

Sotsiaalministri 18. mai 2005. a määruse nr 73 „Narkootiliste ja psühhotropsete ainete nimekirjad ning nende ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemine“ muutmise määruse seletuskiri

1. Sissejuhatus

1.1. Sisukokkuvõte

Määrusega muudetakse sotsiaalministri 18. mai 2005. a määruse nr 73 „Narkootiliste ja psühhotropsete ainete nimekirjad ning nende ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemine“ (edaspidi *määrus nr 73*) lisa 1, milles on esitatud narkootiliste ja psühhotropsete ainete ja ainerühmade nimekirjad. Muudatuse tulemusena loetakse Raviameti ettepanekul edaspidi tsüklorfiin, spiroklorfiin, lüsergiinhappe-2,4-dimetüülasetidid, O-PCE, MEAI, metallüleskaliin, 3-metüülrolitsükliid, pregabaliin ja gabapentiin narkootilisteks ja psühhotropseteks aineteks. Muudatustega piiratakse nimetatud ainete kättesaadavust ja pidurdatakse nende laiemat levikut ning seeläbi kaitstakse rahva tervist.

Määrust nr 73 täiendatakse normitehnilise märkusega, milles viidatakse Euroopa Komisjoni delegeeritud direktiivile 2025/2062, millest tulenevad kohustused on varem üle võetud.

Muudatus mõjutab eelkõige narkootiliste ja psühhotropsete ainete tarvitajaid, pregabaliini ja gabapentiini kasutavaid patsiente, tervishoiusektorit, ravimite käitlejaid ja apteeke ning järelevalveasutusi, sealhulgas Politsei- ja Piirivalveametit, Maksu- ja Tolliametit ning Raviametit.

1.2. Määruse ettevalmistaja

Määruse ja seletuskirja on koostanud Sotsiaalministeeriumi rahvatervishoiu osakonna nõunik Kristiin Mikko (kristiin.mikko@sm.ee).

Määruse juriidilise ekspertiisi on teinud Sotsiaalministeeriumi õigusosakonna õigusloome- ja isikuandmete kaitse nõunik Lily Mals (lily.mals@sm.ee) ja õigusnõunik Rebeka Pintson (rebeka.pintson@sm.ee). Eelnõu mõjusid on analüüsinud Sotsiaalministeeriumi analüüsiosakonna analüütik Evelin Tähtväli (Evelin.tahtvali@sm.ee).

Määruse on keeleteoimetanud Rahandusministeeriumi ühisosakonna dokumendihaldustalituse keeleteoimetaja Virge Tammaru (virge.tammaru@fin.ee).

1.3. Märkused

Määrus ei ole seotud muu menetluses oleva eelnõuga. Määrusega muudetakse määruse nr 73 redaktsiooni, mis on avaldatud Riigi Teatajas avaldamismärkega RT I, 30.07.2025, 8.

Määrus ei ole seotud isikuandmete töötlemisega isikuandmete kaitse üldmääruse tähenduses.

2. Määruse sisu ja võrdlev analüüs

Määrus koosneb kahest punktist ja lisast.

Määruse punktiga 1 täiendatakse määrust nr 73 normitehnilise märkusega. Komisjoni delegeeritud direktiiv (EL) 2025/2062, millega muudetakse nõukogu raamotsuse 2004/757/JSK lisa seoses uute psühhoaktiivsete ainete lisamisega uimasti määratlusse, tuleb liikmesriikidel üle võtta hiljemalt 12. juulil 2026. a. Direktiivi kohaselt lisatakse narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirja kolm uut ainet. Eesti on juba varem lisanud direktiivis nimetatud ained määruse nr 73 lisasse ehk täitnud direktiivi ülevõtmise kohustuse.

Määrusega on üle võetud direktiivis sätestatud psühhoaktiivsete ainete piirang.

Määruse punktiga 2 kinnitatakse määruse nr 73 lisa 1 uus terviktekst.

Lisa 1 I nimekirja täiendatakse Ravimiameti 15.12.2025 ettepaneku nr JUR-3/6563 alusel järgmiste ainetega:

Jrk nr	Aine nimetus eesti keeles	Aine nimetus inglise keeles	Lühendid
1	tsüklorfiin; N-propionitriilklorfiin	cychlorphine; N-propionitrile chlorphine	
2	spiroklorfiin; 8-[1-(4-klorofenüül)etüül]-1-fenüül-1,3,8-triasaspiro[4.5]dekaan-4-oon	spirochlorphine, 8-[1-(4-chlorophenyl)ethyl]-1-phenyl-1,3,8-triazaspiro[4.5]decan-4-one	R-6890
3	lüsergiinhappe-2,4- dimetüülasetidiid	lysergic acid 2,4-dimethylazetidine	LSZ; LA-SS-Az
4	etitsükliidoon; deskloro-N-etyüülketamiin; 2-(etüülamino)-2-fenüültsükloheksanoon	icyclidone; deschloro-N-ethylketamine; 2-(ethylamino)-2-phenylcyclohexanone	O-PCE; 2-Oxo-PCE
5	5-metoksü-2-aminoindaan; 2,3-dihüdro-5-metoksü-1H-indeen-2-amiin	5-methoxy-2-aminoindane; 2,3-dihydro-5-methoxy-1H-inden-2-amine	MEAI; 5-MeO-AI
6	metallüleskaliin; 2-{3,5-dimetoksü-4-[(2-metüülprop-2-een-1-üül)oksü]fenüül}etaanamiin; metüülallüülloksü-3,5-dimetoksüfenetüülamiin	methallylescaline; 2-{3,5-dimethoxy-4-[(2-methylprop-2-en-1-yl)oxy]phenyl}ethanamine; 4-methylallyloxy-3,5-dimethoxyphenethylamine	MAL
7	3-metüülrolitsükliidiin; 1-[1-metüülfenüül]tsükloheksüül]pürrolidiin; 1-[1-(metüül)tsükloheksüül]pürrolid iin	(3-methylrolicyclidine; 1-[1-(3-methylphenyl)cyclohexyl]pyrrolidine; 1-[1-(methyl)cyclohexyl]pyrrolidine	3-Me-PCPy; 3MEPPY
8	pregabaliin; (S)-3- (aminometüül)-5-metüülheksaanhape; (S)-3- isobutüül-γ-aminovõihape	pregabalin; (S)-3-(aminomethyl)-5-methylhexanoic acid; (S)-3- isobutyl-γ-aminobutyric acid	
9	gabapentiin; neurontiin; (aminometüül)-tsükloheksaanäädikhape	gabapentin; neurontin; (aminomethyl)-cyclohexaneacetic acid	

Muudatuste tegemisel on arvestatud Ravimiametile edastatud olulisi andmeallikaid ja hoiatusi. Ettepanek tugineb Eesti Kohtuekspertiisi Instituudi (EKEI) poolt edastatud infole, Maksu- ja Tolliameti andmetele ainete konfiskeerimiste kohta ja Tervise Arengu Instituudilt (TAI) laekunud infole surmastatistika kohta, mis kinnitab nende ainete seost inimeste tervisekahjustuste ja surmaga. Lisaks on arvestatud Euroopa Uimastiameti (EUDA) uute psühhoaktiivsete ainete andmebaasi hoiatustega ja teistest riikidest laekunud ohusignaalidega kõnealuste ainete kohta.

Loetletud ainete narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirja lisamise eesmärk on piirata nende laiemat levikut ja kättesaadavust, kuna kõik need kujutavad kontrollimatul tarvitamisel tõsist ohtu rahva tervisele. Nende puhul on peamiseks probleemiks teadmata omadused ja reguleerimata turg.

Enamiku puhul nimekirja lisatavatest ainetest ei ole tehtud kliinilisi uuringuid inimestel, mis tähendab, et nende farmakokineetilised ja farmakodünaamilised omadused ning toksikoloogiline profiil on teadmata. Seetõttu on tarvitajatel tõsine oht neid aineid üle doseerida, sest nn ohutud manustamisdoosid ei ole teada. Samuti ei ole enamasti teada neid aineid sisaldavate toodete päritolu, täpne koostis ja puhtuse aste, mis suurendab ettearvamatute ja ohtlike kõrvaltoimete riski.

Lisaks ainetepõhisele ohule on nimekirjade täiendamine vajalik ka seetõttu, et psühhoaktiivne potentsiaal võib ilmnedagi või muutuda ka varem meditsiinis kasutatud ravimitel. Silmapaistvateks näideteks on siin toimeained pregabaliin ja gabapentiin. Kuigi need on olnud legaalselt retseptiravimitena käibel, on ajapikku ilmnunud ja laiemalt levinud nende väärkasutamine eufooriat esilekutsuva toime tõttu, mis on tekitanud neist tõsise rahvatervishoiu probleemi ning viinud vajaduseni võtta need kontrolli alla.

Loetletud ainete käitlemine on riigiti piiratud erinevate kontrollimeetmetega, mis hõlmavad muu hulgas aine lisamist kontrollitavate või ajutiselt kontrollitavate ainete nimekirja, allutamist ravimivaldkonda reguleerivatele õigusaktidele või karistusõigusele.

Alljärgnevalt on kirjeldatud Ravimiametile teadaolev info nimetatud uute psühhoaktiivsete ainete levitamise, omaduste, manustamisviiside ja terviseriskide kohta.

