

Meditstiiniõiguslik tagasivaade aastale 2012

Ants Nõmper – Advokaadibüroo Raidla Lejins & Norcoux

Kui kolm on traditsioon, siis on järgnev artikkel juba traditsiooniline kokkuvõtte eelmisest aastast meditsiiniõigusega tegeleja silmade läbi (1, 2). Vaadatud on ka seekord kõigepealt üle 2012. aasta olulisemad muudatused õigusaktides. Seejärel on käsitletud eelmise aasta olulisemaid kohtulahendeid, mille puhul on näha neis maagilist ühisosa – hüvitist 20 000 eurot. Lõpetuseks on heidetud veel ka pilk käesolevasse aastasse, mis samuti töötab meditsiinis tulla väga õigusküsimuste rohke.

1. Muudatused õigusaktides

Kuigi eelmisel aastal muudeti väga paljusid meditsiini reguleerivaid õigusakte, tuleb tõdeda, et muudatused olid pigem juhuslikku laadi. Küll oli muudatuse ajendiks mõne eurodirektiivi nõude ülevõtmine, küll päevapoliitiline soov näidata, et midagi on ära tehtud, küll eelarveaukude lappimine. Mingit põhimõttelist muudatust, mis meditsiini tugevasti raputanuks, minu hinnangul ei tehtud ja võib-olla see ongi hea.

Ilmselt läbis kõige põhjalikuma uuenduskuuri psühhiaatrilise abi seadus. Kõik sai alguse 2006. aastast, kui õiguskantsler käis Jämejala psühhiaatrikliinikus ja avastas, et patsientidelt võetakse ära ohtlike esemeid (omandiõiguse piirang) ning kasutatakse erinevaid ohjeldusmeetmeid (liikumisevabaduse piirang). Seadus eristab nelja liiki ohjeldusmeetmeid. Esiteks füüsiline ohjeldamine ehk isiku kinnihoidmine füüsilise jõu abil eesmärgiga piirata isiku liikumist ja liigutuste ulatust. Teiseks ohjeldamine ravimite abil, milleks manustatakse isikule ravimeid tema tahte vasta-

selt rahutussümptomite leevendamiseks. Kolmandaks mehaaniline ohjeldamine, s.t mehaaniliste vahendite, sealhulgas ohjeldamisrihmade kasutamine eesmärgiga piirata isiku liikumist ja liigutuste ulatust. Neljandaks ohjeldamise viisiks on patsiendi eraldusruumi paigutamine.

Eeltoodud loetelust nähtub, et ohjeldusmeetmed sekkuvad väga tugevalt isiku vabadustesse nii paternalistlikul kui ka ühiskonna kaitse eesmärgil, mistõttu ohjeldusmeetmete kasutamise täpsem reguleerimine on ilmselt kõigi huvides ja kõrvaldab tõesti ühe piinliku augu Eesti õiguses. Samas aga tõi ohtlike esemete regulatsioon päevavalgele vähemalt niisama piinliku augu Eesti õiguses. Nimelt ei ole olukord, kus patsient soovib haiglasse kaasa võtta ohtlike aineid ja esemeid (relvad, narkootikumid, alkohol, lõhkeained, pürotehnika, terariistad jms) omane ainult psühhiaatrilise abi osutamisele, sest konfliktseid patsiente on ju kõigis tervishoiuvaldkondades. Erinevus on see, et SA Viljandi Haigla psühhiaatrikliinikus võidakse patsiendilt need esemed ära võtta, kuid SA Viljandi Haigla teistes üksustes mitte. Eesti Bioetika Nõukogu juhtis Sotsiaalministeeriumi tähelepanu sellele, et niisugune regulatsioon on vajalik kehtestada meditsiini kõikide valdkondade kaitseks, mitte ainult psühhiaatrilise abi osutajate kaitseks. Sotsiaalministeerium andis katteta lubadusi asi kohe korda teha, aga ei ole siiani olukorra parandamiseks isegi eelnõu esitanud.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadust muudeti ulatuslikult seoses asjaoluga, et senised maavanema ülesanded üldarstiabi korraldamisel anti 2013. aasta algusest üle Tervise-

ametile. Lisaks sellisele formaalsele vangerdusele tehti seaduses ka sisulisi muudatusi, millest ilmselt kõige rohkem abi võib loota perearsti asendamise regulatsioonist. Arstid võivad abi loota ka seadusesse lisatud eriarsti lähtetoetuse sätetest. Lähtetoetuse suuruseks on kavandatud 15 000 eurot. Erinevalt minu eelmise aasta prognoosist (2) ei muudetud e-tervist reguleerivaid sätteid. See tähendab, et e-tervis peaks olema täies mahus nüüdseks rakendunud. Kas see ka tegelikult nii on, teavad lugejad ilmselt paremini kui siinkirjutaja.

