

## Peatükk 20

### Õigus tervisele

Mari Past

#### Sissejuhatus

Tervise olulisust mõistavad kõik, kuid õigus tervisele ei ole sugugi iseenesestmõistetav kontseptsioon. Õigus millelegi tähendab, et inimesel on reaalne võimalus kellelki teiselt selle õiguse tagamiseks midagi nõuda ning inimõiguse puhul peab sellise õiguse tagama riik. Õigus tervisele ei tähenda aga seda, et inimene saaks riigilt nõuda, et ta oleks terve. Õigus tervisele ei ole seega käsitatav õigusena olla terve<sup>1</sup> ja sellise õiguse tagamine ei oleks ka parima tahtmise juures riigi ega ka inimese enda võimuses.

Suurbritannia kohtupraktikas on sama mõtet tabava paralleeliga väljendanud lord Walker: ei ole olemas õigust olla füüsiliselt ja vaimselt terve, nii nagu ei ole olemas õigust olla õnnelik, kuid on olemas õigus oma õnne otsida.<sup>2</sup> Samamoodi on ka tervisega – riik saab luua eeldused terve olemiseks, pakkudes kvaliteetset tervishoiusüsteemi, puhast ja ohutut elukeskkonda ja toetades inimest tervislike elustiilivalikute tegemisel. Kuid lõplikku eesmärki ehk iga inimese head tervist ei saa riik mistahes õigusakti surve tagada.

Tervist ei ole ajalooliselt käsitatud kui õigust ning ka tänapäeval ei ole see paljudes riikides praktikas tagatud ja juriidiliselt jõustatud õigus.<sup>3</sup> Tänapäevase käsituse kohaselt on tervis lahutamatu seotud väärikalt elatud eluga.<sup>4</sup> Mõne autori hinnangul on tervist puudutav ebavõrdsus suurem probleem kui varanduslik ebavõrdsus, kuna sissetulek on hea elukvaliteedi eeldus, kuid tervis on inimväärse elu eeldus.<sup>5</sup>

Et mõista terviseõiguse tähendust tänapäevases inimõiguste kontekstis, tutvustan esimeses alapunktis selle õiguse ja seda õigust käsitleva erialase diskussiooni mõistmiseks ja selles kaasaraäkimiseks vajalikke kontseptsioone. Mõtestan inimeste ootust saada kõiki neile vajalikke tervishoiuteenuseid ja ravimeid, riigi ning sotsiaalsete ja poliitiliste tegurite mõju inimese tervisele, inimõigustepõhist lähenemist poliitilistele protsessidele, terviseõiguse ajas muutuvat ning rahvusvahelise õiguse kohaselt koos riigi majanduslike võimalustega kasvavat ehk progresseeruvat olemust.

Teises alapunktis jälgin terviseõiguse väljakujunemist teise maailmasõja järgses maailmas, alates Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni (ÜRO) harta vastuvõtmisest 1945. aastal ja

<sup>1</sup> Yamin, A. E. The right to health. – Research Handbook on Economic, Social, and Cultural Rights as Human Rights. Dugard, J. *et al.* (toim). Cheltenham: Edward Elgar Publishing 2020, lk 160.

<sup>2</sup> UKHL 27, [34], Regina vs. Secretary of State for the Home Department (Appellant) *ex parte* Razgar (FC), 17.06.2004.

<sup>3</sup> Yamin, A. E. The right to health, lk 160.

<sup>4</sup> *Ibid.*; Sen, A. Why and How is Health a Human Right. The Lancet 2008/372, lk 2010; Yamin, A. E. Power, Suffering, and the Struggle for Dignity: Human Rights Frameworks for Health and Why They Matter. University of Pennsylvania Press 2016, lk 73; Daniels, N. Just Health: Meeting Health Needs Fairly. New York: Cambridge University Press 2008.

<sup>5</sup> Yamin, A. E. The right to health, lk 160; Kleinman, A. Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine. Berkeley: University of California Press 1997.

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) asutamisest 1946. aastal ning lõpetades riikidele siduvate kohustustega terviseõigust reguleeriva majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvahelise pakti (ICESCR) vastuvõtmisega ÜRO Peaassamblee poolt 1966. aastal.

ICESCR-i kui peamist terviseiga seotud konventsiooni ja riikide detailsemaid siduvaid kohustusi analüüsin kolmandas alapunktis. Need moodustavad ka õiguse tervisele kui rahvusvahelise õiguse tuuma. Samuti kirjeldan alapunktis teisi tervist puudutavaid ÜRO konventsioone.

Õigustel on kaalu ainult siis, kui neid saab jõustada ehk nõuda nende täitmist kohtu kaudu. Neljandas alapunktis analüüsin inimese võimalusi jõustada oma õigust tervisele kohtu kaudu. Vaatlen regionaalseid inimõiguste süsteeme ja vastavaid kohtuid Euroopas, Ameerikas ja Aafrikas ning strateegilist kohtupidamist kui inimõiguste arengu kiirendajat.

Viiendas alapunktis tutvustan lähemalt ka Eesti jaoks asjakohast Euroopa Inimõiguste Kohtu praktikat, muu hulgas riigi kohustusi seoses tervishoiusüsteemi korralduse ja järelevalvega ning ravivigade eest võetava õigusliku vastutusega ning riikide laia kaalutlusruumiga selliste vastuoluliste terviseetemade puhul nagu abort ja vaksineerimine. Viimases alapunktis käsitlen Eesti põhiseaduses sätestatud õigust tervise kaitsele, solidaarsusel põhinevat ravikindlustussüsteemi ning mitme tasandi tervishoiuteenuseid Eesti tervishoiusüsteemis, õigusi-kohustusi arsti ja patsiendi vahelises suhtes ning vastutust ravivigade eest.

## 1. Õiguse tervisele kontseptsioonide raamistik

Õigus tervisele ei tähenda ka seda, et inimesel oleks õigus saada kõiki tervishoiuteenuseid ja ravimeid, mis on talle meditsiiniliselt näidustatud.<sup>6</sup> Veelgi vähem hõlmab õigus tervisele õigust saada tervishoiuteenuseid või tervist kaudselt toetavaid teenuseid, ravimeid või muid tervist toetavaid preparaate, näiteks toidulisandeid, inimese enda valikul ilma meditsiinilise näidustusega. Ehkki meditsiiniliselt näidustatud tervishoiuteenuste ja ravimite tagamine selle õiguse osana tundub esmapilgul mõistlik, põrkuks terviseõiguse selline sisustamine teravalt riikide majandusliku võimekusega seda õigust tagada.

Teadlased töötavad pidevalt välja uusi ravimeid ja ravimeetodeid, kuid nende kättesaadavust võib takistada hind. Eriti kallid on harvikaiguste ravimid, mille ravikuur võib maksta sadu tuhandeid eurosid aastas. Põhjus on selles, et nende ravimite väljatöötamise kulud on sarnased muude ravimitega, kuid sihtgrupiks olevaid patsiente on väga vähe. Ehkki saame rõõmustada, et tänapäeval osatakse ravida rohkem haigusi kui kunagi varem, ei suuda ka arenenud riikide tervishoiusüsteemid kõikide inimeste ravivajadusi rahuldada, sest rahalised võimalused selleks on piiratud.

Kuigi head tervist ega kõiki vajalikke tervishoiuteenuseid ja ravimeid ei suuda ega peagi suutma riik inimesele tagada, on riigil ja ühiskonnal inimese tervisele oluline mõju.<sup>7</sup> Inimese tervislik seisund ei ole üksnes juhuse määrata, vaid seda mõjutab asjaolu, mis riigis ja ühiskonnas inimene on sündinud. Uuringud näitavad, et nii nagu juurdepääsu tervishoiuteenustele mõjutab inimese tegelikku terviseseisundit tema koht ühiskonnas, täpsemalt ühiskonnaklass, sugu, rass ja muud sarnased näitajad.<sup>8</sup>

<sup>6</sup> Yamin, A. E. The right to health, lk 160.

<sup>7</sup> Sen, lk 2010.

<sup>8</sup> Yamin, A. E. Power, Suffering, and the Struggle for Dignity, lk 73.

Kui tervis on midagi, mida ühiskond paratamatult mõjutab, siis on alust arvata, et ühiskond saab seda juhtida ka soovitud suunas. Politoloog ja Harvardi ülikooli professor Judith Shklar on märkinud tabavalt, et tsivilisatsiooni edusammud sünnivad siis, kui seda, mida varem peeti ebaõnneks, hakatakse pidama ebaõigluseks.<sup>9</sup> Tervise käsitlemine inimõigusena nõuab mõtteviisi muutust ning mõistmist, et tervis on sama palju ühiskondlik asi nagu näiteks haridus.

Ilmekas näide ühiskondlikust mõjust tervisele on tervishoiusüsteemide toimetulek Covid-19 pandeemiaga. Inimeste elu ja tervist mõjutab Covid-19 pandeemia ajal haiglate võimekus võtta korraka vastu suurt hulka patsiente (sealhulgas intensiivravi vajavaid patsiente), riigi isikukaitsevahendite varude suurus, testide ja vaktsiinide kättesaadavus ja loomulikult riigijuhtide poliitilised otsused. Enamik inimesi mõistab, et pandeemia ei ole ühiskonnast sõltumatu paratamatus, vaid et nakatunute, haigla- ning intensiivravi vajavate ja Covid-19 tõttu surnud inimeste arv sõltub otsustest: nii riigijuhtide otsustest kui ka riigi elanike aktiivsusest vaktsineerimisel ning piirangutest kinnipidamisest.<sup>10</sup>

Ühiskondlikest struktuuridest mõjutavad inimese tervist peale tervishoiusüsteemi ka sotsiaalsed ja poliitilised tegurid.<sup>11</sup> Empiirilised uuringud näitavad, et hea tervisega inimesi ei ole eri ühiskonnagruppides võrdselt, vaid et mõned ühiskonnagrupid on halvamate tervisenäitajatega, ja et hea tervisega inimeste jaotumise muster peegeldab ühiskonnas valitsevat võrdsust või ebavõrdsust.<sup>12</sup> 2005. aastal kutsuti Maaailma Terviseorganisatsiooni juures ellu komisjon, mis hakkas uurima tervist mõjutavaid sotsiaalseid tegureid. 2008. aastal avaldatud lõppraportis defineeris komisjon tervist mõjutavad sotsiaalsed tegurid kui tingimused, milles inimesed sünnivad, kasvavad, elavad, töötavad ja vananevad.<sup>13</sup> Ka tervishoiusüsteem kuulub tervist mõjutavate sotsiaalsete tegurite hulka.<sup>14</sup> Et hinnata, kui edukalt suudab üks riik tagada õiguse tervisele, on vaja vaadata selle riigi tervishoiusüsteemi rahastamist, tervisepoliitika prioriteete, tervishoiusüsteemi reguleerivaid õigusakte ning järelevalvet tervishoiusüsteemi toimimise üle.<sup>15</sup>

Juhtiva teadusajakirja The Lancet ja Oslo Ülikooli koostöös tegutsev nn Lancet-Oslo ülemaailmse tervishoiu korraldusega tegelev komisjon defineeris 2014. aastal avaldatud raportis tervist mõjutavad poliitilised tegurid kui normid, poliitika ja käitumismustrid, mida järgitakse globaalses poliitilises suhtluses (riikidevahelistes suhetes) kõigis tervist mõjutavates sektorites.<sup>16</sup> Komisjoni põhisõnum oli, et sellised poliitilised tegurid põhjustavad ja taastoodavad tervisealast ebavõrdsust ning et seda ebavõrdsust riikide sees ja riikide vahel

---

<sup>9</sup> Shklar, J. N. *The Faces of Injustice*, New Haven: Yale University Press 1990, lk 30 (viidatud Forman, L. teose kaudu: *The Evolution of the Right to Health in the Shadow of COVID-19*. – *Health and Human Rights Journal* 2020/22 (1), lk 375).

<sup>10</sup> Vt ka Forman, lk 376.

<sup>11</sup> Yamin, A. E. *The right to health*, lk 161.

<sup>12</sup> *Ibid.*

<sup>13</sup> World Health Organisation Commission on Social Determinants of Health. *Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. WHO 2008, p 1. – <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1> (23.11.2021).

<sup>14</sup> Sen, lk 2010.

<sup>15</sup> Yamin, A. E. *When Misfortune becomes Injustice. Evolving Human Rights Struggles for Health and Social Equality*. Stanford: Stanford University Press 2020 (viidatud Yamin, A. E. teose kaudu: *The right to health*, lk 161).