1. Tsüklorfiin on uus sünteetiline piperidiin-bensimidasooloon-opioid ja kuulub 2-bensimidasooloon-opioidide ehk orfiinide alarühma. Tsüklorfiin on struktuurilt sarnane rahvusvaheliselt kontrollitava bensimidasool-opioidiga brorfiin (lisatud ÜRO 1961. aasta narkootiliste ainete ühtse konventsiooni I nimekirja). Keemiliselt erineb ta brorfiinist kloori asendamisega broomi asemel ja propionitrili rühma lisamisega bensimidasoolooni tuumale.

Tsüklorfiini esmakordne tuvastamine Euroopa Liidus leidis aset Rootsis 2024. aasta detsembris. Järgnevalt tuvastati see teistes Euroopa riikides, sealhulgas Prantsusmaal (jaanuar 2025), Lätis (märts 2025) ja Eestis (juuli 2025)¹. Tervise Arengu Instituudi (TAI) andmetel on tsüklorfiin Eestis kiiresti levinud. Ainet on tuvastatud nii süstlajäädikdest kui ka neljast otseselt või kaudselt aine tarbimisega seotud surmaga lõppenud üledoosijuhtumist (seisuga november 2025). See näitab tsüklorfiini reaalset ja tõsist ohtu rahva tervisele.

Tsüklorfiin on sünteetiline opioid, mis toimib peamiselt μ -opioidireseptori agonistina. See on tüüpiline mehhanism enamikule kontrollitavatele ohtlikele opioididele (nagu fentanüül ja heroiin). Tsüklorfiini peetakse fentanüüli tugevusega sarnaseks või isegi tugevamaks opioidiks. See viitab sellele, et juba väga väikesed annused võivad põhjustada eluohtlikke füsioloogilisi efekte. Tugeva μ -opioidireseptori agonismi tõttu on aine kuritarvitamise potentsiaal suur ning korduv kasutamine viib tõenäoliselt tugeva füüsilise ja psüühilise sõltuvuse tekkeni.

Tsüklorfiini peamine oht on selle suur toksilisus ja potentsiaal põhjustada eluohtlikku mürgistust isegi väikestes kontsentratsioonides. Peamised toksilised toimed on raske hingamisdepressioon,

¹ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/1574>.

teadvuse kaotus, mioos (pupillide ahenemine), hüpoksia sümptomid ja norskavad helid (hingamisteede osalise sulgumise tõttu).²

Ainet turustatakse sageli ebaseaduslikult (nt valesti märgistatud tablettidena), mistõttu on kasutajad selle tegelikust tugevusest teadmatutes, mis suurendab drastiliselt juhusliku üledoosi ja surma riski. Tsüklorfiini ei ole heaks kiidetud ühegi meditsiinilise või veterinaarse otstarbega kasutamiseks. Aine on juba kontrolli all mitmes Euroopa Liidu liikmesriigis, sealhulgas Rootsis ja Taanis (alates 04.06.2025).

Arvestades tsüklorfiini ülimalt suurt toimetugevust (võrreldav fentanüüluga), tõendatud toksilisust (mürgistus surmad Eestis), suurt kuritarvitamise ja sõltuvuse potentsiaali ning meditsiinilise kasutuse puudumist, tuleks see viivitamata lisada narkootiliste ja psühhotroopsete ainete I nimekirja rahva tervise kaitseks ja kontrollimehhanismide loomiseks.

2. Spiroklorfiin (tuntud ka kui R-6890) on uus sünteetiline triasa-spirodekanooni opioid, mis on struktuurilt seotud rahvusvaheliselt kontrollitava brorfiiniga (ÜRO 1961. aasta narkootiliste ainete ühtse konventsiooni I nimekirjas). See erineb brorfiinist spirotriasooltuumade olemasolu poolest bensimidazoloonituumade asemel, fenüülasendaja lisamise poolest piperidiiniringile ja broomi asendamise poolest klooriga.

Spiroklorfiin on struktuurilt seotud ka tsüklorfiiniga, erinedes bensimidazoloonituumade asendamise poolest spirotriasooltuumadega ning fenüülrühma lisamise ja propionitrilrühma puudumise poolest piperidiiniringil. Kuigi spiroklorfiin kuulub triasa-spirodekanooni rühma, eristudes bensimidazooli-põhistest opioididest (nagu nitaseenid ja orfiinid) tuumstruktuurilt, jagab see nendega funktsionaalset sarnasust ja suurt toimetugevust, mis on iseloomulik ülimalt ohtlikele sünteetilistele opioididele.

Esmakordne tuvastamine Euroopas toimus 2025. aasta veebruaris Rootsis. Samuti on sellest aimest teatatud Saksamaal (märts 2025), Taanis (aprill 2025) ja Soomes (mai 2025)³. Riigisiseseid andmeid kinnitavad spiroklorfiini levikut ja tarbimist Eestis. Kohtla-Järve 2025. aasta süstlajärguuringu tulemused näitasid 5 tuvastust 30 süstlast, mis viitab spiroklorfiini kiirele levikule ja aktiivsele tarbimisele uimastitarbijate seas.⁴ Ainet on tuvastatud ka Rakveres läbiotsimisel leitud esemetel – jäljed süstaldes ja lusikatel – kokku 6 pakendi juures, kuigi kogus oli määramata.⁵ See kinnitab aine olemasolu illegaalses ringluses ja selle kuritarvitamist.

Avalik teave aine kohta on piiratud, mistõttu põhineb info peamiselt aine keemilisel struktuuril ja selle sarnasusel teiste ülimalt ohtlike opioididega (nagu brorfiin ja tsüklorfiin). Tegemist on μ -opioidiretseptori agonistiga. See tähendab, et see seondub aju retseptoritega, mis vahendavad valuvaigistust, eufooriat ja sõltuvust. Eeldatavalt on tegemist ülimalt suure toimetugevusega ainega. Selle opioidsed analoogid (eriti brorfiin ja tsüklorfiin) on tihti fentanüüluga sarnase või sellest isegi tugevama toimega. See viitab sellele, et juba mikrogrammi suurusjärgus annused võivad olla eluohtlikud, mis tõstab juhusliku üledoosi riski taset drastiliselt. Peamine toksiline oht on eluohtlik hingamisdepressioon (hingamise aeglustumine ja peatumine). See on üledoosi peamine põhjus ja tekitab hüpoksiat. Ainel on ka suur potentsiaal põhjustada füüsilist ja psüühilist sõltuvust sarnaselt teiste opioididega.⁶ Puudub igasugune teave selle kohta, et spiroklorfiini oleks kunagi toodetud, turustatud või heaks kiidetud meditsiiniliseks kasutamiseks.

Arvestades spiroklorfiini ülimalt suurt toimetugevust (võrreldav fentanüüluga), tõendatud levikut ja kuritarvitamist Eestis, suurt toksilisuse ja sõltuvuse potentsiaali ning meditsiinilise kasutuse

² UNODC Global SMART Programme „Emerging analogues of brorphine“.

³ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/1572>.

⁴ TAI andmed.

⁵ EKEI andmed.

⁶ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) Early Warning System on New Psychoactive Substances (EWS) alerts.

täielikku puudumist, vastab aine kõikidele kriteeriumidele, et lisada see narkootiliste ja psühhotroopsete ainete I nimekirja.

3. Lüsergiinhappe-2,4-dimetüülasetidiid (LSZ)⁷ on lüsergiinhappe dietüülamiidi (LSD) struktuurne analoog, mille lüsergiinhappe atsetidiidi rühm on modifitseeritud 2,4-dimetüülasetidiidi rühmaga. LSD on Eestis lisatud narkootiliste ja psühhotroopsete ainete I nimekirja.

LSZ identifitseeriti turul esmakordselt 2013. aastal Sloveenias, esinedes pulbri ja blotterpaberi (imavpaber) vormis. Aine leidudest teatati seejärel ka teistes riikides, näiteks Ühendkuningriigis, Taanis, Saksamaal, Prantsusmaal ja Norras (2015. aastal), Austrias (2021. aastal), Luksemburgis (2023. aastal), Hispaanias ja Rumeenias (2025. aastal). Sarnaselt teiste lüsergamiididega manustatakse seda tavaliselt sublinguaalselt (keele alla) imavpaberil. Turustamise peamised kanalid on interneti kaudu toimivad uurimiskemikaalide (*research chemicals*) turud.⁸ Eestis tuvastati LSZ 12.02.2025. Eesti Kohtuekspertiisi Instituut (EKEI) on teatanud kahest tuvastamisest Hollandist saabunud postisaadetistes (margid).

