

Mida toob kaasa võimalus osutada tervishoiuteenuseid piiranguteta kogu Euroopa Liidus?

Mari Amos¹

Ülevaate eesmärgiks on tuua välja peamised muudatused tervishoiu korralduses, mis kaasnevad Euroopa Parlamendi ja Euroopa Liidu Nõukogu direktiivi 2011/24/EL patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius ülevõtmisega.

Direktiivi ülevõtmine tingib Eestis kehtiva õiguse muutmist ning seetõttu on oodata teatavaid uuendusi nii tervishoiuteenuse osutajate, patsientide kui ka riigi jaoks. Peamiseks direktiivi mõjuks on võimalus saada ja osutada tervishoiuteenuseid Euroopa Liidus ilma seni kehtinud administratiivsete piiranguteta. Patsient saab tervishoiuteenuste tarbimisel tagasi hüvitise oma elukohariigis viisil, nagu oleks hüvitatud teenuste tarbimine või ravimite ja meditsiiniseadmete ost oma riigis. Siiski on piiriülene teenuste osutamine ja tarbimine allutatud kindlatele reeglitele. Alates 25. oktoobrist 2013 peavad teenuseosutajad arvestama kohustusega kindlustada oma vastutus, viia läbi senisest ulatuslikum patsientide nõustamine, dokumenteerida välismaalastele osutatud teenused ning need dokumendid piiriüleselt kättesaadavaks teha jne. Patsiendid peavad aga teadvustama, et teatud juhtudel võidakse siiski säilitada piiranguid hüvitise maksmisele kas eelloa või keskse ravijärjekorra vormis.

Direktiivi realiseerumine loob soodsad võimalused nii riikide kui ka asutuste koostööks mitmes valdkonnas, millest olulisematena olgu mainitud haruldaste haiguste diagnoosimine ja ravi, tervisetehnoloogiate hindamine, eksperdikeskuste tugivõrgustike väljaarendamine ja erinevad üleeuroopalised e-lahendused.

Riigil on kohustus luua riiklik kontaktpunkt direktiivi elluviimisega seonduvate aspektide selgitamiseks nii patsientidele, teenuseosutajatele, tervishoiutöötajatele, ametkondadele kui ka teistele asjast huvitatutele.

Juba 2006. aastal tunnistas Euroopa Nõukogu, et kogu Euroopa Liidus on tervisesüsteemide toimimisel küll hulk sarnaseid tegevuspõhimõtteid, kuid siiski erinevad liikmesriikide praktikad selles vallas märkimisväärselt (1). Ebakindlus hüvitise saamisel teistes liikmesriikides osutatud tervishoiuteenuste eest takistab praktikas patsientide ja üldisemalt tervishoiuteenuste vaba liikumist. Euroopa Nõukogu leidis, et tuleks luua üleeuroopaline reeglistik, mis tagaks liidu kodanikele selge ettekujutuse nende õigustest tervishoiu valdkonnas liikumisel ühest liikmesriigist teise ja seega suurema õiguskindluse.

Arutelu piiriüleste tervishoiuteenus- tega seotud konkreetse algatuse üle algas ametlikult 2006. aasta septembris. Euroopa Komisjon esitas 2. juulil 2008 direktiivi ettepaneku (2). Pärast pikki läbirääkimisi

nii liikmesriikide kui ka Euroopa Liidu tasandil võttis Euroopa Parlament direktiivi 2011/24/EL patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius vastu 9. märtsil 2011 (3). Direktiivi peamiseks eesmärgideks on kehtestada ühised eeskirjad piiriülestele tervishoiuteenustele juurdepääsu hõlbustamiseks, patsientide liikuvuse tagamiseks ja liikmesriikide tervishoiukoostöö edendamiseks. Direktiiv ei laieni ravikindlustamata isikutele, hooldusravile, elundisiirdamisele ja vaksineerimisprogrammidele. Direktiiv ei kohusta muutma riigisiseseid hüvitusmehhanisme ehk direktiivi jõustumine ei too kaasa olukorda, kus kõigis Euroopa Liidu liikmesriikides osutatakse kindlustatud isikutele kindlustusandja (näiteks Eesti Haigekassa) kulul täpselt sama nimekirja teenuseid. Direktiivis toodud regulatsioon peab liikmesriikides olema jõustatud ehk

Eesti Arst 2012;
91(11):595–602

Saabunud toimetusse:
14.09.2012
Avaldamiseks vastu võetud:
15.10.2012
Avaldatud internetis:
21.12.2012

¹ Sotsiaalministeerium

Korrespondeeriv autor:
Mari Amos,
mari.amos@sm.ee

Võtmesõnad:
piiriülene tervishoid,
ravikulud, patsientide
õigused

direktiiv üle võetud hiljemalt 25. oktoobril 2013. Seega on alates sellest päevast võimalik patsientidel saada tervishoiuteenuseid (ja kaasnevaid teenuseid), osta välja kirjutatud ravimeid ja meditsiiniseadmeid kogu Euroopa Liidus.

PEAMISED MUUDATUSED TERVISHOIUTEENUSE OSUTAJATE JAOKS

Direktiivi ülevõtmisega kaasnevad mitmed muudatused ka Eesti tervishoiusektorile. Alljärgnevalt on kirjeldatud neist olulisemaid ning selgitatud muudatuste tausta ja muid asjaolusid.

