõtjate suhtes liigselt koormavaks (ravimiseaduse eelnõu (360 SE) algtekst ja seletuskiri 2004).

Ravimiseaduse menetlemisel märgiti, et hulgi- ja jaemüügitasandi integratsioon võib viia olukorrani, kus hulgimüüjaga seotud apteekidel ei ole võimalik valida soodsamat hankekanalit. Ühe hulgimüüja eelistamine võib olla tingitud ka efektiivsuskaalutlustest. Kuna hulgimüüjad saavad ravimitootjalt ravimid üldjuhul sama sisendhinnaga (Konkurentsiamet 2008, 9) ning hulgimüügi juurdehindlustele on seadusega sätestatud piirangud, ei saa hulgimüügi hindades suuri erinevusi olla.

Erinevate hulgimüüjate kasutamine või mõnede ravimite otse tootjalt tarnimine kasvataks apteegi kulusid – erinevate tellimissüsteemide kasutamine ja päevas mitmete tarnete vastuvõtmine ja haldamine nõuab tööjõuvaru, mis on apteekides tööjõule esitatud kõrgete kvalifikatsiooninõuete tõttu kallis. Kuna hinnaerinevused on ilmselt väikesed, on erinevate hulgimüüjate kasutamine ebaefektiivne (Volkerink *et al* 2007, 12, 27). Ka konkurentsiamet on möönnud, et ühest kohast ostmine on ka apteegile kasulik (Konkurentsiamet 2008, 5).

Vertikaalsele integreerumisele on ette heidetud, et see tingib konkurentsi vähenemise ja sellest tulenevalt pakutavate kaupade ja teenuste kvaliteedi languse. Samuti halveneb hulgimüüjaga seotud apteekides ravimite valik, piirdudes vaid hulgimüüjaga koostöölepinguid omavate tootjate kaubaga. Regulaatiivsest aspektist vaadatuna on selle probleemi lahendamiseks Eestis meede olemas nii hulgi- kui ka jaeturul. Ravimiseaduse paragrahvist 45 tuleneb apteegile kohustus müüa kõiki Eestis registreeritud müügiloaga ravimeid. Hulgimüüjale tuleb ravimiseaduse paragrahvi 44 punktist 5 kohustus tagada püsiv ja piisav ravimite valik ning kiire kohaletoimetamine Eesti piires. Kui nimetatud regulaatiivsed meetmed praktikas ei toimi, on selle põhjuseks kas vähene rakendamine või regulatsiooni ebapiisavus.

Nimetatud aspektide tõttu esineb vertikaalset integratsiooni ravimisektoris üha enam, nagu võib täheldada mitme teisegi Euroopa Liidu liikmesriigi näitel (Kanavos *et al* 2011b, 12, 23). Ka hulgimüügi tasandi kontsentratsioon ei ole Eestile ainuomane. Hulgimüügi korralduse areng Euroopas on viimastel kümnenditel viinud mastaabisäästu suurendamiseni ladude optimeerimise ning IT-süsteemide ja elektrooniliste lahenduste kasutuselevõtu tõttu. Järelejäänud hulgimüüjate turujõud ja kompetentsus on tugevnenud ning nad on tarneahelas tugevamal positsioonil (Kruus *et al* 2012, 12). Tuleb märkida, et ka ravimitootjad eelistavad hulgimüüjaid vähem kasutada, kuivõrd see võimaldab neil tugevdada kontrolli ravimite liikumisahela üle (Kanavos *et al* 2011b, 23, 32–36).

Näiteks Põhjamaades on ravimisektor hulgimüügi tasandil võrdlemisi kontsentreeritud – Soomes on ravimite hulgimüüjaid kaks, Rootsis kaks, Norras kaks ja Taanis kolm. Selline kontsentreeritus võib olla põhjendatav nende riikide suhtelise väiksusega – väikestel turgudel on turu struktuurid tavaliselt kontsentreeritumad kui suurtel, kus mastaabi- ja mitmekülsussäästu on lihtsam saavutada.