LSZ on toimelt psühhedeelne aine, mis on klassifitseeritud kui mitteselektiivne serotoniini retseptori agonist. Selle toime aluseks on suur aktiivsus 5-HT_{2A} retseptoril. On teada, et lisaks serotoniini retseptoritele interakteerub LSZ ka dopamiini retseptoritega, mis annab ainele mitteselektiivse retseptoriprofiili. See mitteselektiivne agonism mitmete retseptoriperekondade, eriti dopamiinsüsteemide suhtes, viitab sellele, et LSZ-i subjektiivne toime ja potentsiaalne kõrvaltoimete profiil võib olla keerukam kui puhtalt agonistidel. Aine toime kestus on suhteliselt lühike võrreldes klassikalise LSD-ga. LSZ-i toime kestus on märgitud 3–11 tundi, mediaankestusega 8 tundi.⁹

LSZ-i kuritarvitamist soodustab otseselt selle kättesaadavus reguleerimata uute psühhootiliste ainete turul, kus seda turustatakse kergesti kättesaadava nn uurimiskemikaalina. Lisaks tavapärasele rekreatiivsele kasutusele on Euroopas dokumenteeritud psühhedeelikumide kasutamise suurenemist reguleerimata praktikas, mida esitletakse kui heaolu (*wellness*) suurendavaid, terapeutilisi või vaimselt orienteeritud sekkumisi ja tseremooniaid. LSZ-i ja teiste lüsergamiidide kasutamine sellistes kontrollimata kontekstides loob uue ja ohtliku väärkasutuse mustrid. Kasutajad loodavad terapeutilisele kasule, kuid riskivad kontrollimata aine puhtuse ja annusega ning puuduva professionaalse toega ägeda psühholoogilise stressi korral.¹⁰

Klassikalistel serotonergilistel psühhedeelikumidel, sealhulgas lüsergamiididel, on üldiselt väike potentsiaal tekitada füüsilist sõltuvust. Küll aga on psühholoogiline kuritarvitamispotentsiaal suur, kuna aine pakub tugevat ja ihaldatud taju muutvat toimet.¹¹ Kuna LSZ on tugev 5-HT_{2A} agonist ja LSD analoog, eeldatakse, et selle subjektiivsed ja psühhedeelsed toimed on kvalitatiivselt sarnased lüsergiinhappe sarnaste hallutsinogeenidega. Need hõlmavad tugevaid meeleolumuutusi, taju moonutusi, hallutsinatsioonide ja muutunud ajataju. LSZ-i potentsiaalsed ägedad kahjulikud mõjud jagunevad füsioloogilisteks ja psühhiaatrilisteks. Sarnaselt serotonergiliste psühhedeelikumidega võib LSZ põhjustada sümptomimeetilisi toimeid. LSD-uuringud on näidanud mõõdukat vererõhu tõusu (hüpertensioon) ja südame löögisageduse kiirenemist (tahhükardia). Kuigi otsene surmaga lõppev füsioloogiline toksilisus on kontrollitud dooside korral vähetõenäoline, kujutavad hüpertensioon ja tahhükardia ohtu eelnevate kardiovaskulaarsete seisunditega inimestele. Peamised ägedad kahjud on psühholoogilised, mis hõlmavad paanikahoogusid ja ärevust, psühhootilisi seisundeid, tugevat disorienteerumist ja muutunud taju.¹²

LSZ on kontrolli all mitmes Euroopa riigis, sealhulgas Tšehhi Vabariigis, Taanis, Sloveenias, Rootsis ja Soomes.

⁷ EDND andmebaas.

⁸ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles>.

⁹ <https://en.wikipedia.org/wiki/LSZ>.

¹⁰ <https://www.unodc.org/LSS/SubstanceGroup/Details/e5208b04-a07c-4353-ac71-c0dd3d8046de>.

¹¹ <https://www.who.int/groups/ecdd>.

¹² <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8027607/>.

Arvestades LSZ-i otsest struktuurilist ja farmakoloogilist sarnasust kontrollitava aine LSD-ga, suurt kuritarvitamispotentsiaali, reaalselt ohtu rahva tervisele ja Eestis tuvastamise fakti, teeb Ravimiamet ettepaneku lisada lüsergiinhappe-2,4-dimetüülasetidiid (LSZ) narkootiliste ja psühhotroopsete ainete I nimekirja.

4. O-PCE (tuntud ka kui 2-Oxo-PCE, etitsükliidoon, deskloro-N-etüülketamiin või 2-(etüülamino)-2-fenüülsükloheksanoon) on arüülsükloheksüülamiinide klassi kuuluv dissotsiatiivne anesteetikum. See on tihedalt seotud deskloroketamiini ja etitsükliidiga ning seda on internetis müüdnud disainerravimina.¹³

O-PCE tuvastati esmakordselt Prantsusmaal 2016. aastal. Seejärel teatati leidudest 20 erinevas Euroopa riigis.¹⁴ Eestis on 2025. aastal (novembri seisuga) teatatud kahest tuvastamisjuhtumist Hollandist saadetud kristallilise aine näol.¹⁵

O-PCE-d on tuvastatud valgete suuremate kristallidena, mis sarnanevad metamfetamiini või MDMA (3,4-metüleendioksümetamfetamiin) kristallidega. Selline eksitav müügiesitus loob olukorra, kus kasutajad riskivad massiivse üleannustamisega, kuna tavaline MDMA/metamfetamiini annus on 70–100 mg, samas kui O-PCE väike soovitatav annus on alla 20 mg. Selline ulatuslik annuse erinevus garanteerib toksiliste koguste tarvitamise, suurendades eelkõige sedatsiooni ja desorientatsiooni riski.¹⁶

O-PCE on tugev ja selektiivne N-metüül-D-aspartaadi retseptori (NMDAR) antagonist. See toimemehhanism, mille käigus blokeeritakse glutamaat-vahendatud erutusliku neurotransmissiooni jaoks olulised NMDAR-id, on iseloomulik kogu dissotsiatiivsete anesteetikumide klassile. NMDAR-i blokeerimine kutsub esile tüüpilisi dissotsiatiivseid, anestesiasid ja hallutsinogeenseid efekte.¹⁷ O-PCE-l on võrreldes ketamiiniga oluliselt suurem riskiprofiil. O-PCE on teatavasti potentssem kui ketamiin väikeste annuste puhul. Väiksem doos toimelt tugevama aine puhul jätab kasutajale annustamisel väiksema ohutusvahemiku, suurendades mürgistuse riski.¹⁸ O-PCE toime on märkimisväärselt pikem, ulatudes 3–6 tunnini, võrreldes ketamiini suhteliselt lühikese 30–60-minutilise toimeajaga. Kasutajad kogevad O-PCE puhul sügavamat ja rohkem desorienteerivat dissotsiatiivset seisundit, intensiivset sedatsiooni ja kauakestvat kognitiivset hägusust, mis näitab suuremat kesknärvisüsteemi koormust võrreldes ketamiiniga. See kombinatsioon – suurenenud toimetugevus ja pikem toime – kinnitab O-PCE toksilisuse potentsiaali, mis on teatatud olevat ketamiinist raskem.¹⁹

O-PCE kasutamisega seotud kliinilised sümptomid on rasked ja eluohtlikud, sarnanedes arüülsükloheksüülamiinide tüüpilise toksilisuse sündroomiga, kuid teate kohaselt on toksilisus ketamiiniga võrreldes raskem. Põhilised teatatud kliinilised nähud ja sümptomid on teadvushäire, segasus, hüpertensioon, tahhükardia, krampid. Rasked süsteemsed tüsistused hõlmavad hüpertermiat ja rabdomüolüüsi.²⁰ Lisaks suureneb toksilisuse risk, kui O-PCE-d kombineeritakse teiste kesknärvisüsteemi depressantidega, nagu opiaadid, bensodiasepiinid, GHB või alkohol.²¹

¹³ <https://en.wikipedia.org/wiki/2-Oxo-PCE>.

¹⁴ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/622>.

¹⁵ EKEI andmed.

¹⁶ <https://www.health.vic.gov.au/drug-alerts/o-pce-sold-as-methamphetamine-or-mdma>.

¹⁷ <https://research-information.bris.ac.uk/en/studentTheses/the-effects-of-the-ketamine-derivative-n-ethyl-deschloroketamine-2/>.

¹⁸ https://www.researchgate.net/publication/328561030_A_Fatal_Case_Involving_N-Ethyl-deschloroketamine_2-Oxo-PCE_and_Venlafaxine.

¹⁹ <https://www.health.vic.gov.au/drug-alerts/o-pce-sold-as-methamphetamine-or-mdma>.

²⁰ https://www.researchgate.net/publication/328561030_A_Fatal_Case_Involving_N-Ethyl-deschloroketamine_2-Oxo-PCE_and_Venlafaxine.

²¹ <https://www.health.vic.gov.au/drug-alerts/o-pce-sold-as-methamphetamine-or-mdma>.

Mitmed riigid, nagu Iirimaa, Itaalia, Leedu, Poola, Soome, Rootsi, Sloveenia ja Hiina, on O-PCE ohtu tunnistanud ja kehtestanud selle üle kontrolli.²² Esitatud andmed kinnitavad, et tegemist on äärmiselt ohtliku ainega, millel puudub seaduslik meditsiiniline kasutus. O-PCE vastab kõigile kriteeriumidele, mis on vajalikud, et lisada aine I nimekirja.

5. MEAI (tuntud ka kui 5-metoksü-2-aminoindaan, 5-MeO-AI) on aminoindaanide derivaat ja uus psühhoaktiivne aine. MEAI kuulub tsükliiliste fenetüülamiinide klassi ning on struktuurilt sarnane Eestis kontrolli all olevate entaktogeenidega (nt 5,6-metüleendioksü-2-aminoindaan ehkMDAI) ja mitmete amfetamiinidega (nt metüleendioksümetamfetamiin ehk MDMA).