1. Laieneb tervishoiuteenuse osutamisel osalejate ring

Esimeseks oluliseks muudatuseks, mis direktiivi ülevõtmine kaasa toob, on tervishoiuteenuste osutamisest osavõtivate isikute ringi laiendamine. Tulenevalt direktiivi artiklist 3.a ja preambuli punktist 16 on tervishoiuteenusteks teenused, mida tervishoiutöötajad osutavad patsientidele, et hinnata, säilitada või taastada nende terviseseisundit, sealhulgas tervishoiuteenuste raames ravimite ja meditsiiniseadmete väljakirjutamine, väljastamine ja nendega varustamine. Eestis seni ravimite ja meditsiiniseadmete väljastamine teatavasti tervishoiuteenused ei olnud. Samas jäetakse tervishoiutöötaja mõiste sisustamiseks otsustusõigus endiselt liikmesriikidele.

Kuigi direktiiv käsitleb tervishoiuteenuseid laiemalt kui Eestis, siis puudub kohustus tervishoiuteenuseid riigisiselt samamoodi käsitleda, nagu seda teeb direktiiv piiriülese tervishoiuteenuse puhul. Lisaks ei oleks mõeldav, et retseptiravimite väljastajad ning meditsiiniseadmete müüjad kaartide alusel hakkaksid täitma kõiki tervishoiuteenuse osutajatele kehtestatud nõudeid. Ei ole mõistlik kohustada näiteks proviisorit ravimi väljastamise käigus uuesti anamneesi koguma. Nende kahe valdkonna regulatsioon peaks ka edaspidi jääma eelkõige eriseadustesse (ravimiseadus ja meditsiiniseadme seadus koos asjakohaste täiendustega). Seetõttu tuleks proviisorite ja farmatseutide riiklikus registris registreeritud isikuid ja vahetult meditsiiniseadmete müügiga meditsiiniseadme kaardi alusel tegelevaid isikuid, juhtudel kui nad osutavad teenust arsti kavandatud raviplaani alusel, käsitleda

tervishoiuteenuse osutamisel osalejatena tervishoiuteenuste korraldamise seaduse mõttes (4). Sellise staatusega kaasnev olulisim erinevus senisest on ehk vastutuse kindlustamise kohustuse laienemine ka neile kahele spetsialistide rühmale.

2. Piirangute kohaldamine tervishoiuteenusele juurdepääsule

Direktiiv on rajatud täiendavate vabaduste tekitamisele, s.t et ülevõtmise tähtaja saabumisel peaks kogu Euroopa Liidu tervishoiuteenuste turg olema liidu elanikele avatud. Siiski on teatud juhtudel võimalik üldist tervishoiuteenuste piiriülese tarbimise vabadust piirata. Sellised võimalused tekivad nii Eestisse tulla soovivate kui ka Eestist välja minevate patsientide puhul.

Esiteks loob direktiivi artikkel 4 võimaluse kehtestada juurdepääsupiirangud ehk piirata välispatsientide saabumist Eestisse ravile. Sellist vabaduste piirangut on võimalik õigustada ülekaaluka üldise huviga, nagu raviteenustele juurdepääsu tagamiseks olev planeerimisvajadus või soov kontrollida kulusid ja vältida raiskamist. Igal juhul peab selliste piirangute aluseks olema riigi soov aidata kaasa kõrgel tasemel tervisekaitse saavutamisele oma territooriumil ning ravivõimsuse või meditsiinilise pädevuse säilitamine riigi territooriumil peab olema rahvatervise huvides äärmiselt oluline. Eestis hakkab juurdepääsupiirangute kohaldamist reguleerima tervishoiuteenuste korraldamise seadus ning selle alamaktiks olev sotsiaalministri määrus, kus täpsustakse piirangute kehtestamise menetluse üksikasjad. Piirangute kohaldamise ettepaneku teeb sotsiaalministrile Eesti Haigekassa nõukogu, tuginedes eelnevalt korraldatud analüüsile ja konsultatsioonidele sidusrühmadega. Mõistagi mõjutavad juurdepääsupiirangud vaid nende tervishoiuteenuse osutajate tegevust, kellele tasutakse teenuse eest avalikest vahenditest ehk kellel on sõlmitud ravi rahastamise leping Eesti Haigekassaga.

Teiseks võimaluseks kohaldada patsientide vabale liikumisele piiranguid on direktiivi artiklis 8 ette nähtud eelloa menetlus ehk võimalus piirata Eesti patsientide siirdumist tervishoiuteenuse saamiseks teise Euroopa Liidu liikmesriiki. Eelluba kulude hüvitamise eeldusena on Euroopa Liidus olnud kasutusel juba ammu. Euroopa

Kohus on mitmetes otsustes vaagitud eelloa nõude kohaldamise lubatavust (5), andmise kohustust (6, 7), kohaldamist ambulatoorsete tervishoiuteenuste puhul (8) jms. Sarnaselt juurdepääsupiiranguga on ka eelluba võimalik kohaldada vaid väga piiratud juhtudel, nt raviteenustele piisava juurdepääsu planeerimise vajaduse puhul, kulude kontrolliks ja raiskamise vältimiseks ning kui tervishoiuteenus tingib patsiendi haiglasse paigutamise vähemalt üheks ööks või ambulatoorsetel juhtudel nõuab kitsalt spetsialiseeritud ja kuluka meditsiinilise taristu või kallite seadmete kasutamist. Lisaks on piiranguid võimalik seada siis, kui see tooks kaasa erilise riski või ohtlikkuse patsiendi või elanikkonna jaoks või kui tegemist on tervishoiuteenuse osutajaga, kelle tegevuse kvaliteedi suhtes on konkreetsed kahtlused.