Ravimiseadusesse lisati terve peatükk ravimiohutuse järelevalve kohta ning juurutati ka uus mõiste „müügiloa saamise järgne mittesekkuv ohutusuring“. See on ravisse ja arstlikku jälgimisse mittesekkuv ravimi omaduste uuring, mille on algatanud ja mida juhib või rahastab müügiloa hoidja omal initsiatiivil või müügiloas sätestatud tingimuste täitmiseks. Mittesekkuva ohutusuringu eesmärk on teha kindlaks ravimiga seotud ohutegurid, nende iseloom ja ulatus, kinnitada ravimi ohutusprofiili või hinnata riskijuhtimissüsteemi tõhusust. Selline uuring ei tohi edendada ravimi kasutamist. Sellise uuringu tegemiseks on vajalikud Raviameti luba ja meditsiinieetika komitee kooskõlastus.

Ravikindlustuse seaduse ilmselt praktilisim muudatus on voodipäevatasu tõstmine 2,5 euroni ja visiiditasu tõstmine 5 euroni. Eelnevalt oli inimeste omaosaluse vähendamiseks tühistatud 50% soodustusega ravimitel vanast ajast pärinev nn 200 krooni piir, s.t 50% soodustusega ravimeid soodustatakse nüüd kogu hinna ulatuses, mitte ainult 12,79 euro osas nagu varem.

2. Olulisemad kohtuvaidlused tervishoiu vallas 2012. aastal

Eelmise aasta peale mõeldes tuleb kohe meelde kaks olulist kohtuvaidlust ning üks kõmuline kohtuvaidlus. Viimase all pean silmas Pärnu naistearsti Carmen Heinväli kaasust.

2.1. Carmen Heinväli kaasus

Ennetamaks süüdistusi kallutatuse või konfidentsiaalse informatsiooni avaldamises, ütlen kohe ette ära, et esindasin Pärnu Maakohtu istungil SA-d Pärnu Haigla. Tegemist oli kinnise menetlusega, kuid alljärgnev informatsioon on nagunii juba avalik ja minu lisandused sellele informatsioonile on puhtalt õiguslikud kommentaarid, mitte uute faktide avaldamine.

Mäletatavasti tühistas Riigikohus 2010. a alamate astmete süüdimõistvad otsused ja saatis asja uueks arutamiseks Pärnu Maakohtusse (3). Pärnu Maakohus tunnistas 5. veebruaril 2013 naistearsti uuesti süüdi kahele isikule raske tervisekahjustuse tekitamises ettevaatamatusest ning mõistis talle karistuseks üheaastase (maksimaalne oluaks kolm aastat) vangistuse tingimisi (s.t karistust ei pea kandma, kui 3 aasta jooksul ei pane isik toime uut kuritegu). Ühtlasi mõistis kohus välja Pärnu Haiglalt kannatanu kasuks 20 000 eurot mittevaralise kahju hüvitist ja 3330,91 eurot varalise kahju hüvitist. Mittevaraliseks kahjuks peetakse sündmuse tagajärjel tekkinud hingelisi üleelamisi. Ilmselt ei vahetaks keegi oma lapse invaliidistumist ja enda tervise kaotust 20 000 euro vastu, kuid selline mõtteviis olekski vale. Kohus lihtsalt peab mingisuguse summa välja mõistma, et vaidlus lõpeks. Varaliseks kahjuks peetakse juhtumi käigus kantud kulutusi, mis on vajalikud ravimite ja meditsiiniliste abivahendite ostmiseks, transpordiks arsti juurde ja tagasi, samuti tervishoiuteenuse tasusid jm.

Kuna praeguseks ajaks on kohtuotsus edasi kaevatud ja see protsess

ei ole veel läbi, siis pöördusin nende kaasuste poole, mis eelmisel aastal läbi said. Nendeks on AS Villa Benita ja Eesti Haigekassa vaidlus ning ühe patsiendi lähedase vaidlus Härekeskusega. Loomulikult oli veel kaasusi, kus kohtud leidsid eksimusi arstide tegevuses ning puutumata ei jäänud ka erasektori sünnitusabi tuntud osutajad, kuid nendest kaasustest on sobilik rääkida siis, kui need on lõppenud.