MEAI tuvastati esmakordselt Poolas 2018. aastal ning hiljem Hollandis ja Saksamaal (2020. aastal), Prantsusmaal ja Itaalias (2022. aastal), Austrias (2023. aastal) ja Rumeenias (2025. aastal).²³ Eesti Kohtuekspertiisi Instituudi (EKEI) andmete kohaselt on Eestis MEAI tuvastatud kolmel korral Hollandist saadetud pulbri / kristallilise aine näol, mis kinnitab aine olemasolu ja levikut Eesti turul.

MEAI on farmakoloogiliselt klassifitseeritud monoamiini vabastavaks aineks, toimides spetsiifiliselt selektiivse serotoniini vabastava aine (SSRA). See mehhanism on omane enamikule kontrolli all olevatele psühhostimulantidele ja entaktogeenidele (nt amfetamiinid, MDMA). Lisaks on aine seotud α 2-adrenergiliste retseptoritega. Tänu oma serotoniini vabanemist domineerivale toimele tekitab MEAI MDMA-laadseid entaktogeenide (emotsionaalset avatust ja sotsiaalset seotust soodustavaid) ja sümpatomimeetilisi (sümpaatilise närvisüsteemi – pulsisageduse ja vererõhu tõusu – imiteerivaid) toimeid. Rekreatiivsel kasutamisel on teatatud lisaks kergetest psühhoaktiivsetest efektidest, eufooriast ja emotsionaalsest avatusest, mis sarnanevad alkoholi tarvitamisele.²⁴ Kuna MEAI on tugev serotoniini vabastaja, on olemas serotoniinisündroomi potentsiaal. See seisund on potentsiaalselt eluohtlik ja selle risk suureneb oluliselt, kui ainet tarvitatakse koos teiste serotoniini taset mõjutavate ravimitega (nt antidepressandid) või teiste stimulantidega. Serotoniinisündroomi raskusaste varieerub kergest (vähene treemor ja kerge hüpertensioon) kuni eluohtlikuni (kõrge palavik, lihasjäikus, eluohtlikud südamerütmihäired), mistõttu vajab see kohest meditsiinilist abi.²⁵ Sümpatomimeetiliste toimete tõttu esineb ka kardiovaskulaarsete riskide potentsiaal. Stimuleeriva ja eufooria tekitava toime tõttu on psühholoogilise sõltuvuse tekkimise risk olemas, ehkki selle ulatus on teadmata ja seda peetakse madalamaks puhta dopamiini vabastajatest.

Toksikoloogilised andmed pärinevad peamiselt prekliinilistest uuringutest rottidel ja *in vitro* katsetest. Akuutne ühekordne suukaudne manustamine rottidele annuses 100 mg/kg kutsus esile mööduvad, kuid selgelt kahjulikud kliinilised kõrvaltoimed, nagu treemor ja õhupuudus.²⁶ Ainet arendatakse praegu aktiivses kliinilises faasis (projekt CMND-100) ravimina alkoholtarvitamise häire, kokaiini tarvitamise häire ja metaboolse sündroomi raviks.²⁷ Kuigi aine on arenduses, puudub sellel praegu veel aktsepteeritud meditsiiniline kasutus nii Eestis kui ka rahvusvaheliselt.

MEAI on kontrolli all mitmes riigis, sealhulgas Itaalias, Leedus ja Norras.²⁸ Puudulikkud toksikoloogilised andmed ning serotoniinisündroomi ja kardiovaskulaarsete riskide võimalikkus muudavad aine ohtlikuks, eriti arvestades kasutajate kalduvust kombineerida aineid või manustada teadmata puhtusega preparaate. MEAI lisamine I nimekirja on põhjendatud peamiselt rahva tervise ja ohutuse kaalutlustel.

²² <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/622>.

²³ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/1110>.

²⁴ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29458138/>.

²⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482377/>.

²⁶ https://www.researchgate.net/publication/313354871_Toxicological_evaluation_of_5-methoxy-2-aminoindane_MEAI_Binge_mitigating_agent_in_development.

²⁷ <https://www.investing.com/news/company-news/clearmind-reports-positive-interim-safety-data-for-alcohol-disorder-drug-93CH-4375279>.

²⁸ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/347>.

6. Metallüleskaliin (tuntud ka kui MAL) kuulub struktuurilt fenetüülamiini ja eskaliini keemilistesse klassidesse. See on sünteetiline derivaat meskaliinist (3,4,5-trimetoksüfenetüülamiin), mis on looduslikult esinev psühheedne alkaloid.

MAL-i dokumenteeris esmakordselt keemik Alexander Shulgin oma 1991. aasta teoses PiHKAL. Euroopa turgudel hakkas aine levima alles 2013. aastal. Esimesed tuvastused pärinevad Rootsist (oktoober 2013), millele järgnesid samal aastal ka Holland ja seejärel mitmed teised Euroopa riigid.²⁹ Eesti Kohtuekspertiisi Instituudi (EKEI) andmete kohaselt tuvastati MAL Eestis esmakordselt 5. mail 2025 tablettide kujul.

Metallüleskaliini psühhoaktiivsed toimed on vahendatud selle kaudu, et see toimib serotoniini 5-HT₂ retseptori agonistina. Täpsemalt, sarnaselt klassikaliste serotonergiliste psühheedelikumidega nagu LSD ja psilotsübiin, sihib MAL peamiselt 5-HT₂ retseptorit, mis vastutab hallutsinogeensete uimastitega seotud iseloomulike teadvuse muutuste ja tajumoonutuste esilekutsumise eest. Metallüleskaliini manustatakse tavaliselt suu kaudu. Farmakokineetilised andmed näitavad toime kiiret algust, mis tekib tavaliselt ühe tunni jooksul pärast allaneelamist. MAL on oma lähteühendist, meskaliinist, märkimisväärselt tugevam, ilmutades suuremat seondumisafiinsust peamiste serotoniini retseptorite juures. Kvantitatiivsed andmed kinnitavad MAL-i oluliselt suuremat toimetugevust võrreldes meskaliiniga. MAL on aktiivne psühheedne aine ligikaudu kümme korda väiksemate annuste juures kui meskaliin, muutes ta väiksema terapeutilise aknaga ja seega suurema riskiga aineks.³⁰ Kriitiliselt oluline on aine erakordselt pikk toimeaeg, mis on teatatud olevat 12–16 tundi. See pikk kestus nõuab potentsiaalsete kõrvaltoimete või psühheedse kriisi ilmnemisel ulatuslikku ja pikale venivat (üle 16 tunni) ägedat meditsiinilist ja käitumuslikku ravi, koormates seeläbi tervishoiusüsteemi.

Serotonergilise psühheedelikumina kutsub MAL esile muutunud teadvuse seisundi, mis on võrreldav, teiste 5-HT₂ agonistide poolt esilekutsutuga, kuid on sellest siiski erinev. Aruanded rõhutavad intensiivset visuaalset kujutluspilti, sealhulgas silmade sulgemisel nähtud „kaleidoskoopilisi neonvärve“ ja „visuaalset teatrit“. Teatatakse märkimisväärselt visuaalsetest moonutustest, mida kirjeldatakse mõnikord kui „sulanud vaha“ välimust, ja eredamast värvitajust. Mõjud hõlmavad sageli eufooriat, empaatiat ja introspektsiooni, mis võivad potentsiaalselt viia „heade seosteni enese osade vahel“. Suure annusega kogemusi on seostatud erksate lapsepõlvemälestuste meenutamisega.³¹ Füüsiliselt iseloomustab kogemust märkimisväärne stimulatsioon. Kasutajad teatavad vaimsest ja füüsilisest stimulatsioonist, pupillide laienemisest, rahutusest, vähenenud isust ja somaatilistest mõjudest, nagu higistamine, külmavärinad ja lihaspinge.³² Kõige kriitilisem riskitegur on MAL-i järsk annuse-vastuse kõver. See tähendab, et annus, mis on vajalik soovitud psühheedse efekti tekitamiseks (nt tavaline vahemik 25–40 mg), on väga lähedal annusele, mis tekitab kurnava või ohtliku psühholoogilise ja sensoorse ülekoormuse (nt Shulgini dokumenteeritud annused 45 mg ja rohkem). See kitsas ohutuspiir suurendab oluliselt juhusliku üleannustamise ja ägedate ohtude riski kontrollimata tingimustes.³³

Euroopa Liidus ei ole MAL-i ühtselt reguleeritud, kuid üksikud riigid, sealhulgas Soome, Rootsi, Itaalia, Sloveenia³⁴, kontrollivad seda erinevate mehhanismide alusel. Metallüleskaliin on tugev meskaliini analoog, mille suur toimetugevus, ülipikk toimeaeg ja järsk annuse-vastuse kõver loovad avaliku tervise ja ohutuse seisukohast tõsiseid ohte. Kuna ainel puudub meditsiiniline kasutus ja sellel on suur oht tõsiste ägedate ja pikaajaliste kahjude tekkeks, on selle reguleerimine ja lisamine I nimekirja vältimatu, et kaitsta elanikkonda kontrollimatu leviku ja kasutamise kaasnevate eriti raskete tagajärgede eest.

²⁹ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/347>.

³⁰ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8865417/>.

³¹ <https://en.wikipedia.org/wiki/Methallylescaline>.