<sup>16</sup> Ottersen, O. P. *et al.* *The Political Origins of Health Inequity: Prospects for Change*. – *The Lancet*, 2014/383, lk 630.

ei ole võimalik vähendada riigi tasandil ja tervishoiusektorile keskendudes, vaid et see nõuab globaalseid poliitilisi lahendusi.<sup>17</sup>

Lancet-Oslo komisjon tõi raportis välja näiteks seitse valdkonda, kus rahvusvaheline tegevus või tegevusetus on komisjoni hinnangul osutunud tervisedenduse seisukohast läbikukkumiseks. Need valdkonnad olid 2008. aasta majanduskriisi ületamiseks rakendatud kokkuhoiumeetmed; rahvusvahelised intellektuaalset omandit reguleerivad lepingud, nagu Maailma Kaubandusorganisatsiooni intellektuaalomandi õiguste kaubandusaspektide leping<sup>18</sup>, mille kohaselt peavad riigid tagama oma õiguses esmaste ravimipatentide kehtivusajaks vähemalt 20 aastat; rahvusvahelised lepingud investeringute kaitseks; toidupuuduse vähendamine; alareguleeritud rahvusvaheline ettevõtlus arenguriikides; ränne; relvakonfliktid.<sup>19</sup>

Tervise inimõiguse diskursuses tuleb eristada juriidiliselt jõustatavat õigust tervisele ning inimõigustepõhist lähenemist tervisele (*human-rights-based approach to health*), millel on erialaterminoloogias iseseisev kontseptsioon. Inimõigustepõhise tervisekäsitluse allikaks võib pidada ÜRO 2003. aasta poliitikadokumenti inimõigustepõhise arenguabi kohta ning selle kontseptsiooni aluseks on vastutuse, läbipaistvuse, osalemise, võrdsuse või mittediskrimineerimise ning õigusriikluse põhimõtted.<sup>20</sup> Neid põhimõtteid peavad ÜRO 2003. aasta poliitikadokumendi kohaselt järgima kõik ÜRO struktuuriüksused kõigis arengukoostöö projektides.<sup>21</sup> Põhimõtteid on edasises inimõiguste edendustöös kasutatud õigusnormide ning poliitika ja sektoriüleste strateegiade kujundamisel, läbipaistvama ja õiglasema rahajaotuse tagamisel, ÜRO programmide tõhusal seiramisel ja järeelhindamisel.<sup>22</sup>

Kuivõrd inimõigustepõhine lähenemine avaldub hulgas printsiipides, mida tuleb rakendada mitmesuguste riikidevaheliste arendustegevuste puhul, ning see lähenemine on olemuselt sedavõrd kõikehõlmav, et selle alusel ei saa üksikisik riigilt midagi konkreetset nõuda, on vaja selle kontseptsioonist eristada kitsamat ja konkreetsemat õigust tervisele, mis annab inimesele ka nõudeõiguse riigi suhtes.<sup>23</sup>

Õiguse tervisele tähendus muutub ja areneb aja jooksul. Sellel on kaks põhjust. Esimene põhjus on meid ümbritseva maailma muutumine: näiteks arstiteaduse areng ja ka inimeste tervist otseselt ja kaudselt ähvardavate ohtude muutumine (näiteks Covid-19 pandeemia ning kliimamuutus). Arstiteaduse arengut ilmestavad elu pikendavad vähiravimid, loote geneetilised uuringud ja vaimsete haiguste ravi, mis ei seisne enam patsientide ühiskonnaelust kõrvaldamises, vaid ravimite ja teraapiate kombinatsioonis patsientide toetamises võimalikult tavapärase elu jätkamisel ja iseseisval toimetulekul. Üks tunnustatumaid tervise inimõiguse eksperte, Harvardi Ülikooli õigusteadlane Alicia Ely Yamin on väljendanud mõtet, et terviseõiguse piirid vajavad võrreldes teiste õigustega ehk rohkemgi pidevat hindamist

---

<sup>17</sup> *Ibid.*

<sup>18</sup> Intellektuaalomandi õiguste kaubandusaspektide leping (World Trade Organisation Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, TRIPS). Allkirjastatud Maailma Kaubandusorganisatsiooni lepinguriikide poolt 15. aprillil 1994 ja jõustunud 1. jaanuaril 1995.

<sup>19</sup> Ottersen, lk 638–653.

<sup>20</sup> United Nations Development Group. The Human Rights based Approach to development Cooperation Towards a Common Understanding Among UN Agencies. United Nations 2003. – <https://unsdg.un.org/resources/human-rights-based-approach-development-cooperation-towards-common-understanding-among-un> (23.11.2021).

<sup>21</sup> *Ibid.*, lk 1.

<sup>22</sup> Yamin, A. E. The right to health, lk 162.

<sup>23</sup> *Ibid.*

tehnoloogia arengu ning muutuvate majanduslike, epidemioloogiliste ja demograafiliste suundumuste tõttu.<sup>24</sup>

Teiseks muutub terviseõiguse tähendus ajas seetõttu, et rahvusvaheline õigus näeb ette, et seda õigust tuleb käsitleda ajas arenevana ehk progresseeruvana. See tähendab, et riigi kohustused selle õiguse tagamisel kasvavad koos riigi suurenevate rahaliste ja muude ressursidega.<sup>25</sup>

Tervise inimõiguse seisukohalt keskse tähtsusega rahvusvaheline leping – majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvaheline pakt (ICESCR)<sup>26</sup> – sätestab, et paktis reguleeritud õigusi käsitatakse progresseeruvana. Pakti artikli 2 lõikes 1 on öeldud: „Iga käesolevast paktist osa võttev riik kohustub individuaalselt ning rahvusvahelise abi ja koostöö korras, eriti majanduse ja tehnika alal, rakendama olemasolevate ressurside piires maksimaalseid abinõusid selleks, et tagada igal vajalikul viisil, kaasa arvatud seadusandlikud abinõud, järk-järgult täielik käesolevas paktis tunnustatud õiguste teostamine.“

Seega rõhutab artikkel paktiga liitunud riigi kohustust tagada paktis tunnustatud õiguste täielik teostamine järk-järgult, rakendades olemasolevate ressurside piires maksimaalseid abinõusid. Selline reaalsete ressursidega arvestamist nõudev inimõiguste tõlgendamise praktika ja konkreetse pakti artikkel kohustavad riike värskendama ja laiendama juriidiliselt jõustatava terviseõiguse tähendust kooskõlas riigi majanduslike võimaluste kasvuga.

Tavaliselt tuleb õigusnorme rakendades tõlgendada neid vastavalt muutunud oludele, kuid kõnealune pakti punkt sätestab selle, et riigid peaksid tõlgendama pakti sätteid sellisel viisil, mis riikide kohustusi suurendab. Teiselt poolt pakub pakti sõnastus leevendust nendele riikidele, kes ei suuda majanduslikel põhjustel tagada õigust tervisele samaväärsel tasemel nagu jõukamad riigid. Sisulised terviseõiguse tõlgendused antakse rahvusvaheliste lepingute täitmise jälgimiseks loodud komisjonide koostatud selgitavates dokumentides, näiteks majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvahelise pakti üldkommentaaris (*General Comments*) ning regionaalsete ja riigisiseste kohtute lahendites.

## 2. Õiguse tervisele ajalooline kujunemine

Õigus tervisele kui kontseptsioon on pärit alles 20. sajandi keskpaigast, samas kui kodaniku- ja poliitiliste õiguste juured ulatuvad Prantsuse revolutsioonini 18. sajandil.<sup>27</sup> Nagu teiste inimõiguste puhul oli ka terviseõiguse rahvusvahelises õiguses tunnustamise katalüsaator teine maailmasõda.<sup>28</sup> Rahvasteliit ei suutnud ära hoida teist maailmasõda ja selle põhjustatud kannatusi ning nn võitjariigid otsustasid asutada rahu hoidmiseks uue rahvusvahelise organisatsiooni, Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni (ÜRO).<sup>29</sup> 1945. aasta 26. juunil vastu

<sup>24</sup> *Ibid.*

<sup>25</sup> Yamin, A. E. Taking the Right to Health Seriously: Implications for Health Systems, Courts, and Achieving Universal Health Coverage. – Human Rights Quarterly 2017/39, lk 345.

<sup>26</sup> Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvaheline pakt (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR). Võetud vastu ÜRO Peaassamblee poolt 16. detsembril 1966 ja jõustunud 3. jaanuaril 1976.

<sup>27</sup> Meier, B. M., Murphy, T., Gostin, L. O. The Birth and Development of Human Rights for Health in Foundations of Global Health & Human Rights. – Foundations of Global Health & Human Rights. Gostin, L. O., Meier, B. M. (toim). New York: Oxford University Press 2020, lk 25.

<sup>28</sup> Meier, Murphy, Gostin, lk 28.

<sup>29</sup> *Ibid.*, lk 28–29.

võetud ÜRO harta<sup>30</sup> oli esimene rahvusvaheline leping, mis tunnustas inimõigusi rahvusvaheliste suhete ühe alusena.<sup>31</sup> On märkimisväärne, et harta esialgses tekstis tervist ei mainitudki, kuid viited tervishoiule lisati harta teksti Brasiilia ja Hiina delegatsioonide eestvedamisel.<sup>32</sup>

ÜRO Majandus- ja Sotsiaalnõukogu tegi ettepaneku asutada ÜRO allasutusena rahvusvaheline tervishoiuga tegelev organisatsioon, mida tunneme Maailma Terviseorganisatsioonina.<sup>33</sup> WHO põhikirja koostasid riikide delegatsioonid mitme rahvusvahelise konverentsi vormis 1946. aasta kevadel ja suvel ning selle allkirjastasid 61 riigi esindajad 22. juulil 1946.<sup>34</sup> WHO alustas tööd 7. aprillil 1948.<sup>35</sup>

WHO põhikirja preambulis on öeldud: „Inimese üks põhiõigustest on omada võimalikult head tervises seisundit, sõltumata rassist, usust, poliitilistest vaadetest ning majanduslikest ja sotsiaalsetest tingimustest.“ Preambulis on defineeritud ka tervise mõiste: „Tervis on täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte üksnes haiguse või puuete puudumine.“<sup>36</sup> Seega seadis preambul tervise mõistele kõrge standardi. Preambulis on võetud arvesse asjaolu, et inimeste tervist mõjutavad lisaks tervishoiusüsteemile ka muud sotsiaalsed tegurid ning et nende teguritega tegelemiseks on vaja rakendada sotsiaalseid meetmeid. Seetõttu näeb preambul ette, et „[v]alitsustel lasub vastutus rahva tervise eest, mille parandamiseks on vaja võtta tervishoiu ja sotsiaalseid meetmeid“.<sup>37</sup>

WHO põhikirjaline eesmärk on „saavutada kõigi rahvaste võimalikult hea tervises seisund“.<sup>38</sup> Eesmärgi saavutamiseks vajalikku riikidevahelist tegevust koordineerib WHO ja riigid alluvad selle kaudu mõningates tervisealastes otsustes WHO juhtimisele.<sup>39</sup>

ÜRO asutamisega püüdsid riigid luua positiivset programmi, ehitada üles uut ja paremat maailmakorda, kuid inimeste õiglus- ja turvatunde taastamiseks oli vaja reageerida ka teise maailmasõja koledustele.<sup>40</sup> Tervishoiuvaldkonnas oli vaja midagi ette võtta nende Saksa tervishoiutöötajatega, kes korraldasid sõja ajal tuhandete inimestega nende tahte vastaselt meditsiinikatseid<sup>41</sup>, mis seisnesid sisuliselt inimeste piinamises ja olid genotsiidi osa.

1946.–1947. aastal toimus Nürnbergi tribunalis nn arstide protsess, ametliku nimetusega Ameerika Ühendriigid vs. Karl Brandt<sup>42</sup>. See 139 päeva väldanud kohtuprotsess oli esimene rahvusvaheline õigusemõistmine patsiendi ja uuringus osaleva inimese õiguste rikkumise üle.<sup>43</sup> Kohtu all oli 23 tervishoiutöötajat, kellest 16 mõisteti süüdi ja nendest omakorda seitse

<sup>30</sup> ÜRO põhikirja ja Rahvusvahelise Kohtu statuut. Allkirjastatud 26. juunil 1945 San Franciscos; Charter of the United Nations and Statute of the International Court of Justice. San Francisco 1945.

<sup>31</sup> Meier, Murphy, Gostin, lk 29.

<sup>32</sup> Tervishoidu on nimetatud harta artiklites 13, 55, 57 ja 62. Meier, Murphy, Gostin, lk 29.

<sup>33</sup> Meier, Murphy, Gostin, lk 29–30.

<sup>34</sup> *Ibid.*, lk 30.

<sup>35</sup> *Ibid.*

<sup>36</sup> Maailma Terviseorganisatsiooni põhikirja. Allkirjastatud 22. juulil 1946 New Yorgis, preambul.

<sup>37</sup> *Ibid.*

<sup>38</sup> *Ibid.*, art 1.

<sup>39</sup> *Ibid.*, art 2.

<sup>40</sup> Vt ka Meier, Murphy, Gostin, lk 31.

<sup>41</sup> *Ibid.*, lk 32.

<sup>42</sup> Nürnbergi tribunali arstide protsessiga seonduvad dokumendid on inglise keeles kättesaadavad Harvardi ülikooli õigusteaduskonna alamlehel. Harvard Law School Nuremberg Trial Project. NMT, Case 1 U.S.A. vs. Karl Brandt *et al.*: The Doctors' Trial. – [https://nuremberg.law.harvard.edu/nmt\\_1\\_intro](https://nuremberg.law.harvard.edu/nmt_1_intro) (23.11.2021).

<sup>43</sup> Meier, Murphy, Gostin, lk 32.

mõisteti surma.<sup>44</sup> Natsi-Saksamaa tervishoiutöötajate eksperimendid hõlmasid muu hulgas katseid madala õhurõhu ja sellest tuleneva hapnikupuudusega, jahutamist jääkülmas vees, steriliseerimist erinevate vahenditega (ravimid, röntgenikiirgus ja kirurgia), mürgitatud toidu ja püssikuulidega.<sup>45</sup> Ilmselt viidi need katsed läbi igasuguseid rahvusvahelisi konventsioone ja sõjaõigust, sealhulgas tsiviliseeritud rahvaste tavasid eirates.<sup>46</sup>

Terviseõiguse seisukohalt on Nürnbergi tribunali arstide protsess oluline seetõttu, et kohtumõistmiseks pidi tribunal sõnastama tervishoiuteenuste osutamise ja meditsiiniliste uuringute tegemise reeglid, mida praegu tunneme Nürnbergi koodeksina.<sup>47</sup> Esimene koodeksi kümnest punktist käsitleb patsiendi teavitatud nõusoleku põhimõtet.<sup>48</sup> Nürnbergi koodeksit võib pidada tänapäevaste uuringueetika põhimõtete alustekstiks. Paradoksaalsel kombel saadi nii Natsi-Saksamaa meditsiinikatsetest kui ka muudest inimkonna ajaloos toimunud tänapäeva standardite kohaselt sügavalt ebaetilistest meditsiinikatsetest olulisi arstiteaduslikke teadmisi, mida tänapäeva meditsiin jätkuvalt kasutab.