Liikmesriikidele on eellubade kehtestamise soovi korral pandud suhteliselt kõrge tõestamiskohustus, kuna nad peavad pakkuma piisavaid tõendeid näitamaks, et piirava meetme mittekohaldamine konkreetsel juhul ohustaks avaliku huvi eesmärki (9). Eestis hakkab tulevikus eellubade kehtestamist reguleerima ravikindlustuse seadus ning selle alamaktiks olev sotsiaalministri määrus. Eelloa kehtestamise menetlus on sarnane juurdepääsupiirangute kehtestamisega. Siiski tuleneb direktiivist täiendav nõue liikmesriigile igast eelloa kehtestamisest ja sellisest soovist teavitada Euroopa Komisjoni. Patsiendid, kes soovivad saada ravi välisriigis eelloamenetlusele allutatud erialadel või teenuseosutajate juures, peavad luba taotlema Eesti Haigekassalt, kes võtab taotluse läbivaatamisel arvesse kindlustatud isiku konkreetset tervises seisundit, kiireloomulisust ja juhtumi eripära.

Täiendava meetmena, mis teataval määral reguleerib isikute pöördumist ravile teise Euroopa Liidu liikmesriiki, kehtestatakse keskne ravijärjekord. 2006. aastal tehtud Wattsi otsuses (10) sedastas Euroopa Kohus, et olukorras, kus peamiselt meditsiini arengu ja eluea pikendamise tõttu suureneb pidevalt nõudlus haiglaravi järele ning selle pakkumine on eelarve piirangute tõttu paratamatult piiratud, on iga riigi ravi osutamist korraldavatel võimudel õigus kehtestada vajaduse korral ravijärjekordade süsteem, mille eesmärk on planeerida ravi osutamist ja määrata kindlaks prioriteedid,

lähtudes olemasolevatest ressurssidest ja võimsustest. Siiski peab ka ravijärjekordade rakendamisel andma objektiivse arstliku hinnangu patsiendi haigusseisundile, haigusloole, haiguse võimalikule kulule, valude suurusele ja/või puude laadile. Eestis hakkab keskse ravijärjekorra regulatsiooni sisaldama ravikindlustuse seadus ning vastavalt täiendatakse ravijärjekorra pidamise nõuded (11). Ravijärjekorda hakkab kindlaksmääratud tervishoiuteenuste suhtes kehtestama sotsiaalminister Eesti Haigekassa ettepanekul. Sellise ravijärjekorra toimimise aluspõhimõtteks on see, et haigekassa võtab isikule osutatud tervishoiuteenuse eest tasumise kohustuse üle alles pärast isiku koha saabumist ravijärjekorras, seda nii riigisisese kui ka piiriülese tervishoiuteenuse tarbimisel. Isiku kandmine kesksesse ravijärjekorda ei too kaasa keeldu tarbida tervishoiuteenust juba enne koha saabumist, kuid hüvitis makstakse isikule sel juhul hiljem.

Praegu on eriarstiabi osutamisel tasumise kohustuse ülevõtmise aluseks saatekirja olemasolu (12). Sama reegel säilitatakse ka piirüleste tervishoiuteenuste puhul. Välisriigis eriarstiabi saamise kulude hüvitamise eelduseks on samuti Eesti pere- või eriarsti väljastatud asjakohane saatekirja.

3. Patsientide teavitamine, tervishoiuteenuse dokumenteerimine ja dokumentide väljastamine

Esiteks tuleb märkida, et direktiivi artikli 3.h kohaselt on patsiendiks iga füüsiline isik, kes soovib saada või saab tervishoiuteenuseid. Seega laienevad patsientidele ette nähtud õigused piiriülese tervishoiuteenuse puhul ka isikutele, kes alles soovivad saada teenuseid, kuid pole neid veel saanud. Kõiki patsiente tuleb tervishoiuteenuse saamisel kohelda võrdselt, keelatud on näiteks erinevate hindade kehtestamine Eesti ja välispatsientide jaoks (direktiivi artikkel 4(4)) ja välispatsientidele lisakulude kohaldamine (v.a kokkuleppel patsiendiga näiteks paremate majutustingimuste, lisateenuste, tõlke vm eest).

Direktiivi kohaselt peab tervishoiuteenuse osutaja andma patsientidele teavet, mis aitab teha teadlikku valikut ravivõimaluste, tervishoiuteenuste kättesaadavuse, kvaliteedi ja ohutuse kohta; samuti tuleb esitada andmed hindade kohta ning tegevusloa või registreerimise ja kindlus-

tuskaitse kohta (direktiivi artikkel 4(2)b). Võrreldes kehtivas õiguses toodud (13) patsiendile tervishoiuteenuse osutamise lepingu sõlmimisele eelneva teavitamise käigus edastatava teabe hulgaga on direktiiviga lisatud sellele mõned asjaolud, näiteks teave kindlustuse ja kättesaadavuse kohta. Teabe jagamine peab toimuma kogu ravi protsessi kestel ning patsientide vajadused ei ole piiratud ainult kliiniliste asjaoludega, vaid on pigem suunatud kogu tervishoiuteenuse osutamise protsessile, mis sisaldab ka proovide võtmisega seonduvat (14). Muidugi peab olema saadud patsiendi nõusolek delikaatsete isikuandmete töötlemiseks. Nõusoleku kehtivuse seisukohalt on tähtis, et nõusolek on vabatahtlik, konkreetne ja teadlik tahteavaldus, sõltumata nõusoleku andmise asjaoludest (15).