³² <https://knowdrugs.app/substances/methallylescaline>.

³³ http://medbox.iab.me/kiwix/wikipedia_en_medicine_2019-12/A/Methallylescaline.

³⁴ EDND andmed

7. 3-metüülrolitsükliidiin (tuntud ka kui 3-Me-PCPy, 3MEPPY) on arüülsükloheksüülamiini klassi kuuluv struktuurisomeer rahvusvaheliselt kontrollitavale ainele PCP (fentsükliidiin, mis kuulub 1971. aasta ÜRO konventsiooni II nimekirja). Struktuurilt on 3-Me-PCPy seotud ka 3-Me-PCP-ga ja samuti rolitsükliidiiniga (PCPy), mis on dissotsiatiivne anesteetikum (1971. aasta ÜRO konventsiooni I nimekirja aine).³⁵

Aine esmakordne tuvastamine Euroopa Liidus toimus Prantsusmaal 2021. aasta detsembris, mil sellest teavitati ELi varajase hoiatamise süsteemi (EWS) kaudu. Hiljem teatasid aine levikust ametlikult Taani, Sloveenia, Rootsi, Soome ja Belgia (2022. aastal), ning Itaalia ja Slovakkia (2025. aastal). Aine on kontrolli all Itaalias ja Leedus.³⁶ Eesti Kohtuekspertiisi Instituudi (EKEI) andmetel tuvastati aine Eestis esmakordselt 21. augustil 2025. Tegemist oli pulbriga, mis saabus Eestisse saadetisena Hollandist. 3-Me-PCPy farmakoloogiline profiil on suuresti hüpoteetiline, tuginedes struktuursele analoogiale arüülsükloheksüülamiinide klassiga.

Aine peamine toimemehhanism on NMDA (N-metüül-D-aspartaadi) retseptori antagonism. See on sama mehhanism, mille kaudu tekitavad oma psühhotroopseid toimeid ka teised tuntud dissotsiatiivsed ained, nagu PCP ja ketamiin. NMDA retseptorite blokeerimine mõjutab oluliselt mälu, õppimist ja kognitiivseid funktsioone. Lisaks NMDA antagonismile takistab 3-Me-PCPy ka kolme olulise monoamiini neurotransmitteri (serotoniin, dopamiin ja noradrenaliin) tagasihaaret närvilõpmetesse. See viib nende taseme suurenemisele sünaptilises pilus. Selline unikaalne toimeprofiil (teadvuse muutumine koos stimuleeriva mõjuga) viitab stimuleerivatele ja tajumuutust esilekutsuvatele efektidele, mida on täheldatud ka loomkatsete käitumisuuringutes.³⁷

Kuna tegemist on uue psühhoaktiivse ainega, on andmed selle toksilisuse, surmava doosi, pikaajaliste mõjude ja kliiniliste tulemuste kohta äärmiselt piiratud. Aine ohutusprofiil inimestel on suures osas teadmata. Mürgistuse ja suremuse risk suureneb oluliselt mitme aine samaaegsel tarbimisel. Fataalsed juhtumid on dokumenteeritud koos teiste ainetega, nagu metadoon, difenhüdramiin ja amfetamiin. See rõhutab farmakoloogilise sünergia ohtlikkust: kesknärvisüsteemi depressantide (nt difenhüdramiin) kombineerimine tugeva NMDA-antagonistiga nagu 3-Me-PCPy võib viia ohtliku kesknärvisüsteemi depressioonini ja hingamispuudulikkuseni.³⁸ Arvestades 3-Me-PCPy struktuurilist sarnasust rahvusvaheliselt kontrollitud ainetega ja selle riskiprofiili, on rangelt soovitatav lisada see narkootiliste ja psühhotroopsete ainete I nimekirja.

8. Pregabaliin (kasutatakse ka kaubamärkide Lyrica ja Pragiola all) on retseptiravim, mida kasutatakse perifeerse ja tsentraalse neuropaatilise valu, epilepsia ja generaliseerunud ärevushäire raviks. Kuigi pregabaliin on ravim, liigitatakse see kuritarvitamise potentsiaali tõttu uueks psühhoaktiivseks aineks ja on seetõttu ka Euroopa Liidu Uimastiameti (EUDA) poolt monitooritav.³⁹ Pregabaliin on struktuurilt seotud looduslikult esineva imetajate neurotransmitteri gamma-aminovõihappega (GABA). Kuigi selle täpne toimemehhanism on endiselt ebaselge, on teada, et pregabaliin vähendab tsentraalset neuronite erutatavust ja pärsib mitmete neurotransmitterite, sealhulgas glutamaadi ja noradrenaliini vabanemist.⁴⁰

Pregabaliin tuvastati Euroopa illegaalses võrgus esmakordselt 2009. aastal Soomes, levides seejärel teistesse riikidesse.⁴¹ Eesti Kohtuekspertiisi Instituudi (EKEI) andmed kinnitavad pregabaliini ebaseaduslikku käitlemist: aine tuvastati 2024. aastal 12 ja 2025. aastal (novembri seisuga) 9 kohtuekspertiisi juhtumis, mis näitab aine selget kättesaadavust ebaseaduslikul turul.

Pregabaliinil on eriti vastuvõtlikes populatsioonides (nt varasema ainete kuritarvitamise ajalooga isikud) dokumenteeritud euforiseeriv toime, mistõttu seda kasutatakse joobeseisundi

³⁵ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/1286>.

³⁶ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/1286>.

³⁷ <https://en.wikipedia.org/wiki/3-Methyl-PCPy>.

³⁸ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27339479/>.

³⁹ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/116>.

⁴⁰ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17126531/>.

⁴¹ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/116>.

saavutamiseks või olemasoleva joobe võimendamiseks. Pregabaliini kuritarvitamine ja üledoosid moodustavad Eestis kasvava rahvatervishoiu riski, mida kinnitavad riigisisesed andmed. Terviseameti Mürgistusteabekeskuse andmetel on viimase viie aasta jooksul esinenud 66 pregabaliiniga seotud mürgistusjuhtumit, millest 45 olid tahtlikud mürgistused enesetapu eesmärgil. Pregabaliiniga seotud surmajuhtumite arv näitab Eestis selget kasvutrendi, osaledes mitme aine tarvitamisega seotud surmajuhtumites: 2022. aastal 6 surma, 2023. aastal 13 surma, 2024. aastal 7 surma ja 2025. aastal augusti lõpu seisuga 7 surma (moodustades juba 14,6% kõigist uimastite üledoosist põhjustatud surmadest).⁴²

Pregabaliini suurim oht seisneb selle sünergias teiste kesknärvisüsteemi depressantidega, eelkõige opioididega. See kombinatsioon suurendab oluliselt eluohtliku hingamise pärssimise ja surma riski.⁴³ Ulatuslikke murettekitavaid teateid on tulnud Soomest, Rootsist ja Norrast. Soomes täheldati pregabaliini avastamises lahkamismaterjalidest märgitud suurenemist (2005. aasta 9 juhult üle 80 juhuni 2009. aasta septembriks). Kõige sagedasem surmapõhjus pregabaliini kuritarvitajate seas oli juhuslik mürgistus, mis oli tavaliselt seotud aine tarbimisega kombinatsioonis teiste opioididega.⁴⁴ Mitmed riigid on vastuseks samale probleemile juba võtnud pregabaliini riikliku kontrolli alla, rõhutades seeläbi probleemi tõsidust. Suurenenud surmajuhtumite ja kuritarvitamise mure tõttu klassifitseeris UK 2019. aastal pregabaliini (ja gabapentiini) C-klassi kontrollitavaks aineks ja see paigutati Schedule 3 nimekirja.⁴⁵ Pregabaliin on Ameerika Ühendriikides juba alates 2014. aastast klassifitseeritud Schedule V kontrollitavaks aineks, kinnitades selle ametlikku kuritarvitamise potentsiaali.⁴⁶ Lisaks on pregabaliin kontrolli alla võetud Prantsusmaal alates 2020. aastast⁴⁷ ja Lätis alates 2022. aastast.⁴⁸

Euroopa Ravimiameti (EMA) poolt tehtud Lyrica (pregabaliin) kliiniline hinnang tõi esile sagedasemad kõrvaltoimed, mille hulka kuuluvad pearinglus ja unisus, koordinatsiooni kadu, motoorika halvenemine, ähmane nägemine, ebaselge ja katkendlik kõne, desorientatsioon, kontrollimatu uimasus suurte annuste puhul ning võõrutusnähud.⁴⁹ Käesolevaga tehakse ettepanek lisada toimeaine pregabaliin narkootiliste ja psühhotropsete ainete IV nimekirja (psühhotropsed ained, millel on meditsiiniline kasutus). IV nimekirja lisamine sätestab rangemad käitlemisnõuded, säilitades samal ajal ravimi kättesaadavuse meditsiinilisel näidustusel. IV nimekirja kuuluv ravim kirjutatakse jätkuvalt välja tavalise retseptiga ning väljakirjutamisel ei kaasne täiendavaid piiranguid (nagu need on kehtestatud näiteks bensodiasepiiniidele). Tervisekassa andmetel on pregabaliini väljakirjutamise maht märkimisväärt (perearstid 56%, psühhiaatrid 22%), mistõttu on oluline säilitada arstidele (sh perearstidele) võimalus ravi jätkata. Kontrolli alla võtmine piirab ravimi seaduslikust tarneahelast ebaseaduslikult väljumist ning annab võimaluse ebaseaduslikule käitlemisele tugevamalt reageerida. Ravimikäitlejatele hakkavad kehtima rangemad nõuded ravimi riiki sisse- ja väljaveole, samuti rangemad nõuded ravimite säilitamisele ja arvestuse pidamisele (võrreldes tavaliste retseptiravimitega). Patsientide jaoks tähendab IV nimekirja lisamine piiriülese digiretseptiga väljastamise keeldu ja ravimi posti teel saatmise keeldu. Lisaks kaasneb Schengeni riikides reisides nõue omada Schengeni tunnistust (kehtiv ka teiste IV nimekirja ravimite puhul, näiteks diasepaami korral).