2.2. Patsiendi abikaasa versus Härekeskus

Vaidluse algpõhjuseks oli see, et Härekeskuse töötaja ei töödelnud patsiendi abikaasa tehtud kahte hädaabikõnet nõuetekohaselt, mistõttu hilines kiirabibrigaadi väljasaatmine. Härekeskuse jaoks oli see vaidlus suuresti juba ette kaotatud, sest selle töötaja oli eelnevalt kriminaalkorras süüdi mõistetud sellesama teo eest. Juriidilises keeles öeldakse, et ta jättis patsiendi eluohtlikku seisundisse. Kuna tööandja vastutab töötaja eest, siis ei olnud tööandjal kahju hüvitamise vaidluses eriti võimalik end kaitsta. Uues kohtuvaidluses vaieldigi seetõttu peamiselt selle üle, kas abikaasa surma pealt näinud lesk väärrib rahalist hüvitist oma üleelamiste eest ehk milline on tema õige mittevaralise kahju suurus. Siit koorub välja kahetsusväärne tendents – patsiendil on soovitatav kõigepealt läbi viia kriminaalmenetlus arsti vastu ja siis hakata haiglalt raha nõudma. Kriminaalmenetluses ei pea patsient raha maksma ja kogu riigiaparaat on rakendatud arsti vastu, ning kui arst õigeks mõistetakse, siis ei pea kartma kohtukulusid. Veelgi enam, ka kriminaalkorras õigeksmõistmine ei võta võimalust minna uuesti tsiviilkorras kohtusse ja nõuda kahju hüvitamist.

Võib-olla mäletavad lugejad surmakutsar Laiksoo juhtumit, kus noormees põhjustas liikluseeskirja rikkudes kahe inimese surmaga lõppenud liiklusõnnetuse ja mõisteti kriminaalkorras süüdi. Lisaks nõudis

õnnetuses oma ema ja isa kaotanud poeg mittevaralise kahju hüvitist, kuid jäi sellest ilma ja pidi hoopis ise vastaspoolele kohtukulud hüvitama. Nimelt näeb meie võlaõigusseadus ette, et lähedase surm põhjustab inimesele hüvitamisväärsset mittevaralist kahju ainult siis, kui esinevad erakorralised asjaolud. Erakorralisteks asjaoludeks peetakse tavaliselt lähedase isiku surma pealtnägemist, s.t hüvitamisväärne ei ole lein kui selline, mis kaasneb tavaliselt alati surmaga, vaid see, et inimene näeb pealt oma lähedase hääbumist ning tal tekivad sellega seoses negatiivsed üleelamised. Laiksoo juhtum ei olnud poeg õnnetusse sattunud autos ja sai sündmustest teada alles tagantjärele. Tartu Härekeskuse juhtum oli aga väljakutse teinud lesk kogu aeg oma abikaasa kõrval ja tema juures abikaasa surigi. Seetõttu leidis kohus, et lesk peab hüvitist saama.

Mittevaralise hüvitise suurus on puhtalt kohtuniku siseveendumuse küsimus. Kirjeldatud juhul leidis kohtunik, et õige summa on 20 000 eurot. See ei tähenda, et mõni muu summa oleks vale või tegemist on mingi peene matemaatikaga – kohtunik lihtsalt peab mingisuguse arvu kirja panema ja see, mis kirja saab, ongi õige. Summa õigsuse tagab ka see, et kohtuotsused on Eestis vaidlustavad. Kuna käsitletaval juhul seda summat ei vaidlustatud, siis ei saa ka keegi väita, et see vale on. Tegelikult on see summa kooskõlas viimase aja kohtupraktikaga, sest mõistis kohus ju ka Carmen Heinväli juhtumist välja 20 000 eurot mittevaralise kahju hüvitiseks. Iseenesest ongi hea, kui selliste raskete juhtumite puhul kristalliseerub mingisugune mittevaralise kahju hüvitise määr, sest siis oskavad kõik sellega arvestada ning on võimalik selle summa vastu ka ennast kindlustada. Tõsi, igale kohtunikule jääb ka edaspidi oma siseveendumus, kuid tavaliselt püüavad kohtunikud käia ühte jalga varasema kohtupraktikaga.