Teavitamiskohustuse kohta antud praktiliste juhtnõuade kohaselt soovitatakse piiriülese tervishoiuteenuse puhul patsiendile tagada vähemalt järgmise teabe kättesaadavus:

- teenust saama minek: mida kaasa võtta, milliste diagnostiliste uuringute tulemused peavad olema olemas jne;
- teenus: kuidas ette valmistada, mida tehakse jne;
- reisimine: kuidas pääseda teises liikmesriigis oleva tervishoiuteenuse osutajani jm;
- rahastamine: mida maksab eelduslikult patsient ja mida rahastaja jm;
- järelkontroll ja teabevahetus patsiendi arstiga tema asukohariigis (16).

Ka piiriüleste tervishoiuteenuste puhul jääb kehtima dokumenteerimiskohustus. Välismaalase andmed tuleb sisestada tervise infosüsteemi, selleks on vajalik välismaalase isikukoodi standardimine E-Tervise SA juhtnõuades toodud viisil. Isikuandmete töötlemisel on jätkuvalt oluline eraelu puutumatuse põhiõiguse kaitse (17). Tervishoiuteenuse dokumenteerimise keeleks jääb eesti keel, kuid kokkuleppel patsiendiga võib täiendava kande teha ka mõnes teises keeles. Direktiiv ei reguleeri seda, kes peaks tõlgete (nii suulise kui ka kirjaliku) eest tasuma ja seda ei ole plaanis reguleerida ka riigisiselt. Tõlkekulude katmine ei ole igal juhul automaatselt tervishoiuteenuse osutaja ülesanne, vaid jääb patsiendi ja teenuseosutaja kokkuleppe küsimuseks.

Direktiivi artikli 4(2)f kohaselt on patsiendil õigus saada oma ravi käsitlev

kirjalik või elektrooniline ravidokument või vähemalt selle koopias ning samuti peab riik tagama kaugjuurdepääsu ravidokumentidele (direktiivi artikkel 5d). Ravidokumentideks on kõik dokumendid, mis sisaldavad patsiendi seisundi kohta andmeid, hinnanguid ja muud teavet ning ravi käigus ilmnevaid kliinilisi muudatusi (direktiivi artikkel 3m, samuti kirjandusallikad 15 ja 18). Arvatavasti hakatakse algul piiriüleselt ravidokumente vahetama nii tervishoiuteenuse osutajate kui ka ametiasutuste vahel ikkagi paberil, kuigi soositum on andmete vahetamine elektrooniliselt (18).

4. Retseptide piiriülene tunnustamine

Nagu juba eespool märgitud, reguleerib direktiiv lisaks Eestis seni kindlaks määratud tervishoiuteenustele ka raviga seotud ravimite ja meditsiiniseadmete väljastamist. Seetõttu on direktiivi artiklis 2 ette nähtud erireeglid ravimite ja meditsiiniseadmetega seotud dokumentide ehk retseptide tunnustamisele. Võetakse vastu eraldi direktiiv piiriülese retsepti vormi ja väljakirjutamise kohta.

Üldprintsipi kohaselt on retseptid Euroopa Liidus universaalsed ja nende alusel ravimite ja seadmete väljastamine peab toimuma piiranguteta. Väljastamisest keelduda võib vaid väga kindlatel direktiivis toodud juhtudel (tervise kaitse, retsepti ehtsus, eetikaprobleemid). Piiriülese ravimi- ja meditsiiniseadme käitluse hõlbustamiseks kehtestatakse meetmed, mis võimaldavad kontrollida retsepti ehtsust, hõlbustavad ravimi või seadme korrektset identifitseerimist ning parandavad patsientidele antava teabe arusaadavust.

5. Tervishoiuteenuse osutaja kohustuslik kutsekindlustus

Tulenevalt direktiivi artiklist 4(2)d peab osutatav ravi olema tagatud kutsealase vastutuskindlustuse või muu samalaadse süsteemiga. Praegu määrab võlaõigusseadus (13) küll kindlaks tervishoiuteenuse osutaja (enamasti juriidiline isik, nt haigla) ning ka teenuse osutamisel osalevate isikute vastutuse alused, kuid puuduvad tagatised, et patsiendid saaksid tekitatud kahju eest ka tegelikult hüvitise. Tulenevat asjaolust, et enamikus Euroopa Liidu liikmesriikides on tervishoiuteenuse osutajate ja/või tervishoiutöötajate vastutus kindlustatud ja seda

peetakse tõhusaks patsientide õiguste kaitse vahendiks võimalike kahjude tekkimise puhuks, on ka Eestis tervishoiuteenuste korraldamise seadusesse loodud eraldi kohustusliku kutsekindlustuse regulatsioon, mille kohaselt peavad tervishoiuteenuse osutajad, retseptiravimite väljastajad ja meditsiiniseadme kaartide alusel meditsiiniseadmete müüjad sõlmima kahju hüvitamise tagamiseks kutsekindlustuslepingu enda, teenuse osutamisel osalevate tervishoiutöötajate ning muude isikute kindlustamiseks.