Arvestades Eesti surmastatistika kasvutrendi, mürgistusjuhtumite kasvutrendi (eriti seoses enesetapukatsetega) ja rahvusvahelist pretsedenti, on pregabaliini lisamine narkootiliste ja psühhotropsete ainete IV nimekirja proportsionaalne ja vajalik meede rahva tervise ja ohutuse

⁴² TAI andmed.

⁴³ <https://www.fda.gov/media/133681/download>.

⁴⁴ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0379073814001819?via%3Dihub>.

⁴⁵ <https://www.gov.uk/government/news/reclassification-of-pregabalin-and-gabapentin-to-schedule-3-drugs-from-1-april-2019>.

⁴⁶ <https://www.federalregister.gov/documents/2014/07/28/2014-17726/national-committee-on-foreign-medical-education-and-accreditation>.

⁴⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/>.

⁴⁸ https://www.vi.gov.lv/lv/jaunums/kontrolei-paklautos-jaunas-vielas-ketamins-pregabalins-un-remimazolams?utm_source=https%3A%2F%2Fgemini.google.com%2F.

⁴⁹ <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/lyrica>.

tagamiseks. See meede võimaldab suuremat kontrolli aine liikumise üle, säilitades samal ajal meditsiinilise kättesaadavuse patsientidele, kes seda tõesti vajavad.

9. Gabapentiin (tuntud ka kaubamärgi Neurontin all) on retseptiravim, mida kasutatakse peamiselt epilepsia ja neuropaatilise valu raviks. Sarnaselt pregabaliiniga on gabapentiin oma kuritarvitamise potentsiaali tõttu monitooritav Euroopa Liidu Uimastiameti (EUDA) poolt, olles liigitatud uue psühhoaktiivse ainenä. Gabapentiini esmane tuvastamine Euroopa illegaalsel turul toimus Belgias 2013. aastal, levides seejärel teistesse Euroopa Liidu liikmesriikidesse.⁵⁰

Eesti Kohtueksperdiisi Instituudi (EKEI) andmed kinnitavad gabapentiini kõrvalekaldu mist meditsiinilisest ringlusest ebaseaduslikule turule. 2024. aastal tuvastati ebaseadusliku käitlemise käigus 2 juhtu (pulbri kujul) ning 2025. aastal (novembri seisuga) tuvastati 2 juhtumit. Need juhtumid, kuigi arvuliselt väiksemad kui pregabaliinil, viitavad selgelt gabapentiini esinemisele ebaseaduslikus ringluses. Tervise Arengu Instituudi andmetel on gabapentiin esinenud mitme aine samaaegse tarvitamisega seotud üledoosisurmas: 2022. aastal 2 surmajuhtumit, 2023. aastal 2 surmajuhtumit ja 2024. aastal 1 surmajuhtum. Kuigi gabapentiinimürgistusi esineb Eesti Terviseameti Mürgistusteabekeskuse andmetel harvemini kui pregabaliini puhul, kinnitab aine seos üledoosisurmadega selle ohtlikkust mitme aine samaaegse tarvitamise kontekstis.

Gabapentiini peamine risk on sarnane pregabaliini omaga, seisnedes ohtlikus koostoimes teiste kesknärvisüsteemi depressantidega, eelkõige opioididega, mis suurendab oluliselt hingamise pärssimise ja üledoosisurma riski.⁵¹ Eesti Tervisekassa andmetel on gabapentiini väljakirjutamise maht märkimisväärne, kusjuures iseloomulik on selle suur väljakirjutamise sagedus perearstias (68%), mis viitab laialdasele ja kergele kättesaadavusele. Gabapentiini väljakirjutajate ja retseptide arv on suurem kui pregabaliinil, rõhutades vajadust täpsema järelevalve järele. Mitmed riigid on gabapentiini kuritarvitamise kasvule reageerinud, eriti seoses asendusaine riskiga, mis tekkis pärast pregabaliini kontrolli alla võtmist. Pärast seda, kui pregabaliin lisati Ameerika Ühendriikides föderaalset Schedule V nimekirja 2014. aastal, hakkasid mitmed opioidisõltuvuse kriisist tabatud osariigid (nt Kentucky, Tennessee) märkama gabapentiini kuritarvitamise järsku kasvu. Gabapentiini hakati kasutama asendusainena või opiaatide võimendajana. Seetõttu on need osariigid gabapentiini klassifitseerinud Schedule V kontrollitavaks aineks ning lisanud kohustusliku retsepti monitoorimise alla, et piirata nn retsepti-shoppingut. Sarnane dünaamika viis Ühendkuningriikide ametivõimud otsuseni võtta gabapentiin ja pregabaliin samaaegselt 2019. aastal kontrolli alla (C-klassi kontrollitav aine, Schedule 3). Seda meedet rakendati just asendusaine probleemi vältimiseks: kui oleks kontrolli alla võetud vaid üks, oleks oodatud teise kuritarvitamise hüppelist kasvu.⁵² Eespool öeldu rõhutab, miks on Eesti puhul kriitiliselt oluline lisada kontrolli alla mõlemad ained korraga.

Arvestades gabapentiini seost üledoosisurmadega Eestis, selle esinemist ebaseaduslikul turul ning olemasolevaid tugevaid rahvusvahelisi pretsedente (nagu Ühendkuningriigi ja Ameerika Ühendriikide vastavad meetmed), on gabapentiini lisamine narkootiliste ja psühhotroopsete ainete IV nimekirja (psühhotroopsed ained, millel on meditsiiniline kasutus) proportsionaalne ja vajalik meede rahva tervise ja ohutuse tagamiseks. IV nimekirja lisamine kehtestab rangemad käitlemis- ja kontrollinõuded (analoogselt pregabaliini puhul kehtestatavatega), säilitades samal ajal ravimi kättesaadavuse seda vajavatele patsientidele.

3. Määruse vastavus Euroopa Liidu õigusele

Määrusest teavitati Euroopa Komisjoni ja lepinguriike Vabariigi Valitsuse 23. septembri 2010. a määruse nr 140 „Kavandatavast tehnilisest normist, infoühiskonna teenusele kehtestatavast nõudest ja teenuse osutamise nõudest teavitamise kord ning teavitamist koordineeriva asutuse määramine“ § 15 lõike 1 punkti 1 alusel (ooteaega ei kohaldata juhul, kui eelnõu on vaja vastu võtta järgmisel mõjuval ja ettenägematutest asjaoludest tekkinud kiireloomulisel põhjusel: rahva

⁵⁰ <https://ednd2.emcdda.europa.eu/ednd/substanceProfiles/351>.

⁵¹ <https://www.gov.uk/drug-safety-update/gabapentin-neurontin-risk-of-severe-respiratory-depression>.

⁵² <https://www.gov.uk/drug-safety-update/pregabalin-lyrica-gabapentin-neurontin-and-risk-of-abuse-and-dependence-new-scheduling-requirements-from-1-april>.

tervise või ohutuse, loomade või taimede kaitseks), millega on Eesti õigusruumi üle võetud Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivi (EL) 2015/1535 artikli 6 lõike 7 punkt a (ooteaega ei rakendata, kui rahva tervise või ohutuse või loomade või taimede kaitsmise ning teenuseid käsitlevate õigusnormide puhul ka avaliku korra, eriti alaealiste kaitsmisega seotud tõsistest ja ettenägematutest asjaoludest tekkinud kiireloomulistel põhjustel peab liikmesriik väga lühikese aja jooksul ette valmistama tehnilised normid nende viivitamatuks avaldamiseks ja kehtestamiseks, kus nõupidamine pole võimalik).

Komisjoni delegeeritud direktiivi (EL) 2025/2062, millega muudetakse nõukogu raamotsuse 2004/757/JSK lisa seoses uute psühhoaktiivsete ainete lisamisega uimasti määratlusse, ülevõtmisel tuleb lisada narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirja kolm psühhoaktiivset ainet, kuid Eesti on juba varem direktiivi üle võtnud ning nüüd lisatakse selle muudatusega normitehniline märkus. Seletuskirjale on lisatud vastavustabel.

4. Määruse mõjud

Muudatusega täiendatakse Ravimiameti ettepanekul narkootiliste ja psühhotroopsete ainete reguleerimise raamistikku, et piirata uute ja suurenenud väärkasutusriskiga ainete kättesaadavust ning vähendada nende levikust tulenevaid terviseohte. Muudatused toetavad rahva tervise kaitset ning aitavad ennetada narkootiliste ja psühhotroopsete ainete väärkasutamisest tulenevaid kahjusid.