Samal ajal kui liitlasriigid tegelesid Nürnbergis sõjakurjategijate vastutusele võtmisega, tegeles ÜRO parema tuleviku ehitamisega inimõiguste kaudu.<sup>49</sup> ÜRO Inimõiguste Komisjoni eestvedamisel koostati inimõiguste ülddeklaratsioon, mille ÜRO Peaassamblee võttis vastu 10. detsembril 1948.<sup>50</sup> Riigid jõudsid deklaratsiooni teksti koostades üksmeelele, et tervisega seotud inimõiguste kaitsmiseks tuleb deklaratsioonis ära märkida nii arstiabi kui ka tervist mõjutavad muud tegurid, nagu toiduohutus, piisav toit, puhas elukeskkond, haiguste ennetamine ja sotsiaalkaitstesüsteem.<sup>51</sup> Poliitilise kompromissi tulemusel lepiti kokku tekstis, mis võeti vastu ühehäälselt (40 poolt, 8 erapooletut ja mitte ühtki vastuhäält)<sup>52</sup> ja mille leiame inimõiguste ülddeklaratsiooni artikli 25 lõikest 1:

„Igaühel on õigus elatustasemele, mis tagab tema ja ta perekonna tervise ja heaolu toidu, riietuse, eluaseme, arstiabi ja elementaarsete sotsiaalteenuste osas; samuti on igal inimesel õigus kindlustatusele tööpuuduse, haiguse, invaliidsuse, lehestumise ja vanaduse või muul elatusvahenditest ilmajäämise puhul, mis ei olene temast endast.“<sup>53</sup>

See sõnastus, mis viitab tervise ja heaolu tagamiseks piisavale elatustasemele, sisaldab mõlemat eespool nimetatud komponenti: arstiabi ning hea tervise eelduseks olevaid tegureid.<sup>54</sup> Pannes riikidele rahva tervise tagamisel kohustused, annab inimõiguste ülddeklaratsioon riikidele ka võimaluse inimeste õigusi piirata (art 29 lg 2):

---

<sup>44</sup> *Ibid.*, lk 32–33.

<sup>45</sup> Harvard Law School Nuremberg Trial Project. NMT, Case 1 U.S.A. vs. Karl Brandt *et al.*: The Doctors' Trial; vt ka Soosaar, A. Inimesel tehtavate biomeditsiiniliste uuringute eetika. Loengumaterjalid, 2018, slaid nr 14 – <http://andressoosaar.planet.ee/wp-content/uploads/2018/11/biomeditsiiniliste-inimuuringute-eeetika.pdf> (23.11.2021).

<sup>46</sup> Harvard Law School Nuremberg Trial Project. Transcript for NMT, 1: Medical Case, lk 11 376. – <http://nuremberg.law.harvard.edu/transcripts/1-transcript-for-nmt-1-medical-case?seq=11522> (23.11.2021).

<sup>47</sup> Meier, Murphy, Gostin, lk 32; vt ka Soosaar, A. Biomeditsiiniliste uuringute eetilise raamistikust. – Eesti Arst 2006/85 (9), lk 572–585.

<sup>48</sup> Harvard Law School Nuremberg Trial Project. Transcript for NMT, 1: Medical Case, lk 11 374.

<sup>49</sup> Meier, Murphy, Gostin, lk 33.

<sup>50</sup> ÜRO inimõiguste ülddeklaratsioon. Vastu võetud ÜRO Peaassamblee poolt 10. detsembril 1948 Pariisis.

<sup>51</sup> Meier, Murphy, Gostin, lk 34.

<sup>52</sup> *Ibid.*

<sup>53</sup> ÜRO inimõiguste ülddeklaratsioon, art 25 lg 1.

<sup>54</sup> Meier, Murphy, Gostin, lk 34.

„Oma õiguste ja vabaduste kasutamisel peab iga inimene alluma vaid sellistele seadusega sätestatud piirangutele, mille eesmärk on tagada teiste inimeste õiguste ja vabaduste tunnustamine ja austamine ning moraalist, avalikust korrast ja üldise heaolu õigustatud nõuetest kinnipidamine demokraatlikus ühiskonnas.“

Ehkki inimõiguste ülddeklaratsiooni vastuvõtmine oli ülimalt oluline verstapost inimõiguste reguleerimisel rahvusvahelises õiguses, oli ÜRO riikide siht leppida samades inimõigustes kokku detailsemalt ja õiguslikult siduvaid kohustusi kaasa toovas formaadis ehk rahvusvahelises lepingus.<sup>55</sup> Loomulik oluks koondada kõik õiguslikult siduvas vormis reguleerimist vajavad inimõigused ühte rahvusvahelisse lepingusse, kuid külma sõja aegsete poliitiliste ja ideoloogiliste pingete tõttu ei olnud see võimalik.<sup>56</sup> Kompromissina võtsid riigid vastu kaks eraldi pakti: peatüki alguses mainitud majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvahelise pakti<sup>57</sup> ning kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvahelise pakti (ICCPR).<sup>58</sup>

### **3. Õiguse tervisele majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvahelises paktis ja teistes ÜRO rahvusvahelistes konventsioonides**

Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvahelise pakti (ICESCR) artikkel 12 tunnustab õigust tervisele ning see on tänase päevani terviseõigust kõige selgemalt reguleeriv siduv rahvusvahelise õiguse allikas.<sup>59</sup> Artikli 12 lõike 1 kohaselt tunnustavad paktiga liitunud riigid „iga inimese õigust maksimaalsele füüsilisele ja psüühilisele tervisele“. Tervist sättes ei defineerita ja selles osas saame lähtuda WHO preambulis esitatud definitsioonist.<sup>60</sup>

Artikli 12 lõikes 2 on sätestatud, et selle õiguse täielikuks teostamiseks peavad paktiga liitunud riigid võtma tarvitusele abinõusid muu hulgas selleks, et a) vähendada laste surnult sündimist ja laste suremust ning kindlustada lapse tervislik areng; b) parandada välis- ja töökeskondade hügieeni; c) ennetada, ravida ja hoida kontrolli all epideemilisi, endeemilisi, kutse- ja teisi haigusi; d) luua tingimused, mis tagaksid kõigile haigestumise korral arstiabi ja meditsiinilise järelevalve.

ICESCR-i artikkel 12 hõlmab ühelt poolt vabadusi ja teiselt poolt õigusi kitsamas tähenduses, mis kohustavad riiki inimesele midagi pakkuma.<sup>61</sup> Vabaduste hulka loetakse diskrimineerimise, piinamise, ebainimliku ja alandava kohtlemise ning tervist kahjustavate tavade (näiteks naiste suguelundite moonutamine) keeld ning kogunemis- ja

---

<sup>55</sup> Gostin, L. O., Sirleaf, M. V. S., Friedman, E. A. Global Health Law: Legal Foundations for Social Justice in Public Health. – Foundations of Global Health & Human Rights. Gostin, L. O., Meier, B. M. (toim). New York: Oxford University Press 2020, lk 51.

<sup>56</sup> *Ibid.*

<sup>57</sup> ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvaheline pakt (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR).

<sup>58</sup> ÜRO kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvaheline pakt (International Covenant on Civil and Political Rights, ICCPR). ÜRO Peaassamblee võttis pakti vastu 16. detsembril 1966 ja see jõustus 3. jaanuaril 1976.

<sup>59</sup> Yamin, A. E. The right to health, lk 163.

<sup>60</sup> Maailma Terviseorganisatsiooni põhikiri, preambul. Vt täpsemalt siinse peatüki teist alapunkti.

<sup>61</sup> Inglise keeles on tegemist kategooriatega *freedoms* ja *entitlements*. Riedel, E. The Right to Health under the ICESCR. Existing Scope, New Challenges and How to Deal with It. – The Cambridge Handbook of New Human Rights: Recognition, Novelty, Rhetoric. Von Arnald, A., Von der Decken, K., Susi, M. (toim). Cambridge: Cambridge University Press 2020, lk 107; Yamin, A. E. The right to health, lk 164.

liikumisvabadus.<sup>62</sup> Õiguste kategooriasse liigitatakse nõue tagada muu hulgas peamiste nakkushaiguste vastu vaktsineerimine ning esmatasandi tervishoiusüsteem, piisav toit, majutus, puhas joogivesi ning teave seksuaal- ja reproduktiivtervise kohta ja seda puudutavad teenused.<sup>63</sup>

Erinevalt ÜRO kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvahelises paktis (ICCPR) tunnustatud õigustest on ICESCR-is tunnustatud õigused aja jooksul progresseeruvad, vastavalt riigi suurenevatele majanduslikele võimalustele.<sup>64</sup> Terviseõiguse progresseeruvat iseloomu on kasutatud õigustusena käsitada seda õigust kauge eesmärgi ja püüdlusena, mitte juriidiliselt jõustatava õigusena.<sup>65</sup> Selline lähenemine töötaks aga terviseõiguse edendamise vastu.

Sellele, missuguseid riigi kohustusi õigus tervisele ICESCR-i kohaselt hõlmab, annavad täpsema tõlgenduse ICESCR-i sätete üldkommentaariid.<sup>66</sup> Üldkommentaare annab välja ÜRO Majandus- ja Sotsiaalnõukogu (ECOSOC) loodud majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komitee (CESCR).<sup>67</sup> Komitee ülesanne on jälgida paktiga liitunud riikide esitatud raporteid nende õiguste tagamise kohta riigis.<sup>68</sup> Komitee avaldab riikide raportite kohta märkusi, kus täpsustab ICESCR-i sätete tähendust konkreetsetes olukordades. Kui neid märkusi on kogunenud piisavalt palju, annab komitee mõne õiguse (nt õigus tervisele) kohta välja oma üldkommentaariid.<sup>69</sup>

Aastal 2000 andis ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komitee välja üldkommentaari nr 14, mis puudutas õigust maksimaalsele tervisele.<sup>70</sup> Järgnevalt esitan sellest üldkommentaariist viis minu hinnangul olulisemat seisukohta: a) tervisega hõlmataivate kohustuste laiendamine seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud teenustele; b) tervist mõjutavate sotsiaalsete tegurite tunnistamine; c) riigi kohustuste jaotamine kolme kategooriasse, mis nõuavad mõne kitsama õiguse austamist, kaitset või täideviimist; d) terviseõiguse kriteeriumide mudel; e) riigi kohustuste seas tervisealaste põhikohustuste esiletoomine.

Üldkommentaaris nr 14 on kõigepealt selgitatud, et ICESCR-i artikli 12 lõike 2 punkti a – mis käsitleb laste surnult sündimise ja laste suremuse määra vähendamist ja lapse tervislikku arengut – tuleb tõlgendada nii, et see hõlmab lapse ja ema tervise parandamise meetmeid, seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud teenuseid, sh juurdepääsu pereplaneerimisele, sünnieelsele ja -järgsele hoolele, erakorralistele günekoloogilistele tervishoiuteenustele ja juurdepääsu teabele, ning vajalikke vahendeid selle teabe kohaselt tegutsemiseks.<sup>71</sup>

Teiseks on üldkommentaaris rõhutatud, et õigus tervisele ICESCR-i artikli 12 tähenduses ei piirdu ainult õigusega tervishoiule, vaid see katab laiemalt head tervist toetavad sotsiaalmajanduslikud tegurid. Samuti hõlmab see õigus selliseid tervist mõjutavaid tegureid

---

<sup>62</sup> Riedel, lk 107.

<sup>63</sup> Riedel, lk 107–108.

<sup>64</sup> Vt täpsemalt siinse peatüki esimest alapunkti.

<sup>65</sup> Yamin, A. E. The right to health, lk 163.

<sup>66</sup> Riedel, lk 107.

<sup>67</sup> *Ibid.*

<sup>68</sup> *Ibid.*

<sup>69</sup> *Ibid.*

<sup>70</sup> CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). Adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000. Contained in Document E/C.12/2000/4.

<sup>71</sup> *Ibid.*, p 14; Yamin, A. E. The right to health, lk 164.

nagu juurdepääs puhtale joogiveele, hügieen, piisav ja täisväärtuslik toit, elukoht, tervislik töö- ja väliskeskkond ja juurdepääs tervise, sealhulgas seksuaal- ja reproduktiivtervise alasele haridusele ja teabele.<sup>72</sup> Sellega on ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komitee tunnistanud sotsiaalsete tegurite mõju tervisele. Maailma Tervishoiuorganisatsioon analüüsis neid tegureid lähemalt oma 2008. aasta raportis tervist mõjutavate sotsiaalsete tegurite kohta<sup>73</sup>.