2.3. AS Villa Benita versus Eesti Haigekassa

ASi Villa Benita ja Eesti Haigekassa vaidlust on käsitletud ka eelmise aasta ülevaates (2). Mäletatavasti vaidlustas AS Villa Benita haigekassa keeldumise sõlmida ravi rahastamise leping. Haigekassa leidis, et Lääne-Harjumaal ei ole hooldusraviteenust tarvis lisaks osta, sest piirkonna vajaduse kattis tollal Põhja-Eesti Regionaalhaigla Keila üksus. Vaidluse peamiseks sisuks oligi küsimus, kas haigekassa võib ise määrata need piirkonnad ja tervishoiuteenused, mida ta paneb konkursile, ning kuivõrd haigekassa peab oma tegevust põhjendama.

See vaidlus oli õigusemõistjatele väga keeruline ning näitab, kuivõrd raske võib juristil olla vaidluse tulemust prognoosida. Esimese astme kohus rahuldab AS Villa Benita kaebuse täies ulatuses, teise astme kohus tühistas sellise otsuse ja leidis, et kaebus tuleb jätta täies ulatuses rahuldamata. Kolmanda astme kohus ehk Riigikohus ei suutnud tavalises korras kaasust lahendada ja kutsus kokku kogu halduskolleegiumi ning otsustas lõpuks, et ta peab oma varasemat kohtupraktikat muutma. Seejuures jäi ikkagi kaks riigikohtunikku kolleegide seisukoha suhtes eriarvamusele, mis on vormistatud kirjalikult. Katsu siis niisuguse asjade käigu puhul veel midagi prognoosida!

Riigikohus leidis, et haigekassa oleks võinud oma seisukohti, milliseid teenuseid ta mingis piirkonnas konkursile paneb, paremini motiveerida (4). Samas leidis Riigikohus, et kuigi neid motiive ei olnud kuskil kirjas, ei ole kahtlust, et tegelikkuses haigekassa neist motiividest lähtus. Veelgi enam, Riigikohus leidis, et need motiivid olid ette teada ja arusaadavad ka ASile Villa Benita kui professionaalsele ettevõtjale. Seega ei ole Eesti Haigekassa otsusega kellelegi liiga tehtud. Riigikohus [rõhutused käesoleva artikli autorilt]:

Seetõttu lähtus vastustaja sellest, kas haiglavõrgu aren-

gukavasse kantud tervishoiuteenuse osutajaga sõlmitud ravi rahastamise leping katab ära vastavas kohas vajaduse ravikindlustuse vahendite arvel osutatava tervishoiuteenuse järgi. Sellist vajadust ei loetud kaetuks, kui haiglavõrgu arengukavasse kantud tervishoiuteenuse osutaja ei olnud suuteline katma kõiki antud piirkonna ravijuhte või haiglavõrgu arengukavasse kantud tervishoiuteenuse osutaja asus antud piirkonnast kaugel. Kolleegium nõustub ringkonnakohtu seisukohaga, et pole põhjust kahelda, et Haigekassa lähtus nendest kaalutlustest juba otsuse tegemisel. [...] Kaebajad kui tervishoiu valdkonnas tegutsevad äriühingud pidid aru saama, et vastustaja lähtus otsuse tegemisel tervishoiuteenuse regionaalsest kättesaadavusest ja sellest, kas haiglavõrgu arengukavas märgitud haiglad katavad oma tegevuspiirkonnas ära nõudluse.

Riigikohus pidas vajalikuks oma otsuses lahendada ka küsimuse, kas haiglavõrgu arengukava haiglate eelistamine on osa tervishoiupoliitikast ja seetõttu ka õiguspärane. Haiglavõrgu arengukava on teatavasti tervishoiuteenuste korraldamise seaduse alusel Vabariigi Valitsuse kehtestatud loetelu haiglatest haigla liikide kaupa. Kavas olevaid haiglaid eelistab riik nii otseinvesteeringute tegemisel kui ka ravi rahastamise lepingute sõlmimisel. Seda viimast tehakse ravikindlustusseaduse alusel, milles on sätestatud, et haiglavõrgu arengukava haiglatega sõlmitakse kindlasti ravi rahastamise leping (teiste haiglatega võib sõlmida) ja selle lepingu tähtaeg on viis aastat (teistel haiglatel kolm aastat). Riigikohus pidas haiglavõrgu arengukavast lähtumist ja regionaalpoliitika tegemist õiguspäraseks (rõhutused käesoleva artikli autorilt):