Kohustusliku kutsekindlustuse süsteemi valikul on võimalusi mitu (19, 20). Põhimõtteliselt võib Euroopas eristada kaht peamist tervishoiuteenuse osutamisel tekkinud kahjude hüvitamise süsteemi: esiteks kahjuhüvitise süsteem, mis põhineb süülisuse kindlakstegemisel ja mida kaetakse ravivigade kindlustusturu kaudu, ning teiseks mittesüüline hüvitussüsteem. Meditsiinilise vastutuse küsimuse erinev lahendamine põhineb eri riikides kasutusel olevatel erinevatel tervishoiuteenuse osutamise ja rahastamise süsteemidel. Riikides, kus tervisesektor on peamiselt eraõiguslik, on erakindlustusandjatel oluliselt suurem roll kahju kannatanud patsientidele hüvitise maksmisel (21). Mittesüüline hüvitussüsteem on kasutusel näiteks Soomes, Rootsis ja Taanis, samas on peamiseks õiguskatsevahendiks kohtusse pöördumine näiteks Prantsusmaal, Saksamaal ja Ühendkuningriigis. Siiski on viimastes üldiselt tarvitusele võetud erinevaid kohtueelseid lepitusmeetmeid (22). Mittesüüline hüvitussüsteem on kahtlemata patsiendisõbralikum ning toob kaasa ka süüdlaste otsimise vähenemise. Samas on see aga ka tunduvalt kulukam ning praegu ei ole Eestis reaalne rakendada sellist olulist lisaraha nõudvat süsteemi.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadusse planeeritud muudatuste kohaselt muutub direktiivi ülevõtmisel tervishoiuteenuse osutajatele, retseptiravimite väljastajatele ja meditsiiniseadmete müüjatele kaartide alusel kohustuslikuks sõlmida kutsekindlustuslepingu enda, teenuse osutamisel osalevate tervishoiutöötajate ning abistavate isikute kindlustamiseks. Tervishoiuteenuse osutajate kindlustatuse olemasolu üle hakkab järelevalvet tegema Terviseamet ning kindlustuse olemasolu on tegevusloa kehtivuse ja väljastamise aluseks.

Kahjude hüvitamine hakkab toimuma universaalselt kindlustusandjate loodava kindlustuskeskuse kaudu. Hüvitamise aluseks on keskuses väljatöötatud ja eelnevalt kokku lepitud kahjude määramise tabelid. See ei ole uudne süsteem, näiteks on ka Itaalias kasutusele võetud standardsed puude hüvitise tabelid (nagu eksisteerivad liikluskindlustuse puhul), mille eesmärgiks on tagada välja makstavate hüvitiste ühetaolisus kogu riigis. Rootsis on liikluskindlustussüsteemis rakendatavad hüvitistabelid kasutusele võtnud tervisekahjude hüvitamise juhtudel nii kindlustusandjad kui ka kohtud (23).

Lahkarvamuste tekkimise korral pakub keskus vaidemenetluse võimalust, mis on patsiendile tasuta ning kus menetlemine toimub kohtuga võrreldes tunduvalt kiiremini. Vaidlustuskomisjoni koosseisu hakkavad kuuluma mõistagi ka erinevate meditsiiniliste erialade eksperdid. Nõude aegumisele kohaldatakse üldist võlaõigusseaduses toodud aegumistähtaega ehk see on viis aastat alates ajast, mil isik sai teada või pidi teada saama kohustuse rikkumisest ja kahju tekkimisest.

6. Muud võimalused piiriüleste tegevuste arendamiseks

Lisaks otseselt tervishoiuteenuste osutamisele käsitleb direktiiv ka mitmeid muid valdkondi, kus nähakse ette tulevikus senisest suuremat piiriülest koostööd. Näiteks soovib Euroopa Komisjon abistada liikmesriike koostöö tegemisel haruldaste haiguste diagnoosimise ja ravi parandamiseks, teavitades tervishoiutöötajaid haruldaste haiguste diagnoosimisega seotud vahenditest, mis on neile kättesaadavad liidu tasandil (eelkõige Orphaneti andmebaas (24)). Samuti tahetakse teavitada patsiente, tervishoiutöötajaid ja tervishoiuteenuste rahastamise eest vastutavaid asutusi võimalustest suunata haruldase haigusega patsiente teistesse liikmesriikidesse ka sellisele diagnoosimisele ja ravile, mis ei ole mõnes liikmesriigis kättesaadavad (direktiivi artikkel 13).

Teiseks soovib Euroopa Komisjon toetada liikmesriike Euroopa tugivõrgustike väljaarendamisel liikmesriikide tervishoiuteenuste osutajate ja eksperdikeskuste vahel, eelkõige haruldaste haiguste valdkonnas. Selles vallas peavad liikmesriigid ka ise panustama, luues võrgustiku, mis ühendab

asjaomased tervishoiuteenuste osutajad ja eksperdikeskused kogu riigis, ning edendades tervishoiuteenuste osutajate ja eksperdikeskuste osalemist Euroopa tugivõrgustikes. Euroopa tugivõrgustike kohta kehtestab komisjon vastavuskriteeriumid (direktiivi artikkel 12).