Kolmandaks jaotab ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komitee üldkommentaaris nr 14 riigi kohustused kolme kategooriasse: õigust tervisele tuleb austada, kaitsta ja ellu viia.<sup>74</sup> Tegemist ei olnud uue kohustuste rühmitamise raamistikuga, vaid seda raamistikku oli komitee kasutanud ka muude õiguste selgitamisel.<sup>75</sup> Kohustus õigust tervisele austada tähendab seda, et riik peab hoiduma teatud inimgruppide diskrimineerimisest juurdepääsul tervishoiuteenustele, iseäranis erakorralisele meditsiinilisele abile ja ajutisele meditsiinilisele abile nende inimeste kinnipidamise ajal.<sup>76</sup> Tõenäolisemalt langevad diskrimineerimise ohvriks näiteks vangid ja kinnipeetavad, vähemused, varjupaigataotlejad ja ebaseaduslikult riiki siseneda püüdnu sisserändajad.<sup>77</sup> Kohustus õigust tervisele austada ei luba riiklikul tasandil rakendada diskrimineerimist, näiteks naiste tervisealaste õiguste suhtes.<sup>78</sup> Muu hulgas ei ole riigil lubatud takistada juurdepääsu rasestumisvastastele vahenditele ega levitada tervisealast väärinfot.<sup>79</sup>

Artiklis 12 sätestatud kohustus kaitsta õigust tervisele tähendab, et riik peab seadusandlikul tasandil tagama selle, et kolmandate isikute osutatavad tervishoiuteenused oleksid eri ühiskonnagruppidele võrdsel alustel juurdepääsetavad.<sup>80</sup> Eratervishoiusüsteem ei tohi viia olukorrani, kus tervishoiuteenused ei ole enam kõigile inimestele kättesaadavad või et nende kvaliteet on halb.<sup>81</sup> Riik peab tegema järelevalvet ravimimüügi, osutatavate tervishoiuteenuste standardite, meditsiinipersonali hariduse ja eetikakoodeksite üle.<sup>82</sup> Teisisõnu kohustub riik kaitsma õigust tervisele kolmandate isikute, näiteks raviasutuste eraomanike, ravimimüüjate ja tervishoiutöötajate tegevusest tulenevate ohtude eest.<sup>83</sup>

Kohustus terviseõigust ellu viia hõlmab riigi aktiivse tegevuse kohustust.<sup>84</sup> Riik peab koostama tervisepoliitika, mis näitab, mida tervishoiusüsteemi edendamiseks ette võetakse.<sup>85</sup> Riik peab korraldama vaktsineerimist peamiste nakkushaiguste vastu.<sup>86</sup> Lisaks kohustub riik andma inimestele teavet, et nad oskaksid teha head tervist toetavaid elustiilivalikuid, näiteks

<sup>72</sup> CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), p 4; Yamin, A. E. The right to health, lk 164.

<sup>73</sup> World Health Organisation Commission on Social Determinants of Health.

<sup>74</sup> CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), p 33. Inglise keeles *obligation to protect, respect, and fulfil*.

<sup>75</sup> Riedel, lk 109.

<sup>76</sup> CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), p 34.

<sup>77</sup> *Ibid.*

<sup>78</sup> *Ibid.*

<sup>79</sup> *Ibid.*

<sup>80</sup> CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), p 35; Riedel, lk 110.

<sup>81</sup> CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), p 35.

<sup>82</sup> *Ibid.*

<sup>83</sup> Riedel, lk 110.

<sup>84</sup> CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), p 36–37. Riedel, lk 110.

<sup>85</sup> CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), p 36.

<sup>86</sup> *Ibid.*

mis puudutab alkoholi, tubaka ja muude mõnuainete tarvitamist, toitumist, tervist kahjustavaid tavasid, HIV-i/AIDS-i ja koduvägivalda.<sup>87</sup>

Neljandaks, üldkommentaaris nr 14 kõneldakse AAAQ mudelist, mida komitee on kasutanud ka teistes üldkommentaaries.<sup>88</sup> AAAQ mudeli nimetus on lühend järgmistest ingliskeelsetest mõistetest: kättesaadavus (*availability*), juurdepääsetavus (*accessibility*), sobivus (*acceptability*) ja piisav kvaliteet (*adequate quality*).<sup>89</sup> Nendele kriteeriumidele peaksid vastama tervishoiuasutused ja -teenused ning ravimid.<sup>90</sup> Juurdepääsetavuse kriteeriumi all on komitee eristanud veel mittediskrimineerimist, füüsilist ja majanduslikku juurdepääsetavust ning juurdepääsu teabele.<sup>91</sup> Sobivuse ja piisava kvaliteedi kriteeriumi kohaselt peavad tervishoiuteenused vastama kultuuriruumile, meditsiinieetikale ja arstiteaduse üldisele tasemele.<sup>92</sup>

Viienda olulise seisukohana on ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komitee esitanud üldkommentaaris nr 14 nimekirja riigi põhikohustustest terviseõiguse tagamisel. Need on kohustused, mille täitmine ei sõltu riigi ressurssidest, eelkõige majanduslikust võimekusest, vaid mida peavad täitma nii jõukamad kui ka vaesemad riigid.<sup>93</sup> Komitee on välja toonud põhikohustuse tagada a) võrdsetel alustel juurdepääs tervishoiuasutustele, ravimitele ja tervishoiuteenustele; b) juurdepääs minimaalselt vajaminevas koguses ja toiteväärtusega tervisele ohutule toidule; c) juurdepääs peavarjule, elukohale ja hügieenile ning piisav puhta joogivee varu; d) hädavajalikud ravimid, vastavalt Maailma Terviseorganisatsiooni nimekirjale; e) tervishoiuressursside (juurdepääs tervishoiuasutustele, ravimitele ja tervishoiuteenustele) õiglane jaotamine; f) riigisisese tervishoiustrateegia ja tegevuskava vastuvõtmine ja elluviimine.<sup>94</sup> Just nendele põhikohustustele on nii paktiga liitunud riigid kui ka komitee pööranud tähelepanu riikide edusamme käsitlevates raportites.<sup>95</sup> Neid põhikohustusi võib pidada sisuliselt miinimumstandardiks, mis on vajalik inimese ellujäämiseks.<sup>96</sup>

Peale põhikohustuste on komitee loetlenud veel nn võrdlemisi olulised kohustused (*obligations of comparable priority*).<sup>97</sup> Nii on komitee pannud artiklist 12 tulenevad kohustused tähtsuse järjekorda. Tervise inimõiguse ekspert Alicia Ely Yamin on öelnud, et teatud kohustuste määramine põhikohustusteks võib õhnestada terviseõiguse progresseeruvat elluviimist, mille kohaselt peaksid riigid tegema jõupingutusi kõigi kohustuste austamisel, kaitsmisel ja elluviimisel.<sup>98</sup> Leian, et mistahes eesmärkide poole püüdlemisel on abiks prioriteetide seadmine ja see kehtib ka riigi ressursside jaotamisel.

Õigust tervisele on mõjutanud ka teised ICESCR-i sätteid selgitavad üldkommentaariid, näiteks nr 12 toidu kohta<sup>99</sup> ja nr 24 äritegevuse kohta<sup>100</sup>. Seksuaal- ja reproduktiivtervise edendamise kohta on ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komitee andnud

<sup>87</sup> *Ibid.*, p 36–37.

<sup>88</sup> *Ibid.*, p 12.

<sup>89</sup> *Ibid.*

<sup>90</sup> Yamin, A. E. The right to health, lk 165.

<sup>91</sup> CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), p 12 lg b.

<sup>92</sup> *Ibid.*, p 12 lg c ja d.

<sup>93</sup> Riedel, lk 110.

<sup>94</sup> CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), p 43.

<sup>95</sup> Riedel, lk 111.

<sup>96</sup> *Ibid.*

<sup>97</sup> CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), p 44.

<sup>98</sup> Yamin, A. E. The right to health, lk 166.

jõulise sõnumi üldkommentaaris nr 22, nimetades õigust seksuaal- ja reproduktiivtervisele terviseõiguse lahutamatuks osaks.<sup>101</sup>

ICESCR on kõige olulisem terviseõigust tunnustav ÜRO konventsioon, kuid seda reguleerivad ka teised ÜRO konventsioonid. ICESCR-iga samal ajal vastu võetud kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvaheline pakt (ICCPR) reguleerib õigust elule, mis on terviseõigusega tihedalt seotud.<sup>102</sup> Õiguse elule ulatust selgitav 2019. aastal avaldatud üldkommentaar nr 36 laiendab õiguse elule tähendusvälja riigi kohustusega võimaldada turvalist, seaduslikku ja tõhusat juurdepääsu abordile olukorras, kus raseda naise või tüdruku elu on ohus või kui raseduse lõpuni kandmine põhjustaks naisele või tüdrukule suurt valu või kannatusi.<sup>103</sup> Samuti ei tohiks riigid ICCPR-i järgimist jälgiva inimõiguste komisjoni sõnul riigisiselt reguleerida aborti nii, et naised ja tüdrukud peaksid valima tervist ohustavalt tehtud aborti.<sup>104</sup> Sellised inimõiguste komisjoni seisukohad on tähelepanuväärsed, arvestades teema vastuolulisust ja inimõiguste komisjoni varasemaid seisukohti.<sup>105</sup>

ÜRO konventsioon naiste diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimise kohta (CEDAW)<sup>106</sup> käsitleb naiste seisundit ühiskonnas. Naiste tervise seisukohalt väärivad äramärkimist konventsiooni kaks artiklit. Artikkel 12 paneb riikidele kohustuse rakendada sobivaid meetmeid selleks, et tervishoiuteenused, sh pereplaneerimisega seotud teenused, oleksid meestele ja naistele võrdselt juurdepääsetavad. Artikkel 5 kohustab aitama kaasa mõtteviisi muutumisele ühiskonnas nii, et kaoksid naiste tervist kahjustavad tavad.

ÜRO lapse õiguste konventsioon (LÕK)<sup>107</sup> puudutab muude õiguste seas ka laste tervist, tunnustades artiklis 24 lapse õigust võimalikult heale tervisele, ravivahenditele ja tervise taastamisele ning et konventsiooniga liitunud riigid peavad püüdlema selle poole, et ükski laps ei jääks ilma õigusest sellistele tervishoiuteenustele. Sarnaselt CEDAW-ga kohustab lapse õiguste konventsioon riike samuti rakendama tõhusaid meetmeid, et kaotada laste tervist ohustavad tavad.<sup>108</sup> Lapse õiguste konventsioon näeb ette ka lapse sünni registreerimise ning talle nime ja kodakondsuse andmise<sup>109</sup>, mis on omakorda eelduseks sellele, et laps oleks ametlikult riigi jaoks olemas, võiks pöörduda haiglasse ja saada toetusi.<sup>110</sup>

---

<sup>99</sup> CESCR General Comment No. 12: The Right to Adequate Food (Art. 11). Adopted at the Twentieth Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 12 May 1999. Contained in Document E/C.12/1999/5.

<sup>100</sup> CESCR General Comment No. 24 (2017) on State obligations under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights in the context of business activities. 10 August 2017. E/C.12/GC/24.

<sup>101</sup> CESCR General Comment No. 22 on the Right to Sexual and Reproductive Health General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). 2 May 2016. E/C.12/GC/22, p 1.

<sup>102</sup> Kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvaheline pakt (International Covenant on Civil and Political Rights, ICCPR), art 6.

<sup>103</sup> Human Rights Committee. General comment No. 36. Art. 6: right to life. 3 September 2019, p 8. CCPR/C/GC/36.

<sup>104</sup> *Ibid.*

<sup>105</sup> Yamin, A. E. The right to health, lk 166.

<sup>106</sup> Konventsioon naiste diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimise kohta (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, CEDAW). Võetud vastu ÜRO Peaassamblee poolt 17. detsembril 1979 ja jõustunud 3. septembril 1981.

<sup>107</sup> ÜRO lapse õiguste konventsioon (Convention on the Rights of the Child, CRC). Vastu võetud ÜRO Peaassamblee poolt 20. novembril 1989 ja jõustunud 2. septembril 1990.

<sup>108</sup> *Ibid.*, art 24 lg 3.

<sup>109</sup> *Ibid.*, art 7 lg 1.

<sup>110</sup> Yamin, A. E. The right to health, lk 169.

ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon (PIK)<sup>111</sup> reguleerib puudega inimese õigust tervisele eelkõige selle kaudu, et mõtestab puuet mitte objektiivse meditsiinilise mõõtmise tulemina, vaid inimeste loodud sotsiaalse konstruktsioonina.<sup>112</sup> PIK-i preambuli kohaselt on puue „vaegustega isikute ning suhtumuslike ja keskkondlike takistuste vastasmõju tagajärg, mis takistab nende isikute täielikku ja tõhusat osalemist ühiskonnaelus teistega võrdsetel alustel“. PIK tunnistas puuetega inimeste õigus- ja teovõimet kõigis eluvaldkondades teistega võrdsetel alustel ning kohustab riike osutama puuetega inimestele nende õigus- ja teovõime kasutamisel vajalikku abi.<sup>113</sup>

Rassilise diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimise rahvusvaheline konventsioon (ICERD)<sup>114</sup> kohustab riike kaotama rassilise diskrimineerimise muu hulgas ka terviseiga seotud õiguste kasutamisel, täpsemalt seoses õigustega tervishoiule ja arstiabile, sotsiaalkindlustusele ja sotsiaalteenustele.<sup>115</sup> ICERD ja teised eespool nimetatud ÜRO konventsioonid on terviseõiguse reguleerimisel kõige olulisemad, kuid mitte ainsad rahvusvahelised lepingud.