RaKS § 36 lg 4 p 1 näeb ravi rahastamise lepingu sõlmimisel ja lepingu tähtaja üle otsustamisel ühe hinnatava asjaoluna ette teenuse kättesaadavuse. Nagu ringkonnakohus leidis, tuleneb sellest sättest koostõjus RaKS § 2 lg-ga 2, mille kohaselt on üks ravikindlustuse põhimõtetest ravi piirkondlik võrdne kättesaadavus, et Haigekassa võib ravi rahastamise lepingute sõlmimisel teha piirkondlikke eelistusi. Seda seisukohta toetab ka RaKS § 36 lg 4 p 7, mis kohustab Haigekassat lähtuma ravi rahastamise lepingute sõlmimisel riigi tervishoiupoliitika arengusuundadest, ning haiglavõrgu arengukava kui üks riigi tervishoiupoliitika väljendus. Kohtud järeldasid eeltoodust õigesti, et kuna õigusaktidest ei tulene piirkondlike eelistuste täpsemad geograafilisi tingimusi, võib teenuse osutamise kohana määrata ka Haigekassa piirkondliku osakonna teenindatava territooriumi siseseid väiksemaid kohti, kui see on ravi piirkondliku kättesaadavuse huvides põhjendatud. Kolleegium nõustub ka ringkonnakohtu seisukohaga, et vastustaja poolt kohtumenetluses esitatud kaalutlused valikukohtade määramise kohta on asjakohased ja piisavad, ning ei pea vajalikuks korrata ringkonnakohtu vastavaid põhjendusi. Kassatsioonkaebustes esitatud argumendid ringkonnakohtu seisukohti ümber ei lükka. Seega on vaidlustatud otsus sisuliselt õiguspärane.

ASile Villa Benita tuleb au anda, et ta selle vaidlusega Riigikohustesse välja läks, sest mitmed vaieldavad küsimused said juristidele selgeks. Näiteks see, kui palju peab oma otsust põhjendama, ja ka see, kuivõrd tuleb otsuse tegemisel

järgida üldiseid tervishoiupoliitilisi suundasid, ning ka see asjaolu, et vähemalt Eesti-siseselt ei liigu raviraha patsiendiga kaasa, vaid on tervishoiuteenuse osutajate juures. Samuti see, et haigekassa on kohustatud otsustama ning ei saa jätta otsustamata isegi siis, kui mõned seadusesse kirja pandud kriteeriumid on ajale jalgu jäänud või puuduvad mõõdikud nende rakendamiseks. Eriti tänuväärne on vaidluse ajastus, sest käesoleval aastal tuleb haigekassal välja valida uued lepingupartnerid nii haiglavõrgu arengukava haiglate kui ka teiste tervishoiuteenuse osutajate hulgast. Lisaks on toimumas kiirabireform, mis õiguslikus mõttes on haigekassa lepingupartnerite valikuga sarnanev konkurss.

3. Pilguheit aastasse 2013

Käesolev aasta toob tervishoiu valdkonnas mitmeid muudatusi. Mainitud sai juba kiirabireformi ja haigekassa lepingupartnerite valikut, mis on alati kaasa toonud vaidlusi. Süsteemi kui terviku jaoks on isegi võib-olla olulisem piiriüleises tervishoius patsiendiõiguste kohaldamist käsitleva Euroopa Liidu direktiivi 2011/24/EL ülevõtmine. Töö direktiivi ülevõtmisega kestis terve 2012. aasta ja jõuti juba üsna küpse eelnõuni, kuid nüüd on asi Sotsiaalministeeriumis toppama jäänud. Ülevõtmise tähtaeg on 25. oktoober 2013, kuid arvestades Riigikogu reaalselt töögraafikut, oleks eelnõu pidanud juba ametlikult esitatud olema. Õnneks on eelnõu põhiseisukohti Eesti Arsti lugejatele juba tutvustatud (5). Peamine reegel, millest küll on hulk erandeid, on see, et patsient saab minna teise liikmesriiki ravile ja elukohariigi haigekassa peab teenuse kinni maksma, kuid eluko-

hariigi hinnakirja järgi. Seega liigub piiriülese tervishoiuteenuse puhul raviraha patsiendiga kaasa.