Eesti turg on Põhjamaade turgudega võrreldes veelgi väiksem ning seepärast ei ole siinse ravimisektori suhteline kontsentreeritus üllatav. Riigikontrolli andmetest nähtub, et Eesti ravimi hulgimüügiturul on lahkunud või lahkumas kolm ettevõtjat. Sellist arengut ennustas juba 2009. aastal ette Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) tellitud Eesti ravimisektori uuring, milles märgiti, et kui juurdehindluse marginaalid ei muutu, on oodata turu konsolideerumist, sest sel viisil on võimalik suurendada efektiivsust (Kanavos *et al* 2009, 72, 72). Kuigi Riigikontroll märkis, et ravimite hulgimüügiturule on sisenenud kaks uut ettevõtjat, on ka need vertikaalselt integreeritud ettevõtjad, mõlemad kuuluvad suurtesse kontsernidesse. OÜ Medapta on seotud Soomes, Venemaal ja Eestis tegutseva apteegiketiga Yliopiston Apteekki ning OÜ Baltfarma on Maxima jaeketi kaudu seotud Euroapteegi ketiga. See annab tunnistust, et turule pääsevad eelkõige need, kellel on tugev seljatagune suurema kontserni näol.

Asutamispõhise kaotamist on põhjendatud muu hulgas sellega, et see takistab uute apteegiteenuse osutajate turuletulekut, teenides seega turul kanda kinnitanud suurte jaekettide huve. Eelnevast nähtub, et praegune Eesti ravimisektori struktuur ei ole tekkinud apteekide asutamispõhise tõttu, vaid muudel regulatiivsetel ja majanduslikel põhjustel.

Ravimite kõrged hinnad ja väike valik

Eestis on ravimite valik suuremate riikidega võrreldes väiksem ning hinnad kallimad (Riigikontroll 2012, 2). Ka see probleem ei ole Eestile ainuomane. Euroopa Parlamendi tellitud üleeuroopaline ravimisektori uuring on ravimite kallimat hinda ja vähest kättesaadavust väikese turuga riikides toonud välja peamise ravimite kättesaadavuse probleemina (Kanavos *et al* 2011a, 12–13).

See on mitme teguri tulemus (ajalooline taust, riiklikud eelarved ja hüvitamispoliitika, kohaliku turu suurus ja riigikeele kasutamise nõuded). Näiteks teabe tõlkimise ja ravimite märgistamise täiendavad kulud võivad tekitada olukorra, kus teatud ravimite turustamine väikesel turul ei pruugi ravimitootjatele pikemas perspektiivis piisavalt kasulik olla, et neile ravimitele uuesti müügiluba taotleda või seda uuendada (Kanavos *et al* 2009, 58).

Ravimite hindade puhul on leitud, et suurim hinnaerinevuste põhjustaja on sisemajanduse kogutoodang inimese kohta: üldiselt on patenteeritud ravimite hinnad proportsionaalselt kõrgemad liikmesriikides, kus sisemajanduse kogutoodang on suurem. Väiksematel liikmesriikidel, eriti neil, kus sisemajanduse kogutoodang on väiksem, ei pruugi olla võimalust katta paljude toodete kulusid või lubada kõrgeid hüvitusemäärasid. Seetõttu on seal väiksem turg ja tootjate turule ligimeelitamine keerukam. Geneeriliste ravimite puhul võib tootja

otsustada, et ta ei lähe väikestele turgudele. Tulemuseks on see, et väikeste turgude patsientidel ei pruugi olla juurdepääsu odavamatele, aga ka harva kasutatavatele ravimitele (Kanavos *et al* 2011a, 11–12; Kruus *et al* 2012).

Kuigi Eesti piiratud ravimite valikut ja kõrgeid hindu on seostatud asutamispiiranguga, võivad seda suuremal määral mõjutada muud asjaolud. Põhjalikum ülevaade ravimite valiku ja hinna kujunemisest on Ants Nõmperi hiljuti *Juridicas* avaldatud artiklis (Nõmper 2012).

Apteekide asutamispiirangu eesmärk ja selle saavutamine

Välja selgitanud ravimisektori ja eelkõige apteegituru erisused, sealhulgas Eesti ravimituru eripära, on võimalik apteekide asutamispiirangut hinnata adekvaatses kontekstis. Selleks et analüüsida asutamispiirangu vajalikkust ja selle mõju Eesti ravimisektorile, tuleb kõigepealt selgitada, millistel põhjustel on see kehtestatud.