#### 4. Õiguse tervisele jõustamine kohtute kaudu

Rahvusvahelistes lepingutes kokkulepitud õigused ja riikide võetud kohustused nende õiguste tagamisel muudavad inimeste elu paremaks ainult siis, kui riigid neid kohustusi tõsiselt võtavad. ÜRO konventsioonide täitmise jälgimiseks on ellu kutsutud mitmeid komisjone, millele riigid oma edusammude kohta regulaarselt aru annavad. Eraldi ÜRO kohut, kuhu üksikisik saaks pöörduda konventsioonides kokku lepitud õiguste maksmapanekuks, ei ole. Üksikisikul on võimalus ÜRO konventsioonides sätestatud õiguste kaitseks pöörduda oma riigi kohtusse.<sup>116</sup>

Kui riik on sätestanud õiguse tervisele põhiseaduses või mõnes madalama taseme õigusaktis, on inimesel võimalik pöörduda oma riigi kohtusse ka otse riigisisestele õigusaktidele tuginedes. Isegi siis, kui riik ei ole liitunud rahvusvahelise lepinguga, mis tooks kaasa kohustuse tagada terviseiga seotud õigusi, ega ole tunnustanud õigust tervisele põhiseaduses või muus riigisiseses õigusaktis, mõjutab rahvusvaheline õigus nende riikide kohtupraktikat kaudselt, kuna kohtud saavad toetuda inimõigustele kui rahvusvahelise õiguse osale olemasolevate riigisiseste õigusnormide tõlgendamisel.<sup>117</sup>

Lisaks riigisisestele kohtutele on terviseõiguse jõustamisel oluline roll regionaalsetel inimõiguste kohtutel. Need kohtud on loodud üht geograafilist piirkonda hõlmavate rahvusvaheliste konventsioonide alusel. Praegu on neist mõjukamad kolm regionaalse inimõiguste konventsiooni elluviimiseks loodud kohut. Eestile on neist lähim Euroopa Inimõiguste Kohus (EIK), mis on loodud Euroopa Nõukogu inimõiguste ja põhivabaduste

<sup>111</sup> ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon ja fakultatiivprotokoll (Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol, CRPD). Vastu võetud ÜRO Peaassamblee poolt 13. detsembril 2006 ja jõustunud 3. mail 2008.

<sup>112</sup> Vt ka Yamin, A. E. The right to health, lk 170.

<sup>113</sup> ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon ja fakultatiivprotokoll, art 12 lg 3.

<sup>114</sup> Rassilise diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimise rahvusvaheline konventsioon (International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, ICERD). Vastu võetud ÜRO Peaassamblee poolt 21. detsembril 1965 ja jõustunud 4. jaanuaril 1969.

<sup>115</sup> *Ibid.*, art 5 lg e punkt iv.

<sup>116</sup> Flood, Colleen M., Thomas, B. Justiciability of Human Rights for Health. – Foundations of Global Health & Human Rights. Gostin, L. O., Meier, B. M. (toim). New York: Oxford University Press 2020, lk 177.

<sup>117</sup> *Ibid.*

kaitse konventsiooni (EIÖK)<sup>118</sup> täitmise järelevalveks ja mille jurisdiktsiooni alla kuuluvad 47 Euroopa Nõukogu liikmesriiki – enamik Euroopa riike ning lähiriigid, näiteks Venemaa ja Türgi.<sup>119</sup> Teine selline kohus on Ameerika Inimõiguste Kohus, mis on asutatud Ameerika inimõiguste konventsiooni täitmise järelevalveks.<sup>120</sup> Ameerika inimõiguste konventsioon, mis on tuntud ka kui San José pakt, ühendab Ameerika Riikide Organisatsiooni liikmesriike.<sup>121</sup> Konventsioon ei sisalda sõnaselgelt õigust tervisele, kuid sellise õiguse sätestab majanduslike, sotsiaalsete ja poliitilisi õiguste lisaprotokoll, nn San Salvadori protokoll.<sup>122</sup> Aafrika inimõiguste ja rahvaste õiguste kohus valvab Aafrika inimõiguste ja rahvaste õiguste harta (tuntud ka kui Banjuli harta) täitmise üle.<sup>123</sup> Harta tunnustab erinevaid kodaniku- ja poliitilisi õigusi ning majanduslikke, sotsiaalseid ja kultuurilisi õigusi, sealhulgas õigust tervisele.<sup>124</sup> Harta juurde kuuluv protokoll naiste õiguste kohta Aafrikas (Maputo protokoll) sätestab teatud tingimustel abordiõigused<sup>125</sup>, olukorras, kus Aafrika riikide õigusnormistik seda üldjuhul ei võimalda.<sup>126</sup>

Kohtumenetlus on olnud terviseiga seotud inimõiguste edendamise kiirendaja, võimaldades välja selgitada, kuidas konkreetsel juhul mõnda õigust tuleb tõlgendada ja mis kohustused selle õiguse alusel riigil täpselt on. Lisaks sellele, et pretsedendi abil luuakse selgus kitsamates teemades, võimaldavad kohtulahendid ehitada ka teoreetilist raamistikku ja põhimõtteid, millele saab toetuda ka teiste terviseõigusega seotud küsimuste korral. Seega on riigisiseste ja regionaalsete kohtute otsused oluline allikas ning vahend terviseõiguse ühtse tõlgenduspraktika ülesehitamisel.

Terviseiga seotud õigusi käsitlevad strateegilised kohtuvaidlused said alguse 1990. aastatel Lõuna-Aafrika Vabariigis seoses HIV-epideemiaga, mis tõstis teravalt üles küsimuse inimõiguste vastastikustest seostest ja sõltuvusest.<sup>127</sup> Just strateegiline kohtusse pöördumine terviseiga seotud inimõigustele tuginedes aitas HIV-iga nakatunutel saada riigi tervishoiusüsteemilt neile vajalikku ravimit, mille varud olid riigil olemas.<sup>128</sup> Täpsemalt kaebas Lõuna-Aafrika Vabariigi aktivistide organisatsioon Treatment Action Campaign kohtusse riigi terviseministri ja mitmed kõrged riigiametnikud ning nõudis valitsuselt antiretroviirusevastase ravimi laiemalt kättesaadavaks tegemist, et vältida HIV-i kandumist emadelt lastele.<sup>129</sup> Valitsuse advokaadid väitsid vastu, et ravimi võimaldamise kulu käiks

<sup>118</sup> Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon (ECHR). Vastu võetud 4. novembril 1950 Roomas ja jõustunud 3. septembril 1953.

<sup>119</sup> Euroopa Nõukogu liikmesriikide nimekirja leiab nõukogu kodulehelt: <https://www.coe.int/en/web/about-us/our-member-states> (23.11.2021).

<sup>120</sup> Yamin, A. E. The right to health, lk 174.

<sup>121</sup> American Convention on Human Rights: "Pact of San José, Costa Rica". Signed at San José, Costa Rica, on 22 November 1969. Effective 18 July 1978.

<sup>122</sup> Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights ("Protocol of San Salvador"). Signed at San Salvador, El Salvador, on November 17, 1988, at the Eighteenth Regular Session of the General Assembly. Effective 16 November 1999, art 10.

<sup>123</sup> African (Banjul) Charter on Human and Peoples' Rights. Adopted 27 June 1981, OAU Doc. CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21 I.L.M. 58 (1982), entered into force 21 October 1986; Yamin, A. E. The right to health, lk 176.

<sup>124</sup> African (Banjul) Charter on Human and Peoples' Rights, art 16.

<sup>125</sup> The Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa. Signed 11 July 2003 in Maputo. Effective 25 November 2005, art 14 lg 2 p c.

<sup>126</sup> Yamin, A. E. The right to health, lk 176.

<sup>127</sup> Flood, Thomas, lk 179–180.

<sup>128</sup> Vt ka Amon, J. J., Friedman, E. Human Rights Advocacy in Global Health. – Foundations of Global Health and Human Rights. Gostin, L. O., Meier, B. M. (toim). New York: Oxford University Press 2020, lk 133–154.

<sup>129</sup> Minister of Health and Others v Treatment Action Campaign and Others (No 2) (CCT8/02) [2002] ZACC 15; 2002 (5) SA 721; 2002 (10) BCLR 1033 (5 July 2002). – <http://www.saflii.org/za/cases/ZACC/2002/15.html> (23.11.2021).

riigile üle jõu, ravimi ohutus ja tõhusus oli tõendamata ning et selle kasutamine kujutaks ohtu inimeste tervisele.<sup>130</sup> Lõuna-Aafrika konstitutsioonikohus lükkas need argumendid aga ümber, leides, et ravimi kasutuselevõtuks vajalikud kulud olid minimaalsed ning et riigi ravimiohutuse järelevalveasutus oli tunnistanud ravimi ohutuks ja tõhusaks.<sup>131</sup> Kohus kohustas valitsust looma programmi emalt lapsele kanduva HIV-i vastu võitlemiseks ning kohustas terviseministrit tegema vastav ravim kohe kättesaadavaks.<sup>132</sup>

Positiivse süsteemse muutuse riigi tervishoiusüsteemis tõi kaasa ka Kolumbia põhiseaduskohtu otsus asjas T-760. Kohus otsustas, et senised kaks eraldiseisvat tervishoiusüsteemi – üks kõrgema sissetulekuga inimestele ja teine töötutele või madalama sissetulekuga inimestele – tuleb muuta ühtseks ning et kõigile tuleb tagada teatud teenuste kättesaadavus.<sup>133</sup>

Tasakaalu huvides tuleb välja tuua, et terviseiga seotud inimõigustele tuginev üksikisiku nõue riigi vastu võib kaudselt kaasa tuua ebaõiglase tulemuse.<sup>134</sup> Hoiatavaks näiteks on Brasiilia kohtuvaidlused, milles patsiendid nõudsid endale kohtu kaudu teatud ravimit või tervishoiuteenust, tuginedes Brasiilia põhiseaduses sätestatud õigusele arstiabile ja tervishoiuteenustele.<sup>135</sup> Nõuded olid tavaliselt edukad ning kohtute poolt kõrge hinnaga tervishoiuteenuste ja ravimite väljamõistmine tekitas surve riigieelarvele.<sup>136</sup> Mõistagi suutsid selliseid kõrgetasemelisi kohtuvaidlusi algatada ja pidada jõukamad patsiendid.<sup>137</sup> Olukord lahenes 2009. aastal, mil Brasiilia ülemkohus andis otsuses välja suunised, mida tuleb arvesse võtta terviseiga seotud nõuete lahendamisel.<sup>138</sup>

Kohtute poolt üksikjuhtumite raames tervishoiuresursside jaotamine ohustab ka võimude lahusust selle kaudu, et kohtutel on võimalus sekkuda hoolikalt läbi mõeldud seadusandlikesse ja poliitilistesse valikutesse.<sup>139</sup> See oht ei realiseeru, kui kohtud ise austavad oma otsuseid tehes seadusandliku ja täitevvõimu kaalutlusruumi tervishoiuresursside õiglasel jaotamisel ega sekku oma otsustega üksikjuhtumitesse.<sup>140</sup>

## 5. Õigus tervisele Euroopa Inimõiguste Kohtu praktikas

Eesti kui Euroopa Nõukogu liige ning EIÕK-ga liitunud riik kohustub täitma EIÕK-s ettenähtud kohustusi ja vajadusel andma aru Euroopa Inimõiguste Kohtus. EIÕK ei sätesta sõnaselgelt õigust tervisele või õigust saada tervishoiuteenuseid.<sup>141</sup> Vaatamata konkreetse sätte puudumisele on Euroopa Inimõiguste Kohus oma praktikas õigust tervisele käsitlenud viie EÕIK õiguse ja sätte all: õigust elule sätestav artikkel 2, piinamise keeldu sätestav

<sup>130</sup> *Ibid.*

<sup>131</sup> *Ibid.*

<sup>132</sup> *Ibid.*. Flood, Thomas, lk 179–180.

<sup>133</sup> Colombian Constitutional Court, Second Panel of Review, Judgment T-760/2008 July 31, 2008.

<sup>134</sup> Flood, Thomas, lk 188.

<sup>135</sup> *Ibid.*; vt ka Wang, D. Courts and health care rationing: The case of the Brazilian Federal Supreme Court. – Health Economics, Policy and Law, 2013/8 (1), lk 75–93.

<sup>136</sup> Flood, Thomas, lk 188.

<sup>137</sup> *Ibid.*

<sup>138</sup> *Ibid.*

<sup>139</sup> *Ibid.*, lk 189.

<sup>140</sup> Santos, P. F. O. Beyond Minimalism and Usurpation: Designing Judicial Review to Control the Mis-enforcement of Socioeconomic Rights, 18 WASH. U. GLOBAL STUD. L. REV. 493 (2019).

<sup>141</sup> European Court of Human Rights. Thematic Report. Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights 2015, lk 4 – [https://www.echr.coe.int/Documents/Research\\_report\\_health.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf) (29.11.2021).

artikkel 3, õigust isikuvabadusele sätestav artikkel 5, õigust era- ja perekonnaelule sätestav artikkel 8 ning diskrimineerimise keeldu sätestav artikkel 14.