Direktiivi artikli 13 alusel soovitakse senisest enam koostööd teha ka tervisetehnoloogiate hindamise valdkonnas, mistõttu toetatakse ja soodustatakse koostööd ning teadusteabe vahetamist liikmesriikide vahel vabatahtlikus võrgustikus, mis ühendab liikmesriikide määratud riiklikke asutusi või organeid, kes vastutavad tervisetehnoloogiate hindamise eest. Tervisetehnoloogiate hindamise võrgustikele on võimalik taotleda liidu abi.

PEAMISED MUUDATUSED PATSIENTIDE JAKS

Direktiivi elluviimise peamiseks mõjaks patsientidele on muidugi võimalus saada teatud tingimustel vajaminevat tervishoiuteenust, osta välja kirjutatud ravimit ja meditsiiniseadet igas Euroopa Liidu liikmesriigis. Seega võib direktiivi jõustumisel iga Eestis kindlustatud isik pöörduda tervishoiuteenuse saamiseks mis tahes Euroopa Liidu liikmesriiki. Silmas tuleb aga pidada, et liikmesriikide tervishoiusüsteemid on erinevad ning seoses sellega on ka teenuste pakkumise tingimused ja standardid erinevad. Teine oluline aspekt, mis mõjutab tervishoiuteenuste tarbimist teises liikmesriigis, on see, et teenuste hüvitamine toimub tagantjärele ning Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste hinnakirja alusel (25). Tervishoiuteenuse osutamise asukohta reisimisega ning seal viibimisega seonduvad kulud peab patsient ise kandma.

Piiriülese tervishoiuteenuse tarbimise suhtes kas jäävad kehtima teatud piirangud või on võimalus neid kehtestada. Eespool juba mainiti saatekirja nõuet, samuti eellubade, keskse ravijärjekorra kehtestamist jms. Kuigi eelloa ning keskse ravijärjekorra kehtestamine toimub kindlasti vaid väga erakorralistel juhtudel põhjaliku kaalumise tagajärjel, ei ole just rahalise hüvitise piirangutega seonduvalt vähemalt esialgu oodata massilist raviturismi teistesse Euroopa Liidu liikmesriikidesse. Kuna Eestis on tervishoiuteenuste hind madalam kui nii mõneski teises Euroopa Liidu riigis, siis tõenäoli-

selt hakkab vähemalt mingil määral aset leidma patsientide vastupidine liikumine. Välispatsientide osakaalu suurenemine, kes ostavad teenuseid mitte Eesti Haigekassa, vaid tervishoiuteenuse osutaja enda kehtestatud hinnakirja kohaselt, võib kaasa tuua teenuseosutajate väheneva huvi sinise haigekassa patsientide teenendamise vastu ning lõppastmes tingida ravijärjekordade pikenedamise ja tervishoiuteenuste kättesaadavuse halvenemise Eesti patsiendile.

VÕIMALUS SAADA LISATEAVET PIIRIÜLESE TERVISHOIUTEENUSE KOHTA

Direktiivi jõustumisel ei ole karta, et tervishoiuteenuse osutajad, patsiendid ja teised asjasse puutuvad isikud peaksid kõiki asjaolusid peast teadma või Euroopa Liidu andmebaasidest otsima. Direktiiv näeb riikidele ette kohustuse luua riiklikud kontaktpunktid, mis jagavad teavet patsientidele, tervishoiuteenuse osutajatele, tervishoiutöötajatele, teistele riigiasutustele jt. Kontaktpunktis jagatav teave peab olema lihtne, elektrooniline ja puuetega isikutele ligipääsetav.

Direktiivis pannakse kontaktpunktidele hulk teavitamiskohustusi. Üldistades peaks kontaktpunkt olema võimeline nii Eestist kui ka teistest Euroopa Liidu liikmesriikidest pöördujatele andma teavet tervishoiuteenuste kvaliteedi ja ohutuse kohta, järelevalve, kaebamisvõimaluste ning hüvitiste kohta, puuetega isikute juurdepääsu kohta haiglatele, edastama teiste liikmesriikide riiklike kontaktpunktide kontaktandmed, andma patsientidele kogu teabe Eestis tegutsevate tervishoiuteenuste osutajate kohta ning Eesti patsientidele saadaoleva teabe teistes liikmesriikides tegutsevate tervishoiuteenuse osutajate kohta, piiriülese tervishoiuteenuse tarbimisega seonduvate kulude hüvitamise kohta, teenuste tarbimise piirangute kohta jne. Samuti abistab kontaktpunkt näiteks tervishoiuteenuse osutajaid välispartnerite leidmisel patsiendile vajaliku ravi osutamiseks ning selgitab teise riiki ravile saatmisega seonduvaid asjaolusid. Kontaktpunkt vahendab ka Eesti ja välisriikide tervishoiuasutusi ning tervisekindlustuse pakkujaid.