Apteekide asutamispiirangud on üldiselt põhjendatavad järgmise majandusliku loogika alusel. Apteekidel on püsikulud (üür, kommunaal- ja tööjõukulud jms). Mida rohkem on apteeke, seda enam on apteekide pidamisega seotud kulud kokku. Neid kulusid katavad kas riik ja tarbijad (ravimite jaemüügi juurdehindluse kaudu) või apteegid igaühe tulu vähendades. Valikust olenemata tähendab see lõppastmes kulusid ühiskonnale (UK Department of Health 2012, 1).

OECD avaldatud ravimituru uuringus on selgitatud, et apteekidele jätkusuutliku ja õiglase juurdehindluse määra tagamiseks tuleks hinnata iga apteegi pidamise kulud eraldi. Kuna see oleks liialt keerukas ja kulukas, on paljud riigid kehtestanud kõigile apteekidele sama juurdehindluse määra. Selle puuduseks on asjaolu, et selliselt kehtestatud juurdehindluse määr peaks võimaldama tegutseda ka kõige ebasoodsama asukohaga apteekidel. Sellega oleks enamik apteeke ülekompenseeritud, mis tõstaks kulud ühiskonna jaoks kõrgele. Kõrge tulukus meelitaks turule uusi apteeke. See omakorda tähendaks suuremaid kulusid, sest kinni tuleks maksta ka uute turule tulijate tulud. Selle probleemiga võitlemiseks reguleerivad paljud riigid apteekide asutamist apteekide arvu rahvaarvuga või minimaalse vahemaa nõudega sidudes. Kuigi konkurentsiametid on selliseid piiranguid kritiseerinud, ei pruugi dereguleerimine tagada efektiivseimat tulemust. Asutamispiirangute lõdvendamine soosib apteekide teket piirkondades, kus neid on juba niigi palju, kuid ei taga seda, et kasu suuremast apteekide arvust kaaluks üles tekkivad kulutused (OECD 2000, 38, 50–52). Apteekide asutamispiirangute sobivust apteegiteenuse kättesaadavuse reguleerimiseks on tunnustanud ka Euroopa Kohus (liidetud kohtuasjades C-570/07 ja C-571/07).

Kui vaadelda lähemalt Eestis kehtivaid piiranguid, siis seadusandja eesmärk nende kehtestamisel oli seaduseelnõu seletuskirja järgi: „tagada apteegiteenuse kättesaadavuse ühtlasem jaotumine tervel Eesti territooriumil, et kindlustada isikutele ravimite võrdsem ning parem kättesaadavus. Selle eesmärgi saavutamiseks püütakse vältida apteekide kuhjumist tihedamalt asustatud aladele ja apteegiteenuse vähenemist vähemasustatud piirkondades, järgides ühtlasi regionaalpoliitilisi eesmäärke. [...] Lisaks on vajalik kehtestada asulates geograafiline piirang, et tagada jätkusuutlike ning majandamisvõimeliste apteekide olemasolu.”

Kuna üks asutamispiirangu eesmärke on sõnaselgelt seotud apteekide linnapiirkondadesse kuhjumise vältimisega, saab linnadesse apteekide asutamise limiteerimist pidada tõhusaks meetmeks, et nimetatud eesmärki saavutada. Ravimiameti statistika kohaselt on maa-apteekide arv aastail 2006–2012 tõepoolest vähenenud, kuid vähenemist ei saa pidada drastiliseks – absoluutarvuna on linnas apteekide rohkem suletud. Seega on järeldatud, et apteekide asutamispiirangul on maa-apteekide vähenemist pidurdav toime (Nõmper 2012, 728).

Samuti on apteekide asutamispiirangu eesmärk olnud jätkusuutlike ja majandamisvõimeliste apteekide olemasolu. Apteekidele on õigusaktidega kehtestatud konkreetsed ja küllaltki arvukad nõudmised, mille täitmine suurendab kulutusi. Linnaapteekide pidamisega kaasnevad suured kulud on juba mõne aasta taguse seisuga tekitanud olukorra, kus suurlinnade (Tallinn, Tartu, Pärnu) apteekide puhaskasumi marginaal oli 0 protsenti (eelkõige suurenenud rendikulude tõttu) (PwC 2012). Arvestades sellist linnaapteekide vähekasumlikkust, võib asutamispiirangu kaotamise tagajärjel tekkiv apteekide asutamiskäigu kaasa tuua apteegiturust ebastabiilsuse ja pankrotistumiste arvu kasvu. Sellest johtuvalt aitab asutamispiirang linnadesse asutatavate apteekide limiteerimise kaudu tagada ka apteekide jätkusuutlikkuse.