Määrusega ajakohastatakse narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirju kahel viisil:

- lisatakse narkootiliste ja psühhotroopsete ainete I nimekirja uued psühhoaktiivsed ained, millel puudub meditsiiniline kasutus ja mille tarvitamine kujutab endast märkimisväärset ohtu tervisele;
- täiendatakse IV nimekirja meditsiinilisel eesmärgil kasutatavate psühhotroopsete ainetega, mille väärkasutuse risk on kasvanud ja mille kättesaadavus vajab senisest rangemat kontrolli.

Muudatuste peamine oodatav mõju on piirata nimetatud ainete kättesaadavust ja pidurdada nende levikut, millega kaasneb väärkasutuse ja tervisekahjustuste riski vähenemine. Regulatsiooni täpsustamine loob selgema aluse järelevalveks ning toetab ennetustegevust.

Mõjude olulisuse hindamisel lähtuti mõju ulatusest, avaldumise sagedusest, mõjutatud sihtrühma suurusest ja ebasoovitavate mõjude riskist. Analüüs tugineb määruse sisule ja selle praktilisele rakendumisele ning kasutab Politsei- ja Piirivalveameti, Siseministeeriumi, Tervise Arengu Instituudi ja rahvusvaheliste uuringute andmeid.

Mõjuanalüüsis käsitletakse määruse sotsiaalset ja majanduslikku mõju ning mõju riigivalitsemisele. Mõjud on analüüsitud sihtrühmade kaupa. Peamised mõjutatud sihtrühmad on elanikkond, tervishoiusektor, apteegid, Politsei- ja Piirivalveamet, Maksu- ja Tolliamet ning Ravimiamet. Muudatustel ei ole otsest mõju regionaalarengule, riigikaitsele ja välissuhetele, infotehnoloogiale ja infoühiskonnale, keskkonnale, haridusele, kultuurile ega spordile ning seetõttu ei ole mõjusid nendes valdkondades eraldi hinnatud.

Mõju sihtrühm 1: narkootiliste ja psühhotroopsete ainete tarvitajad

Määrus mõjutab isikuid, kes tarvitavad narkootilisi aineid või psühhotroopseid ravimeid ilma arsti korralduseta. Sihtrühma kuuluvad nii juhu- kui ka korduvtarvitajad, sealhulgas isikud, kes kasutavad uusi psühhoaktiivseid aineid või väärkasutavad retseptiravimeid.

Elu jooksul narkootikume tarvitanud isikute hulk on viimase kümne aasta jooksul suurenenud. 2023. aasta Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastite tarvitamise uuringu andmetel oli 16–64-

14–18-aastastest noortest on elu jooksul mõnda narkootilist ainet tarvitanud või proovinud pea kolmandik (31%) ning 75% neist on teinud seda mitmel korral. Võrreldes 2015. ja 2021. aasta tarbimist, on märkimisväärselt suurenenud nende noorte osatähtsus, kes on narkootikume tarvitanud korduvalt.⁵⁶ Noorte hulgas paistab Eesti Euroopa Liidus silma keskmisest suurema narkootikumide tarvitamise sagedusega 15–16-aastaste kooliõpilaste seas.⁵⁷ See viitab riskikäitumise varasemale kujunemisele ja suurendab pikaajaliste tervisekahjustuste riski.

Eriti suure riskiga alarühma moodustavad narkootiliste ainete tarvitajad, kes kasutavad mitut ainet samaaegselt. Alates 2022. aastast on oluliseks negatiivseks trendiks kujunenud sünteetiliste opioidide levik, millega kaasneb ebaproportsionaalselt suur kahju rahva tervisele. Ligikaudu pooltes üledoosist põhjustatud surmajuhtumites (2023. aastal suri üledoosi tagajärjel 117 inimest) on tuvastatud sünteetiliste opioidide tarvitamine, kusjuures sageli on tegemist mitme aine koos tarvitamisega.⁵⁸ Mitme aine samaaegne tarvitamine suurendab oluliselt üledoosi ja surma riski.

Uuringute põhjal on sihtrühma suurus nii täiskasvanute kui ka noorte seas hinnanguliselt keskmine, kuid arvestades korduva tarvitamise kasvu noorte hulgas, on määruse mõju selle sihtrühma jaoks oluline. Määruse mõju seisneb eeskätt uute ja suurenenud väärkasutusriskiga ainete kättesaadavuse piiramises, mis aitab vähendada riskikäitumist ning sellega seotud tervisekahjustusi ja enneaegseid surmajuhtumeid.

Määrus mõjutab patsiente, kes kasutavad pregabaliini ja gabapentiini meditsiinilisel näidustusel, sealhulgas epilepsia, neuropaatilise valu ja üldistunud ärevushäire ravis (loe lk 9–10). Tegemist on patsientidega, kelle ravi on pikaajaline ja kelle jaoks ravimite järjepidev kättesaadavus on oluline.

Ravimite kasutamise statistika kohaselt on pregabaliini ja gabapentiini kasutamine Eestis viimastel aastatel kasvanud: 2024. aastal oli gabapentiini kasutus 2,91 ja pregabaliini kasutus 4,19 DPD-d 1000 elaniku kohta ööpäevas, võrreldes vastavalt 1,87 ja 2,61 DPD-ga 2020. aastal.⁵⁹ See tähendab, et nimetatud toimeaineid kasutab iga päev ligikaudu 0,3–0,4% elanikkonnast ehk mitu tuhat patsienti ning aastas kümneid tuhandeid inimesi. Näitajad viitavad toimeainete püsivale kasutamisele ja arvestatava suurusega patsiendirühmale.

⁵³ Vorobjov, S, Kaste A-L, Veskimäe L. *Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastite tarvitamise uuring 2023*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2024. https://www.tai.ee/sites/default/files/2024-06/tuku_2023.pdf.

⁵⁴ Turu-uuringute AS. (2016). *Availiku arvamuse ja riskikäitumise uuring. Küsitlus täiskasvanud elanikkonna seas*. <https://www.politsei.ee/files/Ennetus/riskikäitumise-uuring-2015-t-isksamvanud.pdf?ac1c7822a0>.

⁵⁵ Reile R, Põlajev A, Saavaste J. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2024. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2025. [tku2024_kogumik_29apr2025_final.pdf](#).

⁵⁶ Lõhmus L, Tamson M, Pertel T, Abel-Ollo K, Rüütel K. Eesti noorte seksuaaltervis: teadmised, hoiakud ja käitumine. 2021. aasta uuringu aruanne. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, 2023.

⁵⁷ Siseministerium. (2014). Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika. Valge raamat. Tallinn. [Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika](#).

⁵⁸ Prokuratuur. (2024). Tugevatoimelised uimastid. Prokuratuuri aastaraamat 2024. <https://aastaraamat.prokuratuur.ee/prokuratuuri-aastaraamat-2024/tugevatoimelised-uimastid>.

⁵⁹ TAI. (2025). Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel: ATC-N. ATC-N: Närvisüsteem (N-rühm; DPD/1000/ööpäevas). PxWeb.

Toimeainete lisamine narkootiliste ja psühhotropsete ainete IV nimekirja ei piira ravimite väljakirjutamist ega ravi jätkamist, kuid muudab ravimite käitlemise ja väljastamise tingimused rangemaks. Muudatus ei too kaasa täiendavaid piiranguid patsiendi ravivõimalustele ega mõjuta ravimite hüvitamise tingimusi.

Määruse mõju sellele sihtrühmale seisneb peamiselt ravimite kasutamise ja väljastamise suuremas kontrollis, mille eesmärk on vähendada ravimite väärkasutust ja ebaseaduslikku levikut. Patsiendi vaates on mõju hinnanguliselt väike ning avaldub harva, eelkõige ravimite väljastamise ja reisimisega seotud formaalsete nõuete täpsustumise kaudu.

IV nimekirja lisamisega kaasnevad patsientidele täiendavad halduslikud nõuded, sealhulgas piiriülese digiresepti alusel väljastamise ja ravimite posti teel edastamise piirang ning Schengeni riikides reisimisel Schengeni tunnistuse omamise kohustus. Muudatuse rakendamisel on oluline arvestada, et apteekide ravimivalik võib piirkonniti erineda ning vajalik on tagada, et patsientidel oleks nimetatud ravimitele juurdepääs kõikides Eesti piirkondades. Nimetatud nõuded on kooskõlas teiste IV nimekirja ravimitele kehtivate reeglitega ega piira ravi kättesaadavust meditsiinilisel näidustusel.

Ebasoovitavate mõjude risk patsientidele on väike, kuna muudatus ei piira ravi kättesaadavust ning arsti juhendamisel jätkuv ravi on tagatud. Kokkuvõttes on määruse mõju sellele sihtrühmale väike.

Mõju sihtrühm 3: tervishoiusektor

Määrus mõjutab tervishoiusektorit, eeskätt neurolooge, perearste ja psühhiaatreid, kes kirjutavad välja pregabaliini ja gabapentiini meditsiinilisel näidustusel. Toimeainete lisamine narkootiliste ja psühhotropsete ainete IV nimekirja ei kehtesta arstidele otseseid ravikeelde ega muuda kehtivaid ravijuhiseid, kuid toob kaasa ravimite väljakirjutamise ja kasutamise rangema regulatiivse raamistiku ning suurema järelevalve.