Tähelepanelik lugeja võib ilmselt direktiivi ja eelmainitud ASi Villa Benita kaasuse valguses tõstatada küsimuse, millega on põhjendatud regulatsioon, kus piiriülel saab patsient ise teenuseosutajat valida (raha liigub patsiendiga kaasa), riigisiselt aga mitte (raha ootab patsienti õiges haiglas). Ega ilmselt olegi millegagi põhjendatud, kuid puudub ka nõue, et piiriülene süsteem ja piirisisene süsteem peaksid olema ühesugused. Euroopa Liidul on pädevus reguleerida ainult piiriülel tervishoidu ning kehtestada selle kohta reegleid. Igal liikmesriigil on pädevus oma haiglavõrk ise üles ehitada ja kehtestada mõistlikke reegleid, mis haiglavõrgu toimimist tagavad. Ühesugused süsteemid nii piiriülel kui ka riigisiselt oleks küll ilus, kuid ilu argument ei ole meditsiinis piisav, et toimivat süsteemi lõhkuda.

Seoses direktiivi ülevõtmisega teeb kurvaks asjaolu, et Eesti on käest laskmas võimalust reformida arsti vastutust ja selle kindlustamist. Andsin eelmisel aastal Eesti Arstis ülevaate Soome vastutuskindlustuse mudelist (nn mittesüüline vastutus) ja prognoosisin selle rakendamise võimalust Eestis (2). Selle mudeli ülevõtmise arutamiseks korraldas poliitikauuringute keskus Praxis ka mõttehommiku, mille Praxis võttis kokku järgmiselt: „Tervishoiu osapooltel on ühine seisukoht süsteemi muutmise suuna osas, puuduvad suured olemuslikud hirmud ning seega on aeg tehniliseks lahenduseks. Muudatus ei oleks kulu, vaid selge investering tervishoiusüsteemi“ (6). Kahjuks ei ole näha, et Sotsiaalministeerium sooviks sellist investeringut teha. Pigem

ujutakse kergema vastupanu teed ja soovitakse, et kõik tervishoiuteenuse osutajad ning ka apteegid hakkaksid ise enda vastutust kindlustama. See tähendab lihtsamas keeles kulu panemist tervishoiuteenuse osutajatele ja riigipoolset probleemist distantseerumist. Seetõttu jäävad ka edaspidi kohtulikud vaidlused arsti ja patsientide vahel kestma ning nendest kirjutamist jätkan ka järgmiste aastate ülevaadetes. Ainest vaidlusteks on, sest tervishoiuteenuste kvaliteedi eksperdikomisjoni 2012. aasta statistika kohaselt esitati 132 kaebust, millest 25 puhul leiti arstlikke vigu ning 6 juhul muid vigu. Kaebuste arv on võrreldes varasemate aastatega jäänud põhimõtteliselt samaks, põhjendatud kaebuste arv on aga natuke vähenenud.

Täiesti vaikseks on jäänud sotsiaalkoodeksi kirjutamise rindel. See Sotsiaalministeeriumi ja Justiitsministeeriumi superprojekt, mille käigus taheti ühtede seadusekaante vahele panna sotsiaalhoolduse, tervishoiu, rahvatervise, pensionite jm küsimused, on ilmselt prioriteetide muutumise tõttu jäänud tagaplaanile. Ja las ta ollagi seal – seaduste ümberkirjutamine ei too meditsiini raha juurde, mille vähesus on aga praegu just valdkonna peamine probleem.

KIRJANDUS

1. Nõmper A. Meditsiiniõiguslik tagasisivaade aastale 2010. Eesti Arst 2011;90:390–2.
2. Nõmper A. Meditsiiniõiguslik tagasisivaade aastale 2011. Eesti Arst 2012;91:259–62.
3. Riigikohtu 29.11.2010. a lahend nr 3-1-1-79-10. <http://www.riigikohus.ee/?id=11&tekst=222529653>.
4. Riigikohtu 29.11.2012. a lahend nr 3-3-1-29-12. <http://www.riigikohus.ee/?id=11&tekst=222553614>.
5. Amos M. Mida toob kaasa võimalus osutada tervishoiuteenuseid piiranguteta kogu Euroopa Liidus? Eesti Arst 2012;91:595–602.
6. Poliitikauuringute keskus Praxis. 16. oktoobril 2012 toimunud mõttehommik „Tervikliku vastutuskindlustuse süsteemi loomise võimalused Eestis“. <http://www.praxis.ee/index.php?id=1072>.

ants.nomper@rln.ee