Euroopa Inimõiguste Kohus ei tegutse õigust mõistes kitsalt ainult konventsiooni teksti ja varasema kohtupraktika alusel, vaid arvestab tervisevaldkonnas ka Euroopa Nõukogu ministrite komitee soovitusi<sup>142</sup>, Oviedo konventsiooni<sup>143</sup>, Euroopa Nõukogu konventsiooni nr 108<sup>144</sup> ja Euroopa sotsiaalharta<sup>145</sup> tõlgenduspraktikat. Selline laiem lähenemisviis võimaldab kohtul ära märkida üleeuroopalisi suundumusi teatud teemades.<sup>146</sup>

Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteediga seotud vaidlustes on Euroopa Inimõiguste Kohus pidevalt rõhutanud, et riigi kohustus on tagada tervishoiusüsteemi kui terviku toimimine, kasutades selleks õiguslikku reguleerimist.<sup>147</sup> Euroopa Inimõiguste Kohus on selgitanud, et õigust elule sätestavast artiklist 2 tuleneb riikidele kohustus kehtestada nii avalik-õiguslikele kui ka erahaiglatele normid, mis kohustavad haiglaid rakendama meetmeid patsientide elu kaitseks.<sup>148</sup> Riik peab tagama õigusliku raamistiku patsiendilt tervishoiuteenuse osutamiseks teavitatud nõusoleku saamiseks ning tervishoiuteenuse osutamine ilma sellise nõusolekuta on samuti raviviga.<sup>149</sup> See tähendab, et riik vastutab Euroopa Inimõiguste Kohtu ees konventsiooni rikkumise eest vaid juhul, kui riik on teinud tervishoiu korraldamises süsteemse vea. Kui riik on omalt poolt kehtestanud tervishoiuteenuse osutamiseks kõrged kvaliteedistandardid, ei saa üksiku tervishoiutöötaja raviviga või ebapiisavat koostööd tervishoiutöötajate vahel pidada riigi rikkumiseks mõne konventsioonis sätestatud õiguse, näiteks õiguse elule kaitsmisel.<sup>150</sup>

Tervishoiuteenuste kättesaadavust ja kvaliteeti puudutavatest Euroopa Inimõiguste Kohtu lahenditest (eelkõige *Sentürk vs. Türgi*) võib järeldada, et riik peab tagama igale inimesele, kes eluohtlikus seisundis haiglasse pöördub, tema elu päästmiseks vajaliku erakorralise meditsiinilise abi.<sup>151</sup> *Sentürk vs. Türgi* asjas tuvastas Euroopa Inimõiguste Kohus, et patsiendi, proua Sentürki surma ei põhjendanud mitte üksnes konkreetsete tervishoiutöötajate ravivead, vaid ka elupäästva erakorralise meditsiinilise abi osutamata jätmine selle tõttu, et patsient ei suutnud teha haiglale ettemaksu.<sup>152</sup> Türgi riigile heitis kohus ette seda, et riigi õigusnormistikus ei olnud sätteid, mis oleks hoidnud ära taolise juhtumi kordumise ning et riigisisestest uurimismaterjalidest ei selgunud, mida oleks arstidel tulnud teha sellises

<sup>142</sup> EIK, 23373/03, *Biriuk vs. Leedu*, 25.11.2008.

<sup>143</sup> EIK, 53924/00, *Vo vs. Prantsusmaa*, 08.07.2004; EIK, 61827/00, *Glass vs. Ühendkuningriik*, 09.03.2004.

<sup>144</sup> EIK, 30562/04 ja 30566/04, *S. ja Marper vs. Ühendkuningriik*, 04.12.2008.

<sup>145</sup> EIK, 56550/00, *Molka vs. Poola*, 11.04.2006.

<sup>146</sup> European Court of Human Rights. Thematic Report. Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights 2015, lk 4 – [https://www.echr.coe.int/Documents/Research\\_report\\_health.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf) (29.11.2021).

<sup>147</sup> EIK, 56080/13, *Lopes de Sousa Fernandes vs. Portugal*, 19.12.2017; EIK, 40448/06, *Aydogdu vs. Türgi*, 30.08.2016; EIK, 75725/01, *Trocellier vs. Prantsusmaa* 05.10.2006.

<sup>148</sup> EIK, 32967/96, *Calvelli ja Ciglio vs. Itaalia*, 17.01.2002, p 49; EIK, 59548/00, *Dodov vs. Bulgaaria*, 17.01.2008, p 80.

<sup>149</sup> EIK, *Trocellier vs. Prantsusmaa*; EIK, 31675/04, *Codarcea vs. Rumeenia*, 02.06.2009; EIK, 8759/05, *Csoma vs. Rumeenia*, 15.01.2013; EIK, 18968/07, *V. C. vs. Slovakkia*, 08.11.2011; EIK, *Glass vs. Ühendkuningriik*.

<sup>150</sup> EIK, 11562/05, *Byrzykowski vs. Poola*, 27.06.2006, p 104.

<sup>151</sup> EIK, 13423/09, *Sentürk vs. Türgi*, 09.04.2013, p 97; EIK, *Lopes de Sousa Fernandes vs. Portugal*; EIK, 25781/94, *Küpros vs. Türgi*, 10.05.2001; EIK, 65653/01, *Nitecki vs. Poola*, 21.03.2002; EIK, 4864/05, *Oyal vs. Türgi*, 23.03.2010.

<sup>152</sup> EIK, *Sentürk vs. Türgi*, p 90.

meditsiinilises hädaolukorras, kus patsient ei suuda tervishoiuteenuse eest tasuda.<sup>153</sup> Seega tõi juhtum esile süsteemse puuduse riigi tervishoiukorralduses.

Ravimisel tehakse vigu ka kõige paremini korraldatud tervishoiusüsteemis, kuna inimlikku eksimust ei ole võimalik täielikult ära hoida. Vigadest õppimiseks ja patsiendi või tema lähedaste õiglustunde taastamiseks on vaja patsiendi surma või tervisekahjustusega lõppenud juhtumeid uurida põhjalikult ja erapooletult. Euroopa Inimõiguste Kohus on tõlgendanud patsiendi surmaga lõppenud juhtumites artiklit 2 nii, et riik peab tagama tõhusa ja sõltumatu õigusemõistmise, mis võimaldab välja selgitada patsiendi surma põhjuse ning et süüdlased peaksid selle eest vastutama.<sup>154</sup> Seega peab riik lisaks õigusraamistiku loomisele jälgima ka seda, et reegleid järgitaks ning et reeglite rikkumisele järgneks karistus. Kohus hindab ravivea juhtumites seetõttu ka ravivea hilisema menetlemise adekvaatsust ning võtab vastutusele riigid, kus juhtumi uurimine on aastaid veninud või kus patsiendi lähedastel ei ole olnud võimalik teada saada, mis tegelikult juhtus.<sup>155</sup>

Loote surmaga lõppenud ravivea juhtumites on kaebajad Euroopa Inimõiguste Kohtu ette seadnud küsimuse loote eluõiguse rikkumise kohta. Kohus jäi lahendis *Vo vs. Prantsusmaa* avaldatud seisukoha juurde, et kuivõrd Euroopas puudub nii teaduslik kui ka õiguslik konsensus iseseisva elu algushetke suhtes, on riikidel avar kaalutlusruum otsustamiseks, mis hetkest algab loote õigus elule.<sup>156</sup> Olukordades, kus ravivea tõttu on surnud nii ema kui ka loode, on Euroopa Inimõiguste Kohus märkinud, et loote õigused on vahetult seotud ema õigustega ning kuna loote elu sõltus tema emale osutatud abist, ei ole vajalik loote eluõiguse rikkumist analüüsida eraldi tema ema eluõigusest.<sup>157</sup>

Õigust elule kaitsva artikli 2 alusel on Euroopa Inimõiguste Kohtule esitatud kaebusi ka seoses sooviga otsustada enda elu lõpetamise üle ja saada selleks riigilt abi.<sup>158</sup> Juhtumises *Pretty vs. Ühendkuningriik* väitis ravimatult haige ja kaelast saadik halvatud proua *Pretty*, et õigus elule hõlmab ka õigust kontrollida enda suremise viisi ja seega õigust enesetapule. Kuna ta ei olnud suuteline ise enesetappu sooritama, taotles ta Ühendkuningriigi ametivõimudelt kinnitust, et riik tema abikaasat selle teo tegemisel tema abistamise eest ei süüdistaks. Sellist kinnitust riigi õigussüsteem ei andnud ning Euroopa Inimõiguste Kohus ei leidnud selles ka rikkumist. Kohus leidis vastupidiselt, et õigust elule ei saa tõlgendada õigusena surra ning samuti ei saa õigusest elule tuletada ühelgi juhul inimese enesemääramisõigust tema valikus elamise asemel surra, ei kolmanda isiku käe läbi ega riigi abiga.<sup>159</sup>

Laste vaktsineerimiskohustuse kohta on Euroopa Inimõiguste Kohus juhtumises *Vavrička vs. Tšehhi* leidnud, et Tšehhis kehtiv kohustus lapsi teatud haiguste vastu vaktsineerida ei ületa riigi kaalutlusruumi piire ega riiva õigust eraelule ebaproportsionaalselt.<sup>160</sup> Tšehhi riigil on õigus vaktsineerimiskohustust rikkunud lapsevanemat trahvida ning koolieelsed lasteasutused tohivad vastu võtta ainult vaktsineeritud, muul moel immuunsuse saavutanud lapsi või lapsi,

<sup>153</sup> *Ibid.*, p 96.

<sup>154</sup> European Court of Human Rights. Thematic Report. Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights 2015, lk 4 – [https://www.echr.coe.int/Documents/Research\\_report\\_health.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf) (29.11.2021); EIK, 71463/01, Šilih vs. Sloveenia, 09.04.2009; EIK, *Dodov vs. Bulgaaria*; EIK, *Oyal vs. Türgi*; EIK, *Sentürk vs. Türgi*.

<sup>155</sup> *Ibid.*

<sup>156</sup> EIK, *Sentürk vs. Türgi*, p 107; EIK, *Vo vs. Prantsusmaa*.

<sup>157</sup> EIK, *Vo vs. Prantsusmaa*; EIK, 25579/05, A, B ja C vs. Iirimaa, 16.12.2010.

<sup>158</sup> EIK, 2346/02, *Pretty vs. Ühendkuningriik*, 29.04.2002; EIK, 31322/07, *Haas vs. Šveits*, 20.01.2011.

<sup>159</sup> EIK, *Pretty vs. Ühendkuningriik*, p 39.

<sup>160</sup> EIK, 47621/13 jt, *Vavrička jt. vs. Tšehhi*, 08.04.2021.

kellele vaksineerimine on tervislikel põhjustel vastunäidustatud.<sup>161</sup> Kohus rõhutas, et vastu inimese tahtmist kedagi vaksineerima sundida ei tohi.<sup>162</sup> Ehkki juhtumil ei olnud mingit seost Covid-19 pandeemiaga, annab lahend vihje sellele, et riikidel on lai kaalutusõigus vaksineerimiskohustuse kui tervishoiu seisukohalt tõhusa meetme rakendamiseks.

Lisaks eeltoodud terviseemadele on Euroopa Inimõiguste Kohus oma lahendites käsitlenud kinnipeetavatele vajaliku arstiabi osutamist, ebaseaduslikult riiki sisenenud inimeste väljasaatmisel nende ravivajadustega arvestamist, kaitset tervist ohustavate keskkonnategurite eest, nagu müra ja reostus, terviseandmete kaitset, HIV-positiivsete inimeste diskrimineerimist töösuhtes, psüühiliselt haigete inimeste tahtvastaselt kinnipidamise tingimusi, kunstlikku viljastamist ja surrogaatlust.<sup>163</sup>

## 6. Õigus tervisele Eesti riigisisises õiguses

Eesti on liitunud kõigi siin peatükis käsitletud ÜRO konventsioonide, EIÕK, Oviedo konventsiooni ja Euroopa sotsiaalharta ning on seega end sidunud nendes rahvusvahelistes lepingutes sisalduvate terviseõiguse tagamise kohustustega riigi tasandil. Õigus tervisele on sätestatud Eesti põhiseaduses ja täpsemalt reguleeritud seaduste ja seadusest madalama taseme õigusaktidega. Põhiseaduse § 28 esimene lõige sätestab selgelt ja ühemõtteliselt, et igaühel on õigus tervise kaitsele.<sup>164</sup>

Õigus tervisele on tihedalt seotud põhiseaduse §-s 10 sätestatud õigusega inimväärikusele, paragrahvis 16 sätestatud õigusega elule ja paragrahvis 26 sätestatud õigusega perekonna- ja eraelu puutumatusse.<sup>165</sup> Eesti põhiseaduses sätestatud õigus tervisele hõlmab inimese vaimset ja füüsilist tervist ning sotsiaalset heaolu.<sup>166</sup> Põhiseaduses sätestatud õiguse tervisele sisustamisel ja tõlgendamisel tuleb arvestada Eestile kohalduvat rahvusvahelist õigust, sealhulgas eelnevas alapunktis käsitletud Euroopa Inimõiguste Kohtu lahendeid.

Ehkki intuitsivselt võiks põhiseaduses sätestatud õigust tervisele kui põhiõigust pidada ülimuslikumaks kui teisi põhiseaduses sätestatud põhiõigusi, näiteks õigust vabale eneseteostusele või ettevõtlusvabadust, ei seisa tervisepõhiõigus teistest põhiõigustest kõrgemal. Riigikohus on oma praktikas korduvalt kaalunud tervisepõhiõigust teiste põhiõiguste, näiteks ettevõtlusvabaduse suhtes ega ole omistanud sellele põhiõigusele automaatselt suuremat kaalu.<sup>167</sup>

Riigikohus on kinnitanud sotsiaalsete põhiõiguste – mille hulka kuulub ka õigus tervisele – progresseeruvat iseloomu, leides, et sotsiaalsete põhiõiguste maht oleneb riigi majanduslikust

---

<sup>161</sup> *Ibid.*, p-d 15 ja 17.