Muudatus eeldab arstidelt senisest põhjalikumalt näidustuse põhjendamist ja dokumenteerimist ning suuremat tähelepanu ravimite väärkasutuse riskide ennetamisele. See võib väljenduda ravimite väljakirjutamise korra suuremas läbipaistvuses ja järelevalveasutuste suuremas tähelepanus ravimite väljakirjutamisele.

Määruse mõju tervishoiusektorile on eelkõige töökorralduslik ning hinnanguliselt väike. Mõju on pigem püsiv kui sage, kuna see on seotud tavapärase retseptipraktikaga ega too kaasa olulist täiendavat halduskoormust. Muudatus ei piira patsientide ravijärjepidevust ega arsti kliinilist otsustusõigust, kuid tugevdab ravimite kasutamise vastutustundlikku väljastamist ja kasutamist.

Ebasoovitavate mõjude risk tervishoiuteenuse osutamisele on väike, kuna ravi jätkub arsti juhendamisel ning muudatus ei mõjuta ravimite kättesaadavust meditsiinilisel näidustusel. Kokkuvõttes on määruse mõju tervishoiusektorile väike ja proportsionaalne, toetades rahva tervise kaitset ja ravimite väärkasutuse ennetamist. Muudatus eeldab tervishoiutöötajatelt ka senisest teadlikumat patsiendi nõustamist ja jälgimist, sealhulgas vaimse seisundi ja võimalike riskikäitumiste hindamist, mis on kooskõlas kehtiva hea ravitava ja patsiendiohutuse põhimõtetega.

Muudatus eeldab tervishoiutöötajatelt senisest tähelepanelikumalt patsiendi nõustamist ja jälgimist, sealhulgas vaimse tervise seisundi ja võimalike riskikäitumiste hindamist, mis vastab tavapärasele ravipraktikale ja patsiendiohutuse põhimõtetele. Määrus toetab rahva tervise kaitset ja ravimite väärkasutuse ennetamist.

Tervishoiuteenuse osutamisele ebasoovitavate mõjude avaldumise risk on väike, kuna ravi jätkub arsti juhendamisel ning muudatus ei piira ravimite kasutamist meditsiinilisel näidustusel.

Mõju sihtrühm 4: ravimite käitlejad ja apteegid

Määrus mõjutab ravimite käitlejaid ja apteeke, kes väljastavad pregabaliini ja gabapentiini retseptiravimitena. Toimeainete lisamine narkootiliste ja psühhotroopsete ainete IV nimekirja toob kaasa rangema regulatsiooni ravimite käitlemisel ja väljastamisel ning suurema järelevalve.

Muudatus eeldab apteekidelt senisest täpsemat ravimite väljastamisega seotud nõuete järgimist, sealhulgas retseptide kontrollimist ja dokumenteerimist ning ravimite üleandmisega seotud protseduuride täpsustamist. Samuti suureneb vajadus pöörata tähelepanu võimalikele väärkasutuse riskidele ning teha koostööd järelevalveasutustega.

Uute ravimite lisamisel IV nimekirja suureneb nende ravimite hulk, mille puhul on Schengeni riikidesse reisimisel vajalik Schengeni tunnistus. Alates 2024. aasta 1. septembrist saavad apteegid ühe osapoolena välja anda ravimitest tulenevaid Schengeni tunnistusi.⁶⁰ See on suurendanud apteekide rolli patsientide nõustamises ja dokumendikontrollis. Kuna apteegid juba täidavad neid ülesandeid ning muudatus hõlmab vaid kahe ravimi lisamist IV nimekirja, ei too see kaasa olulist lisakoormust.

Määruse mõju ravimite käitlejatele ja apteekidele avaldub püsivalt tavapärase retseptiravimite käitlemise raames, sealhulgas patsientide nõustamises ja dokumentide kontrollis seoses ravimite kasutamisega Schengeni riikides. Muudatus ei too kaasa olulist täiendavat halduskoormust ega eelda apteekide töökorralduse sisulist muutmist.

Apteekidele avaldub ebasoovitavate mõjude risk on väike, kuna muudatus ei piira ravimite seaduslikku väljastamist ega mõjuta ravimite kättesaadavust patsientidele meditsiinilisel näidustusel. Kokkuvõttes aitab muudatus vähendada ravimite väärkasutamist, ilma et see tekitaks apteekidele ebamõistlikku lisakoormust.

Mõju sihtrühm 5: Ravimiamet

Määrus mõjutab Ravimiametit kui narkootiliste ja psühhotroopsete ainete reguleerimise ja järelevalve eest vastutavat asutust. Muudatus põhineb Ravimiameti ettepanekul, mis on tehtud seoses uute ja suurenenud väärkasutusriskiga ainete leviku ning rahva tervise kaitse vajadusega. Seega ei kujuta määrus endast Ravimiametile uut ega täiendavat ülesannet, vaid on osa ameti tavapärasest regulatiivsest rollist.

Toimeainete lisamine narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjadesse eeldab Ravimiametilt olemasolevate nimekirjade ajakohastamist, juhendmaterjalide täpsustamist ja asjakohaste sihtrühmade teavitamist. Samuti võib muudatus nõuda järelevalve- ja aruandlusprotseduuride täiendamist ning koostöö jätkamist teiste järelevalveasutustega, sealhulgas Politsei- ja Piirivalveameti ning Maksu- ja Tolliametiga.

Määruse mõju Ravimiametile on peamiselt töökorralduslik ja hinnanguliselt väike. Muudatus jääb Ravimiameti seniste ülesannete ja pädevuse raamidesse ega too kaasa vajadust struktuursete muudatuste, täiendavate püsikulude või uute haldusfunktsioonide loomiseks. Vastupidi, muudatus toetab Ravimiameti senist tegevust narkootiliste ja psühhotroopsete ainete tõhusamal kontrollimisel ning väärkasutuse ennetamisel.

Mõju sihtrühm 6: Politsei- ja Piirivalveamet ning Maksu- ja Tolliamet

Määrus mõjutab Politsei- ja Piirivalveametit ning Maksu- ja Tolliametit, kes vastutavad narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ebaseadusliku käitlemise tõkestamise ja järelevalve eest. Muudatus

⁶⁰ Ravimiamet. (2024). 1. septembrist saab ravimitega reisimiseks vajaliku Schengeni tunnistuse apteekidest. <https://www.ravimiamet.ee/uudised/1-septembrist-saab-ravimitega-reisimiseks-vajaliku-schengeni-tunnistuse-apteekidest>.

täpsustab kehtivaid reegleid, tuues seni reguleerimata ained selge regulatsiooni alla, ning loob järelevalve- ja menetlustoimingute läbiviimiseks selgema aluse.

Muudatus võimaldab Politsei- ja Piirivalveametil ning Maksu- ja Tolliametil tõhusamalt reageerida narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ebaseaduslikule käitlemisele, sealhulgas ainete tuvastamisele, konfiskeerimisele ning väärteo- ja kriminaalmenetluste läbiviimisele. Selgem regulatsioon toetab ka piiriülest koostööd ja teabevahetust, eelkõige seoses ainete sisse- ja väljaveo ning rahvusvahelise kaubanduse kontrolliga.

Määruse mõju Politsei- ja Piirivalveametile ning Maksu- ja Tolliametile on peamiselt töökorralduslik ning ebasoovitavate mõjude avaldumise risk väike. Muudatus ei too kaasa uusi järelevalveülesandeid, vaid täpsustab olemasolevaid menetlusaluseid ja parandab õigusselgust. Mõju avaldub püsivalt, kuid jääb asutuste tavapärase tegevusraamistiku piiresse ega eelda täiendavate struktuuride või püsikulude loomist. Kokkuvõttes tugevdab määrus õiguskaitseasutuste võimekust ennetada ja tõkestada ebaseaduslikku uimastikäivet ning toetab rahva tervise ja siseturvalisuse kaitset.

Muudatuste koondmõju ettevõtete ja/või kodanike halduskoormusele

Halduskoormus kodanikele tervikuna ei muutu.

Halduskoormus ettevõtetele tervikuna ei muutu.

Töökoormus avalikule sektorile tervikuna ei muutu.

5. Määruse rakendamise seotud tegevused, vajalikud kulud ja määruse rakendamise eeldatavad tulud

Määruse rakendamine ei too kaasa täiendavaid tegevusi ega kulutusi.

6. Määruse jõustumine

Määrus jõustub üldises korras.

7. Eelnõu kooskõlastamine, huvirühmade kaasamine ja avalik konsultatsioon

Määruse eelnõu esitati eelnõude infosüsteemi (EIS) kaudu kooskõlastamiseks Siseministeeriumile, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumile, Haridus- ja Teadusministeeriumile, Justiitsministeeriumile ja Välisministeeriumile ning arvamuse avaldamiseks Terviseametile, Tervise Arengu Instituudile, Raviametile, Eesti Ravimihulgimüüjate Liidule ja Eesti Kohtuekspertsi Instituudile. Siseministeerium ning Justiits- ja Digiministeerium kooskõlastasid määruse eelnõu ilma kommentaarideta. Muud osapooled määruse kohta märkusi ega ettepanekuid ei esitanud.