Konkurentsiloogika järgi ei pruugi apteekide asutamispiirangu kaotamine aidata vähendada Eesti ravimisektori kontsentreeritust ega ketistumist, mida piirangu kritiseerijad on soovinud. Asutamispiirangu kaotamise järel tihenev konkurentsiolekord vähendaks üksikute apteekide käivet veelgi. Nendes tingimustes suudavad kauem vastu pidada kõigepealt suurettevõtjatele kuuluv pool apteegiturust ja seejärel ketiapteekidega liitunud väikeapteegid. Kõige halvemasse seisu jääksid majandusliku paratamatuse tõttu iseseisvad apteegid. Ketiapteekidel on nii-öelda sügavamad taskud, mistõttu nad on võimelised kandma kahjumit pikema perioodi jooksul. Seepärast võib asutamispiirangu kaotamine asetada praegu iseseisvad apteegid hoopis raskemasse olukorda ning nad turult välja tõrjuda. Asutamispiirangu kaotamine võib seega kettide turupositsiooni soovitud piiramise asemel kaasa tuua hoopis vastupidise efekti.

Ainuüksi nimetatud põhjustel ei ole apteekide asutamispiirangute eesmärgipärasust ega tegelikku mõju võimalik kindlaks teha põhjaliku ja igakülgse sotsiaal-majandusliku uuringuta, mis analüüsiks komplekselt apteegituruga seotud küsimusi, sealhulgas teiste riikide praktikat.

Puudused apteekide asutamispiirangu kehtivas regulatsioonis

Eespool toodu ei tähenda, et apteekide asutamispiirangu kehtivas korralduses ei ole puudusi. Enim segadust tekitanud osa asutamispiirangu regulatsioonis on nn liisuheitmissüsteem uute tegevuslubade väljaandmiseks ja nn konnahüpped apteegi asukoha muutmisel.

Esimese kitsaskoha puhul võiks kaaluda mitmeid vahendeid selle süsteemi muutmiseks, sulgemaks turuosaliste ärakasutatavaid õiguslikke auke ning tagamaks tegevuslubade õiglasema jaotuse. Näiteks sätestada, et liisuheitmises osalemisel tuleb maksta teatav kautsjon, mis muudaks arvukate variühingute

kaudu liisuheitmisel osalemise ja sellega loosiõnne suurendamise üleliia kulukaks. Täiendavalt oleks võimalik juba apteegi avamise õiguse saamiseks taotluse esitamise etapis kohustada taotlejat demonstreerima oma tahet ja majanduslikku võimekust potentsiaalselt saadava tegevusloa alusel apteegi asutamiseks ning sanktsioneerida apteegi põhjendamatu asutamatajätmine.

Teisalt võib olla otstarbekam kaotada liisuheitmissüsteem tervikuna ning asendada see mõnd muud laadi loamenetlusega. Mitmes riigis (nt Hispaanias, Itaalias, Portugalis) on kasutusel konkursisüsteem. Mis aga puudutab maa-apteekide arvu vähenemise vältimist või lausa nende asutamise soodustamist, oleks võimalik nimetatud eesmärkidel anda teatud eelisseisund konkursil osalejatele, kes juba peab maa-apteeke.

Teine kitsaskoht tuleb ravimiseaduse § 42¹ lõikes 2 sätestatud geograafilise iseloomuga piirangust, et linnas asuv apteek ei tohi uue tegevusloa väljastamiseta muuta oma tegutsemiskohta kaugemale kui 500 meetrit senisest tegutsemiskohast. Apteekide ühtlasemat territoriaalset jaotust linnades aitaks pigem saavutada piirang, et apteeki ei tohi asutada teisele apteegile lähemale kindlaksmääratud vahemaast. Näiteks Austrias on kehtestatud apteekidevaheliseks minimaalseks vahemaaks 500 meetrit, Ungaris 300 meetrit väiksemate linnade ja 250 meetrit suuremate linnade puhul, Portugalis 350 meetrit, Hispaanias 250 meetrit.