<sup>162</sup> *Ibid.*, p 276.

<sup>163</sup> Ülevaade nendel teemadel kuni 2015. aastani avaldatud lahenditest on leitav EIK-i tervise seotud lahendite raportist. – European Court of Human Rights. Thematic Report. Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights 2015. – [https://www.echr.coe.int/Documents/Research\\_report\\_health.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf) (29.11.2021).

<sup>164</sup> Eesti Vabariigi põhiseadus. – RT I, 15.05.2015, 2.

<sup>165</sup> Muller, K., Henberg, A., Sarapuu, A. Paragrahv 28. – Madise, Ü. (toim). *et al.* Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. Tartu: Sihtasutus Iuridicum 2020, p 1. – <https://pohiseadus.ee/sisu/3499> (23.11.2021).

<sup>166</sup> *Ibid.*

<sup>167</sup> RKPJK, 5-19-26/13, 18.06.2019; RKÜK 3-4-1-30-14, 22.12.2014; RKÜK 3-4-1-2-13, 09.12.2013; vt ka Muller, Henberg, Sarapuu.

olukorrast ja sotsiaalsete õiguste tagamisel on Riigikogul avar kaalutusõigus.<sup>168</sup> Leian, et Eesti riigisisene meditsiiniõiguse regulatsioon ning tervishoiusüsteemi tegelik toimimine vastavad tervisealase rahvusvahelise õiguse seatud nõuetele.

Eesti tervishoiusüsteem põhineb kohustuslikul, solidaarsuse põhimõttest lähtuval Eesti Haigekassa pakutaval ravikindlustusel.<sup>169</sup> Tervishoiuteenuseid pakuvad eraõiguslikus juriidilises vormis tegutsevad teenuseosutajad, mille omanike või asutajate hulka võivad kuuluda ka riik ja kohalikud omavalitsused. Eesti tervishoiusüsteemi reguleerib tervishoiuteenuste korraldamise seadus (TTKS)<sup>170</sup>. TTKS näeb ette erineva tasandi ja spetsiifikaga tervishoiuteenused, näiteks igale Eestis viibivale inimesele kättesaadava vältimatu abi ja kiirabi ning Eesti Haigekassa poolt kindlustatud inimestele kättesaadava üldarstiabi, mida osutavad perearstid ja -õed, ning eriarstiabi, mida osutavad kitsamale meditsiinilisele erialale pühendunud eriarstid, hambaarstid ja nendega koos töötavad õed ja ämmaemandad.<sup>171</sup>

Euroopa Inimõiguste Kohtu lahendite kohaselt oli riigil kohustus osutada alati ja ilma lisatingimusteta igale inimesele elupäästvat erakorralist meditsiinilist abi.<sup>172</sup> Eestis on see kohustus täidetud vältimatu abi ja kiirabi pakkumise kaudu. Vältimatu abi on tervishoiuteenus, mida tervishoiutöötaja osutab olukorras, kus abi edasilükkamine või selle andmata jätmine võib põhjustada abivajaja surma või püsiva tervisekahjustuse.<sup>173</sup> TTKS näeb ette iga Eesti territooriumil viibiva inimese õiguse saada vältimatut abi.<sup>174</sup> Erakorralise meditsiini osakondade ja tegelikult võimaluste piires iga tervishoiutöötaja osutatav vältimatu abi on „tervishoiuteenus, mida tervishoiutöötaja osutab olukorras, kus abi edasilükkamine või selle andmata jätmine võib põhjustada abivajaja surma või püsiva tervisekahjustuse“.<sup>175</sup> Kiirabi osutab kiirabibrigaad ning seaduse tähenduses on kiirabi „ambulatoorne tervishoiuteenus eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgistuse esmaseks diagnoosimiseks ja raviks ning vajaduse korral abivajaja transpordiks haiglasse“.<sup>176</sup>

Patsiendi ning tervishoiuteenuse osutaja – olgu see juriidiline isik või vahetult patsiendiga tegelev tervishoiutöötaja – vahelist lepingulist suhet ja vastastikuseid õigusi-kohustusi reguleerib Eestis võlaõigusseadus.<sup>177</sup> Võlaõigusseaduse tervishoiuteenuse osutamise lepingu peatükis on sätestatud tervishoiuteenuse osutaja (näiteks arsti) viis põhikohustust patsiendi ees, millele vastavad samasisulised patsiendi õigused.<sup>178</sup> Esiteks on arst kohustatud patsiendile tervishoiuteenust osutama ega tohi patsiente diskrimineerida, kusjuures erandiks on olukorrad, kus patsient käitub seadusevastaselt või ei järgi konkreetse tervishoiuasutuse nõudeid (õiguslikus tähenduses tüüptingimusi).<sup>179</sup> Selle sätte kaudu on Eesti riigisisises õiguses taganud tervishoiuteenuste juurdepääsu kohustuse ja diskrimineerimise keelu, mis tulenevad

<sup>168</sup> RKÜK, 3-4-1-12-10, 07.06.2011, p 58.

<sup>169</sup> Eesti Haigekassa. Tervishoiusüsteemi korraldus Eestis. – <https://www.haigekassa.ee/kontaktpunkt/arstiabi-valismaalasele-estis/tervishoiususteemi-korraldus-estis> (23.11.2021); ravikindlustuse seadus. – RT I, 29.12.2020, 19, § 1 lg 1, § 2 lg-d 2 ja 3.

<sup>170</sup> Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. – RT I, 18.06.2021, 8.

<sup>171</sup> *Ibid.*, § 6 lg 1, § 7 lg 1, § 16 lg 2, § 20 lg 1.

<sup>172</sup> EIK, Sentürk vs. Türki; EIK, 24109/07, Genç vs. Türki, 27.01.2015.

<sup>173</sup> Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, § 5 – RT I, 18.06.2021, 8.

<sup>174</sup> *Ibid.*, § 6 lg 1.

<sup>175</sup> *Ibid.*, § 5.

<sup>176</sup> *Ibid.*, § 16 lg 1 ja § 17 lg 1.

<sup>177</sup> Võlaõigusseadus. – RT I, 21.09.2021, 5.

<sup>178</sup> Arsti viie põhikohustuse kohta vt Kruus, M. Matjus, M. Arsti kohustused Eesti kohtupraktikas. – Lege Artis, veebruar 2020.

<sup>179</sup> Võlaõigusseadus, § 760 – RT I, 21.09.2021, 5.

ICESCR-is sätestatud terviseõigust sisustavast üldkommentaaris nr 14.<sup>180</sup> Riigikohus on tunnistanud õiguspäraseks näiteks patsiendi lähedaste soovitud alternatiivravi osutamisest keeldumise.<sup>181</sup> Patsiendi lähedased soovisid, et haigla manustaks lapsele ravi eesmärgil suurtes doosides C-vitamiini.<sup>182</sup> Arstid pidasid sellist ravi meditsiiniliselt sobimatuks ning Riigikohus leidis, et patsient ei saa arstile ette kirjutada, millist ravi tuleks rakendada, ning et üldtunnustamata ravimeetodit saab kasutada vaid poolte kokkuleppel.<sup>183</sup>

Teiseks on arstil kohustus anda patsiendile kogu tema tervise seisundi ja osutatava tervishoiuteenusega seotud vajalik teave ja saada tervishoiuteenuse osutamiseks patsiendi teavitatud nõusolek, mis on muu hulgas nõutud ka Euroopa Inimõiguste Kohtu praktika kohaselt.<sup>184</sup>

Kolmandaks, arstil tuleb tervishoiuteenust osutada vastavalt arstiteaduse üldisele tasemele, mis tagab tervishoiuteenuse piisava kvaliteedi, mis on vastavuses ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvahelise paktis sätestatud terviseõigust sisustava üldkommentaaris nr 14 ja seda pidevalt arenevas ehk progresseerivas võtmes.<sup>185</sup>

Neljandaks tuleb tervishoiuteenuse osutamine korrektselt dokumenteerida, et tagada patsiendile ja järelevalveasutustele võimalus teenuse osutamise käik tagantjärele tuvastada, nagu nõuab Euroopa Inimõiguste Kohtu praktika.<sup>186</sup> Viimase kohustusena peab arst tagama terviseandmete konfidentsiaalsuse, mis on üks arstieetika põhimõtteid ja mille olulisust on ka rõhutanud Euroopa Inimõiguste Kohus.<sup>187</sup>

Võlaõigusseadus näeb ravivigade korral ette kahju hüvitamise kohustuse, kusjuures kahjunõude võib patsient esitada nii tervishoiuasutuse kui ka tervishoiutöötaja vastu.<sup>188</sup> Teatud juhtudel on ravivead kriminaalkorras karistatavad.<sup>189</sup> Tervishoiuteenusele kehtestatud nõuete täitmise üle teeb järelevalvet Terviseamet ning kui patsient kahtlustab, et tema ravimisel on tehtud viga, annab sellele patsiendi palvel ja ilma tasuta hinnangu Sotsiaalministeeriumi juures tegutsev tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon.<sup>190</sup>

Kuigi Eestis vastab tervisepõhiõiguse tagamiseks vajalik õigusraamistik üldjoontes rahvusvahelise õigusega nõutavale tasemele, kõrvaldati alles 2021. aastal üks silmapaistev puudus. Selleks puuduseks oli seaduselünk, mis takistas alaealisel ilma oma seadusliku esindaja (eelkõige lapsevanem) või kohtu nõusolekuta minna psühhiaatri vastuvõtule. Seadusemuudatuse tegemisel oli oluline roll Õiguskantsleri Kantseleil.<sup>191</sup>

<sup>180</sup> Vt ka siinse peatüki kolmandat alapunkti. CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), p 12 lg b.

<sup>181</sup> RKTK, 2-19-1366/20, 26.09.2019.

<sup>182</sup> *Ibid.*, p 2.

<sup>183</sup> *Ibid.*, p-d 10 ja 11.

<sup>184</sup> Võlaõigusseadus, § 766 – RT I, 21.09.2021, 5. EIK, V. C. vs. Slovakkia; EIK, Glass vs. Ühendkuningriik.

<sup>185</sup> Võlaõigusseadus, § 762 – RT I, 21.09.2021, 5. CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), p 12 lg d.

<sup>186</sup> Võlaõigusseadus, § 769 – RT I, 21.09.2021, 5. EIK, Dodov vs. Bulgaaria, p 80.

<sup>187</sup> Võlaõigusseadus, § 768 – RT I, 21.09.2021, 5. EIK, Biriuk vs. Leedu.

<sup>188</sup> Võlaõigusseadus, § 770 – RT I, 21.09.2021, 5.

<sup>189</sup> Karistuseseadustik – RT I, 21.05.2021, 9, §-d 117 ja 119.

<sup>190</sup> Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, §-d 50<sup>2</sup> ja 60 – RT I, 18.06.2021, 8.

<sup>191</sup> Õiguskantsleri 08.01.2021 seisukoht Riigikogu sotsiaalkomisjonile nr 18-1/210015/2100106. Psühhiaatrilise abi seaduse § 3 muutmise seaduse eelnõu, lk 54. –

[https://www.oiguskantsler.ee/sites/default/files/field\\_document2/Ps%C3%BChhiaatrilise%20abi%20seaduse%20%C2%A7%203%20muutmise%20seaduse%20eelnu%C3%B5u.pdf](https://www.oiguskantsler.ee/sites/default/files/field_document2/Ps%C3%BChhiaatrilise%20abi%20seaduse%20%C2%A7%203%20muutmise%20seaduse%20eelnu%C3%B5u.pdf) (23.11.2021).

Eesti tervishoiu praktilises korralduses on aga probleeme, mille lahendamiseks ei piisa õigusaktide muutmisest. Eelkõige on probleem selles, et napib meditsiinipersonali järelkasvu, kusjuures teravaim puudus on perearstidest ning meditsiiniõdedest. Riigikontroll leidis nii 2011. kui ka 2018. aasta auditiaruandes, et suur hulk perearste jõuab pensioniikka ühel ja samal ajal<sup>192</sup> ning et peremeditsiini residentuuri vastuvõetute arv ei võimalda tekkinud tühimikku täita.<sup>193</sup> Uute õdede puudus põhjustab praegu õdede ülekoormust<sup>194</sup>, mida Covid-19 pandeemia on veelgi süvendanud.