Liikmesriikidele on jäetud vabad käed kontaktpunktide käivitamiseks ning direktiiv ei näe ette selle toimimise ühte kindlat või soovituslikku vormi. Silmas tuleb

pidada, et kogu kontaktpunkti edastatav teave peab olema sõltumatu ja erapooletu. Lisaks peavad kontaktpunktid konsulteerima patsientide organisatsioonide, tervisekindlustuse pakkujate ja tervishoiuteenuste osutajatega. Direktiivi ülevõtmisele eelnenud konsultatsioonide käigus kaaluti erinevaid variante kontaktpunkti moodustamiseks. Arvestades Eesti väiksust ja sellest tulenevat kontaktpunkti töökoormust ning pidades silmas ka erapooletuse ja konsulteerimiskohustust jõuti kokkuleppele võrgustikupõhise kontaktpunkti loomises. Kontaktpunkt hakkab asuma Sotsiaalministeeriumi juures, koosneb esialgu ühest töökohast ning eksisteerib peamiselt virtuaalkeskkonnana. Eesmärgi täitmiseks keskendub kontaktpunkt kogu nõutava ja vajaliku teabe elektroonilisele kättesaadavaks tegemisele erinevates keeltes ning samuti laekuvate päringute haldamisele. Kontaktpunkti tegevus põhineb osapoolte koostööl, asjassepuutuvad riigiasutused osalevad ametiülesannete täitmise raames, muud kaasatud sõlmitud lepingute alusel. Kontaktpunkti tegevust reguleerib täpsemalt sotsiaalministri määrusega kinnitatud kontaktpunkti põhimäärus.

KOKKUVÕTE

Piiriüleseid patsiendiõigusi selgitav direktiiv on ammu oodatud areng, sest Euroopa Kohus on juba 1998. aastast olnud sunnitud pidevalt selgitama teenuste saamise õiguse, hüvitamise võimaluste ja muude asjaolude erinevaid aspekte. Siiski ei ole alust arvata, et direktiivi vastuvõtmise ja liikmesriikides kasutusele võtmisega kõiki probleeme tulevikus vältida saab.

Direktiivis toodud põhimõtete ja täieliku ühtse tervishoiuteenuste turu saavutamise oleneb mõistagi liikmesriikidest ning nende huvidest oma teenuste turu ja tervishoiuraha kaitsmise vastu. Isegi kui Eesti patsiendid esmalt ei kiirusta teistes liikmesriikides tervishoiuteenuseid tarbima, on oluline, et nii patsiendid kui ka teenuseosutajad oleks piiriülese tervishoiuteenuse saamise ja pakumise reeglitest teadlikud. Seetõttu on õiguste kasutamise seisukohast võtmeroll just kontaktpunkti tegevusel.

SUMMARY

What will the possibility to render health care services in the European Union without restrictions bring along?

Mari Amos¹

The purpose of the present overview is to indicate main changes that will be brought about by implementation of the directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare.

Implementation of the directive will necessitate changing of several legal acts in Estonia. It means that there will be certain new elements for the providers of health care services, the patients and the state. The main influence of the directive is the possibility to render and receive health care services on whole EU territory without the administrative formalities that are presently applicable. The patient will receive compensation for health care services at his or her country of residence exactly in the same manner as he or she would have received it if the services would have been rendered, or medicines or medical devices would have been bought domestically. Nevertheless, rendering and receiving cross-border health care services is subject to strict regulations. Starting from 25 October 2013 the service providers should be covered by compulsory liability insurance, to carry out more thorough consultations, to document the services rendered to foreigners and to make such documents available also across borders, etc. The patients should realise that in certain cases it is still possible to maintain restrictions for compensation either in the form of prior authorisation or in the central waiting schedule.

The directive creates good possibility for cooperation between states and institutions in several fields, like diagnosis and treatment of rare diseases, health technology assessment, elaboration of European reference networks and different all-European e-solutions.

EU states have an obligation to establish national contact points which will

¹ Ministry of Social Affairs, Tallinn, Estonia

Correspondence to: Mari Amos, mari.amos@sm.ee

Keywords: cross-border health care, health care costs, patient rights

advise patients, service providers, health care workers, state agencies et al about all aspects of directive.