On oluline teha vahet asutamispäärangu ning asutamispääranguga seonduvate protseduuride vahel. Apteekide asutamispäärang on ravimisektori ja kitsamalt võttes apteegituru reguleerimise meede, samal ajal kui liisuheitmissüsteem on pelgalt menetlusprotseduur, mida on võimalik muuta või kaotada asutamispäärangut ennast kaotamata.

Kokkuvõtteks

Kuigi regulatsioon ja konkurents näivad olemuselt vastandlike vahenditena, peaksid mõlemad teenima lõppastmes ühist eesmärki – tagama turu võimalikult efektiivse toimimise. Samas võib nii regulatsiooni kui ka konkurentsi panna teenima muid eesmärke, kuid tuleb aru anda, et sellega kaasnevad kulud. Peale selle on igasugusel regulatsioonil, aga ka deregulatsioonil mõju nii reguleeritavale turule kui ka seotud turgudele. Enne õigusmuudatuste tegemist tuleb selliseid mõjusid põhjalikult analüüsida.

Ravimisektor on tundlik tegevusvaldkond, mis ei pruugi vaba konkurentsi tingimustes toimida samamoodi kui mõni lihtsakoeline valdkond. Seetõttu on see sektor allutatud ulatuslikule hindade, sortimendi, tööjõu kvalifikatsiooni jms regulatsioonile. Selline regulatsioon mõjutab omakorda konkurentsi toimimist. Seepärast ei ole pelgalt apteekide asutamispäärangu kaotamisega võimalik apteegiturgu vabale konkurentstile avada. Asutamispäärangu kaotamise teed läinud riikide kogemus näitab, et säärase reformide elluviimine nõuab väga suurt läbimõtlemist, et nende tegelik mõju tõepoolest ühtiks taotletavate eesmärkidega ning et need ei tekitaks omakorda hoopis uusi probleeme (ÖBIG 2006).

Seepärast tuleks ka Eestis enne apteekide asutamispäirangu kaotamist (i) panna paika selged eesmärgid, mida soovitakse saavutada, (ii) kaaluda, millised on võimalused neid eesmäärke saavutada ning (iii) hinnata nende mõju ravimisektorile ja kogu tervishoiusektorile laiemalt. Siinjuures tuleb arvestada, et konkurentsiküsimustes nõuab tervishoiuvaldkond sektoripõhist lähenemist nagu teistegi avalikes huvides olevate sektorite (nt energia, post, side) puhul, seetõttu ei saa konkurentsioiguse tavakäsitlust sellele automaatselt üle kanda. Alles sellelt pinnalt saab seadusandja teha informeeritud ja vastutustundliku otsuse.

Kasutatud kirjandus

Kanavos, P. et al (2009). Review of the Estonian Pharmaceutical Sector: Towards the Development of a National Medicines Policy. WHO. – http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/96448/E93049.pdf

Kanavos, P. et al (2011a). Ravimihindade ja ravimitele juurdepääsu erinevused Euroopa Liidus. Euroopa Parlament, sisepoliitika peadirektoraat. – http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/envi/2011/451481/IPOL-ENVI_ET%282011%29451481%28PAR09%29_ET.pdf

Kanavos, P. et al (2011b). The Pharmaceutical Distribution Chain in the European Union: Structure and Impact on Pharmaceutical Prices. EmiNet Final Report. – http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/healthcare/files/docs/structimpact_pharmaprices_032011_en.pdf

Konkurentsiamet (2008). Otsus 08.05.2008, nr 3.1-8/08-020KO. Terve Pere Apteek OÜ ja OÜ Saku Apteek.

Konkurentsiamet (2009). Ettepanek konkurentsivolukorra parandamiseks käsimüügiravimite turustamisel lõpptarbijatele, 14.05.09 nr 5.1-4/09-0473-001.

Konkurentsiamet (2011). Ettepanek ravimiseaduse §-s 42¹ ettenähtud üldapteegi tegevusloa väljaandmise ja muutmise piirangute kaotamiseks, 7.11.2011 nr 5.1-1/11-0389-002.

Kruus, P. et al (2012). Uute ravimite soodusnimekirja lisamise protsess ravimi- ja tervishoiupoliitika kontekstis. Praxis. – http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Praxis_Uute_ravimite_soodusnimekirja_lisamise_protsess.pdf

Liidetud kohtuasjad C-570/07 Blanco Pérez ja Chao Gómez ja C-571/07 Principado de Asturias, 01.06.2010, EKL [2010], I-04629.

Lluch, M., Kanavos, P. (2010). Impact of Regulation of Community Pharmacies on Efficiency, Access and Equity. Evidence from the UK and Spain. – Health Policy, vol 95, issues 2–3.

Monti, G. (2007). EC Competition Law. New York: Cambridge University Press.

Motta, M. (2004). Competition Policy. Theory and Practice. Cambridge University Press.

Nõmper, A. (2012). Tervise kaitse põhiõigusest apteekide asutamispäirangute näitel. – Juridica X, lk 727–738.

OECD (2000). Policy Roundtables: Competition and Regulation Issues in the Pharmaceutical Industry. – <http://www.oecd.org/regreform/liberalisationandcompetitioninterventioninregulatedsectors/1920540.pdf>

OECD (2011). Competition Assessment Toolkit, Volume II: Guidance, ver 2.0. – <http://www.oecd.org/daf/competition/45544507.pdf>

OFT: Office of Fair Trading (2010). Evaluating the impact of the 2003 OFT study on the Control of Entry regulations in the retail pharmacies market, prepared for the OFT by DotEcon. – http://www.oft.gov.uk/shared_oftrreports/Evaluating-OFTs-work/OFT1219.pdf

Perlitz, U. (2009). The German pharmacy of the future. More systems – more competition – cheaper products, Deutsche Bank Research. – http://www.dbresearch.de/PROD/DBR_INTERNET_DE-PROD/PROD0000000000236266.PDF

Purju, A., Tammeraid, A. (1998). Avaliku sektori ökonoomika. Tallinn: Eesti Haldusjuhtimise Instituut. – <http://www.riigikantselei.ee/arhiiv/atp/Koolitus/oppematerjal/aseoko.htm#7>

PwC: AS PricewaterhouseCoopers Advisors (2012). Eesti apteekide finantsseisundi analüüs.

Ravimiseaduse eelnõu (360 SE) algtekst ja seletuskiri (2004).

Ravimiseaduse §-ga 43¹ täiendamise seaduse eelnõu algtekst ja seletuskiri (2005).

Riigikontroll (2011). Aruanne Riigikogule: Õigusaktide mõju hindamise korraldus.

Riigikontroll (2012). Aruanne Riigikogule: Ravimite hüvitamise korraldus.

Rudholm, N. (2008). Entry of New Pharmacies in the Deregulated Norwegian Pharmaceuticals Market – Consequences for Cost and Availability. – Health Policy, vol 87, pp 258–263.

Stargardt, T. et al (2007). Pricing Behaviour of Pharmacies after Market Deregulation for OTC Drugs. The case of Germany. – Health Policy, vol 84, issue 1, pp 30–38.

Stiglitz, J. E. (1995). Ühiskondliku sektori ökonoomika. Tallinn: Külim.

UK Department of Health (2012). Control of Entry and Exit in the NHS pharmaceutical service. – <http://media.dh.gov.uk/network/261/files/2012/07/DH-5035-Market-entry-and-exit1.pdf>

Viscusi, K. *et al* (2005). Economics of Regulation and Antitrust. Cambridge, London: MIT Press.

Volkerink, B. *et al* (2007). Study of Regulatory Restrictions in the Field of Pharmacies. ECORYS Nederland BV, prepared for European Commission, Internal Market and Services DG, 22.06.2007. – http://ec.europa.eu/internal_market/services/docs/pharmacy/report_en.pdf

Õiguskantsler (2012). Ettepanek nr 20 üldapteegi tegevusloa väljaandmise ja muutmise piirangu kohta, 19.09.2012.

ÖBIG: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2006). Community Pharmacy in Europe: Lessons from deregulation – case studies. Commissioned by PGEU, Vienna. – http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/BooksReports/%C3%96BIG%20Report%20Community%20Pharmacy%20in%20Europe%203_06.pdf