KIRJANDUS/REFERENCES

1. Euroopa Nõukogu järeldused ELi tervishoiusüsteemide ühiste väärtuste ja põhimõtete kohta (02.07.2006). <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:ET:PDF>. 13.09.2012.
2. Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriülese tervishoiu. (Ettepanek 02.07.2008). http://ec.europa.eu/health-eu/doc/com2008414_et.pdf.
3. Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 2011/24/EL patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriülese tervishoiu (09.03.2011). <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:ET:PDF>.
4. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (09.05.2001). RT I 2001, 50, 284; viimati muudetud 14.06.2012. <https://www.riigiteataja.ee/akt/104072012018>.
5. Euroopa Kohtu otsused kohtuasjades C-120/95 ja C-158/96: Kohl ja Decker (28.04.1998). <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61995CC0120:EN:HTML>.
6. Euroopa Kohtu otsus kohtuasjas C-157/99: Geraets-Smits ja Peerboms (12.07.2001). <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61999J0157:EN:HTML>.
7. Euroopa Kohtu otsus kohtuasjas C-56/01: Inizan (23.10.2003). <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=48356&pageIndex=0&doclang=EN&mode=doc&dir=&occ=first&part=1&cid=423065>.
8. Euroopa Kohtu otsus kohtuasjas C-512/08: European Commission v. French Republic (05.10.2010). <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=81397&pageIndex=0&doclang=ET&mode=doc&dir=&occ=first&part=1&cid=28234>.
9. Gekiere W, Baeten R, Palm W. Free movement of services in the EU and health care. Health systems governance in Europe: the role of EU law and policy. New York: Cambridge University Press; 2010.
10. Euroopa Kohtu otsus kohtuasjas C-372/04: Watts (16.05.2006). <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=56965&pageIndex=0&doclang=ET&mode=doc&dir=&occ=first&part=1&cid=470116>.
11. Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded (21.08.2008). RTL 2008, 73, 1019. <https://www.riigiteataja.ee/akt/13252887>.
12. Ravikindlustuse seadus (19.06.2002). RT I, 05.07.2012, 16; viimati muudetud 14.06.2012. <https://www.riigiteataja.ee/akt/105072012016>.
13. Võlaõigusseadus (26.09.2001). RT I 2001, 81, 487; viimati muudetud 16.06.2011. <https://www.riigiteataja.ee/akt/108072011021>.
14. Groene O, Poletti P, Vallejo P, Cucic C, Klazinga N, Suñol R. Quality requirements for cross-border care in Europe: a qualitative study of patients', professionals' and healthcare financiers' views. Qual Saf Health Care. 2009;18(Suppl 1):15–21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2629853/?tool=pubmed>.
15. Artikli 29 alusel moodustatud tööühm üksikisikute kaitseks seoses isikuandmete töötlemisega. 00323/07/ET WP 131 (15.02.2007). Töödokument, milles käsitletakse elektroonilisele tervisekaardile kantavate tervisealaste isikuandmete töötlemist. http://ec.europa.eu/justice/policies/privacy/docs/wpdocs/2007/wp131_et.pdf.
16. Guidelines for purchase of treatment abroad. High Level Group on Health Services and Medical Care (09.11.2005). http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/highlevel_2005_017_en.pdf.
17. Kohtunike Pinto de Albuquerque ja Kellersi eriarvamus Euroopa Inimõiguste Kohtu otsusele asjas 20376/05: Varapnickaité-Mazuliene vs Leedu (17.01.2012). <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?action=html&documentId=898564&portal=hbkm&source=externalbydocnumber&table=F69A27FD8FB86142BF01C1166DEA398649.13.09.2012>.
18. Euroopa andmekaitseinspektori arvamus, mis käsitleb Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivi ettepanekut patsientide õiguste rakendamise kohta piiriülese tervishoiu (06.06.2009). <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:128:0020:0027:ET:PDF>.
19. Kiiwet R-A. Patsiendikaitsest ja arstikindlustusest. Eesti Arst 2010;89:778–80.
20. Nõmper A. Eesti võlaõigusseaduse 10 esimest aastat: arsti vastutus vajab reformi. Eesti Arst 2012; 91:376–8.
21. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos I A. Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action. Cornwall: World Health Organization; 2008. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf.
22. Nys H. The factual situation of medical liability in the member states of the Council of Europe. The ever-growing challenge of medical liability: national and European responses. Strasbourg: Directorate General of Human Rights and Legal Affairs Council of Europe; 2009. http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cdcj/CJSMED/conf_ml_2008.pdf.
23. Policy Issues in Insurance No. 11. Medical Malpractice: Prevention, Insurance and Coverage Options. Paris: OECD Publishing; 2006. www.aemh.org/pdf/OECDMedicalMalpractice.pdf.
24. Haruldaste haiguste ja harva kasutatavate ravimite teabeportaal. <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php>.
25. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu (20.12.2011). RT I, 22.12.2011, 42. <https://www.riigiteataja.ee/akt/122122011042>.

Vähese lihasjõuga meestel on suurem enneaegse surma risk

Rootsis korraldatud uuringus jälgiti 1 142 599 noormeest, kes olid sündinud aastatel 1951–1976. Ajateenistusse kutsumise eelsel füüsilisel kontrollil fikseeriti nende kaal, pikkus, vererõhk (süstoolne ja diastoolne) ning lihasjõudlus (käe pigistusjõud, põlve sirutusjõud ja küünarliigese painutusjõud). 24 aasta möödudes surmaregistri andmeil fikseeriti selle aja jooksul surnud meeste enneaegse (< 51 eluaasta) surma põhjus. Üldse suri 2,3% vaatlusalustest, neist 5,5% koronaar-

haigusse; 2,3% insulti; 14,9% pahaloomulisse kasvajasse ning 25,9% õnnetusjuhtumi ja 22,3 suitsiidi tagajärjel.

Statistilisel analüüsil ilmnas, et meestel, kelle lihasjõud oli allpool keskmist, oli üldine surmarisk suurem 20–30%. Suremus südameveresoonekonnahaigustesse ei olnud otseselt seotud lihasjõuga, kuid teiste riskitegurite (hüpertensioon, ülekaal) olemasolu korral on suurema lihasjõuga meeste surmarisk väiksem. Vähese lihasjõuga meestel oli kuni 30% suurem suremus suitsiidi tagajärjel. Suremus pahaloomulisse kasvajasse ei olnud seotud lihasjõuga, küll aga suurema kehamassi indeksiga.

LÜHIDALT

Autorite arutlusest tuleneb, et vähese füüsilise võimekusega (vähese lihasjõuga) meestel on enesehinnang kehvem, mistõttu on nad psüühiliselt kergesti haavatavad ning neid mõjutavad enam enneaegse surma riskitegurid (näiteks suurem kalduvus suitsiidile).

Uuringu alusel rõhutavad autorid noormeeste mitmekülgse kehalise treeningu vajadust ja peavad labakäe pigistusjõudu heaks üldise lihasjõu näitajaks.

ALLIKAS

Ortega FB, Silventainen K, Tynelius P, et al. Muscular strength in male adolescents and premature death: cohort study at one million participants. Br Med J 2012;345:e7279.