Nagu mujal maailmas ei ole ka Eestis õigus tervisele tagatud kõigile ühiskonnagruppidele võrdselt heal tasemel. Laste õigusi puudutavad uuringud näitavad, et täiskasvanud, st lapsevanemad ja tervishoiutöötajad, ei ole teadlikud lapse õigusest osaleda enda tervisega seotud otsuste langetamisel.<sup>195</sup> Puudega lastele ja peredele on tugiteenused järjest enam kättesaadavad, kuid nende kättesaadavus on piirkonniti erinev ning spetsialiste ei ole piisavalt.<sup>196</sup> Oma elu ja tervisega on rohkem rahul noored, kelle pere majanduslik olukord on parem ja kes saavad vanematega oma muredest rääkida.<sup>197</sup>

Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja majandusliku seisuga seoseid käsitleva 2018. aasta analüüsi tulemused näitavad, et Eestis on inimese või leibkonna sissetulek statistiliselt oluline tegur, mis selgitab inimeste vastuseid küsimusele, kas raha tõttu on loobunud arstiabi kasutamisest, hambaraviteenustest, vaimse tervise teenustest või ravimitest.<sup>198</sup> Uuringu kohaselt on inimeste endi hinnangute järgi madalama sissetulekuga leibkondade liikmetel suuremad probleemid tervishoiuteenuste kättesaadavusega kui kõrgema sissetulekuga leibkondade liikmetel.<sup>199</sup> Inimese majanduslike võimaluste ja tervishoiuteenuste kasutamise seoste uurimine näitas, et kõige rohkem sõltub sissetulekust päevaravi, hambaravi, füsioterapeudi ja eriarsti kasutamine; perearstiteenuse ja ravimite kasutamise seos sissetulekuga on oluliselt väiksem ning sissetulekust ei sõltu psühhiaatri- või psühholoogiteenuse, kiirabi ja haiglaravi kasutamine.<sup>200</sup> Kokkuvõttes näitas uuring, et Eestis esineb sissetulekust tulenev ebavõrdsus tervishoiuteenuste kasutamises, sellele lisandub elukohast tulenev ebavõrdsus: maapiirkondades elavatel inimestel on keerulisem arsti vastuvõtule pääseda transpordiprobleemide tõttu.<sup>201</sup>

<sup>192</sup> Riigikontrolli aruanne Riigikogule. Perearstiabi korraldus, lk 21. Tallinn, 08.04.2011. – [https://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/4741/1/Riigikontroll2011\\_2.pdf](https://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/4741/1/Riigikontroll2011_2.pdf) (23.11.2021).

<sup>193</sup> Riigikontrolli auditiaruanne Riigikogule. Erakorraline meditsiin. Tallinn, 23.10.2018, lk 26. – <https://www.riigikontroll.ee/Riigikontrollipublikatsioonid/Auditiaruanded/tabid/206/Audit/2472/AuditId/406/language/et-EE/Default.aspx> (23.11.2021).

<sup>194</sup> Eesti Õdede Liit, Eesti Æmmaamandate Ühing, Eesti Õendusjuhtide Ühing. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030. Tallinn 2020, lk 8. – [https://www.ena.ee/images/ELANIKONNALE/Eesti\\_oenduse\\_ammaemanduse\\_arengustrateegia\\_2021\\_2030.pdf](https://www.ena.ee/images/ELANIKONNALE/Eesti_oenduse_ammaemanduse_arengustrateegia_2021_2030.pdf) (23.11.2021).

<sup>195</sup> Õiguskantsleri kogumik. Lapsed Eesti ühiskonnas 2020, lk 48 – [https://www.oiguskantsler.ee/sites/default/files/Lapsed-Eesti-Uhiskonnas\\_kogumik%202021.pdf](https://www.oiguskantsler.ee/sites/default/files/Lapsed-Eesti-Uhiskonnas_kogumik%202021.pdf) (23.11.2021).

Anniste, K. jt. Lapse õiguste ja vanemluse uuring 2018. Poliitikauuringute keskus Praxis. – [https://www.sm.ee/sites/default/files/lovu\\_lopparuanne\\_final\\_1.11.18.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/lovu_lopparuanne_final_1.11.18.pdf) (23.11.2021).

<sup>196</sup> Õiguskantsleri kogumik. Lapsed Eesti ühiskonnas 2020, lk 70.

<sup>197</sup> Õiguskantsleri kogumik. Lapsed Eesti ühiskonnas 2020, lk 48.

<sup>198</sup> Võrk, A. Sissetulekute ja omaosaluse seos tervishoiuteenuste kättesaadavuse ning kasutamisega Eesti Terviseuuringu 2014 andmetel. Analüüs, 2018, lk 56. – [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/som\\_eteu\\_andresvork\\_raport\\_9aprill2018.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/som_eteu_andresvork_raport_9aprill2018.pdf) (23.11.2021).

<sup>199</sup> *Ibid.*, lk 56.

<sup>200</sup> *Ibid.*, lk 57.

<sup>201</sup> *Ibid.*, lk 57–58.

Õiguskantsleri analüüsi kohaselt on Eesti hooldekodude olukord ideaalist kaugel, kuid võrreldes varasemate aastatega tasapisi paranemas.<sup>202</sup> Õigusaktides kirjeldatud nõudmistele vastavat teenust pakkuda ei võimalda eelkõige personaliprobleemid, rahanappus ja aegunud taristu, kuid mõnikord puutuvad järelevalveametnikud kokku ka hoolimatuse ja ebaprofessionaalsusega.<sup>203</sup>

## Kokkuvõte

Nii nagu õigus tervisele ei tähenda õigust olla terve, ei tähenda see ka õigust saada kõiki inimesele meditsiiniliselt näidustatud tervishoiuteenuseid ja ravimeid. Selline õigus ei oleks jõukohane ka kõige jõukamatele riikidele ning muudaks õiguse tervisele deklaratiivseks.

Riigil ja ühiskonnal on inimese tervisele siiski oluline mõju. Inimese tervislik seisund ei ole üksnes juhus määrata, vaid seda mõjutab asjaolu, mis riigis ja ühiskonnas inimene on sündinud. Eksperdid on veenvalt tõestanud, et inimese tervist mõjutavate sotsiaalsete ja poliitiliste teguritega sihikindel tegelemine rahvusvahelisel tasandil annab tulemusi.

Terviseõiguse tagamine peab käima kaasas tehnoloogia ja ravivõimaluste arenguga, uute meditsiiniteadmiste ja maailma rahvastikutrendidega. Rahvusvaheline õigus, eelkõige ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvaheline pakt näeb sel põhjusel ette terviseõiguse progresseeruvuse, mis kohustab riike rakendama olemasolevate ressursside piires maksimaalseid abinõusid. Selline tegelike ressurssidega arvestamist nõudev inimõiguste tõlgendamise praktika kohustab riike uuendama ja laiendama juriidiliselt jõustatava terviseõiguse tähendust kooskõlas riigi majanduslike võimaluste kasvuga.

Nagu teiste inimõiguste puhul oli ka terviseõiguse rahvusvahelises õiguses tunnustamise katalüsaator teine maailmasõda. 1945. aastal vastu võetud ÜRO harta oli esimene rahvusvaheline leping, mis tunnustas inimõigusi rahvusvaheliste suhete ühe alusena. ÜRO Majandus- ja Sotsiaalnõukogu tegi ettepaneku asutada ÜRO allasutusena rahvusvaheline tervishoiuga tegelev organisatsioon – Maailma Terviseorganisatsioon. WHO põhikirja preambuli kohaselt on tervis „täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte üksnes haiguse või puuete puudumine“ ning WHO põhikirjaline eesmärk on „saavutada kõigi rahvaste võimalikult hea terviseseisund“.

1948. aastal ÜRO Peaassamblee vastu võetud inimõiguste ülddeklaratsioon viitab tervise ja heaolu tagamiseks piisavale elatusasemele, hõlmates seega nii arstiabi kui ka hea tervise eelduseks olevate inimese põhivajaduste katmist. Riikide soov oli aga reguleerida sotsiaalseid õigusi, sealhulgas õigust tervisele, siduvas ja mitte üksnes deklaratiivses formaadis. Selle tühimiku täitis ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvaheline pakt, mille artikkel 12 tunnustab õigust tervisele ning on tänase päevani õigust tervisele kõige selgemalt reguleeriv siduv rahvusvahelise õiguse allikas.

Artikli 12 esimese lõike kohaselt tunnustavad paktiga liitunud riigid „iga inimese õigust maksimaalsele füüsilisele ja psüühilisele tervisele“. Artikli 12 teises lõikes on öeldud, et selle õiguse täielikuks teostamiseks peavad paktiga liitunud riigid võtma tarvitusele vajalikke abinõusid muu hulgas selleks, et a) vähendada laste surnult sündimist ja laste suremust ning kindlustada lapse tervislik areng; b) parandada välis- ja töökeskkondade hügieeni;

<sup>202</sup> Õiguskantsleri aastaülevaade 2018/2019. – <https://www.oiguskantsler.ee/ylevaade2019/sotsiaalne-turvalisus#i4> (23.11.2021).

<sup>203</sup> *Ibid.*

- c) ennetada, ravida ja hoida kontrolli all epideemilisi, endeemilisi, kutse- ja teisi haigusi;
- d) luua tingimused, mis tagaksid kõigile arstiabi ja meditsiinilise järelevalve haiguse korral.

ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komitee andis 2000. aastal välja üldkommentaari terviseõiguse kohta. Kommentaar on viis olulist seisukohta: 1) terviseõigusega hõlmataivate kohustuste laiendamine seksuaal- ja reproduktiivtervise teenustele; 2) tervist mõjutavate sotsiaalsete tegurite tunnistamine; 3) riigi kohustuste jaotamine kolme kategooriasse, mis nõuavad mõne kitsama õiguse kas austamist, kaitset või täideviimist; 4) terviseõiguse kriteeriumide AAAQ mudel ning 5) tervisealaste kohustuste seast põhikohustuste esiletoomine. ÜRO teistest konventsioonidest reguleerivad õigust tervisele ka kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvahelise pakt, konventsioon naiste diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimise kohta, lapse õiguste konventsioon, puuetega inimeste õiguste konventsioon ja rassilise diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimise rahvusvaheline konventsioon.

Rahvusvahelistes lepingutes kokkulepitud õigused ja riikide võetud kohustused nende õiguste tagamisel muudavad inimeste elu paremaks ainult siis, kui riigid võetud kohustusi täidavad. ÜRO konventsioonide täitmise jälgimiseks on küll ellu kutsutud komisjonid, kuid leian, et mistahes õiguste realiseerimisel on tõepoolest tõhusaks meetmeks nende õiguste jõustamine kohtu kaudu. Üksikisik saab oma rahvusvahelistest lepingutest ja riigisisest õigusest tulenevad õigused maksta panna riigisisises kohtus või regionaalses inimõiguste kohtus, näiteks Euroopa Inimõiguste Kohtus, Ameerika Inimõiguste Kohtus või Aafrika Inimõiguste ja Rahvaste Õiguste Kohtus.

Eesti kui Euroopa Nõukogu liige ning EIÕK-ga liitunud riik kohustub täitma EIÕK-s ettenähtud kohustusi ja vajaduse korral aru andma Euroopa Inimõiguste Kohtus. EIÕK ei sätesta sõnaselgelt õigust tervisele või õigust saada tervishoiuteenuseid. Vaatamata konkreetse sätte puudumisele on Euroopa Inimõiguste Kohus oma praktikas õigust tervisele käsitletud mitmest konventsiooni sättest lähtudes. Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteediga seotud vaidlustes on Euroopa Inimõiguste Kohus pidevalt rõhutanud, et riigi kohustus on tagada tervishoiusüsteemi kui terviku toimimine, kasutades selleks õiguslikku reguleerimist. See tähendab, et riik vastutab Euroopa Inimõiguste Kohtu ees konventsiooni rikkumise eest vaid juhul, kui riik on teinud tervishoiu korraldamises süsteemse vea.

Tervishoiuteenuste kättesaadavust ja kvaliteeti puudutavatest Euroopa Inimõiguste Kohtu lahenditest (eelkõige *Sentürk vs. Türgi*) võib järeldada, et riik peab tagama igale inimesele, kes eluohtlikus seisundis haiglasse pöördub, erakorralise meditsiinilise abi. Lisaks õigusraamistiku loomisele peab riik tagama ka selle, et järgitaks tervishoiualast seadusandlust ning et reeglite rikkumisele järgneks karistus. Seetõttu hindab Euroopa Inimõiguste Kohus ravivea juhtumites ka seda, kuidas on raviviga menetletud ning võtab vastutusele riigid, kus juhtumi uurimine on aastaid veninud või kus patsiendi lähedastel ei ole olnud võimalik teada saada, mis tegelikult juhtus. Euroopa Inimõiguste Kohus tunnustab üleeuroopalise konsensuse puudumist ja tunnustab seetõttu riikide avarat hindamisruumi sellistes küsimustes nagu loote elu algushetke määramine ja abort, eutanaasia ning laste vaktsineerimiskohustus.

Eesti on liitunud kõigi siin peatükis käsitletud ÜRO konventsioonide, EIÕK, Oviedo konventsiooni ja Euroopa sotsiaalhartaga ning on seega võtnud endale nendes rahvusvahelistes lepingutes sisalduvad kohustused tagada õigus tervisele riigisisestelt. Põhiseaduse § 28 esimeses lõikes on selgelt ja ühemõtteliselt sätestatud, et igapähe on õigus tervise kaitsele ning et täpsemalt reguleerivad seda õigust madalama taseme õigusaktid.

Õigus tervisele on tihedalt seotud põhiseaduse §-s 10 sätestatud õigusega inimväärikusele, paragrahvis 16 sätestatud õigusega elule ja paragrahvis 26 sätestatud õigusega perekonna- ja eraelu puutumatusse. Põhiseaduses sätestatud terviseõiguse sisustamisel ja tõlgendamisel tuleb arvestada Eestile kohalduvat rahvusvahelist õigust, sealhulgas Euroopa Inimõiguste Kohtu lahendeid. Õigus tervisele kui põhiõigus ei ole automaatselt teistest põhiseadusega sätestatud põhiõigustest olulisem ning mitme põhiõiguse vastandumisel konkreetses kaasuses tuleb neid kaaluda. Riigikohus on kinnitanud sotsiaalsete põhiõiguste, sealhulgas õiguse tervisele progresseeruvat iseloomu ning Riigikogu avarat kaalutlusruumi.

Leian, et Eesti riigi meditsiiniõiguse regulatsioon ning tervishoiusüsteemi tegelik toimimine vastavad tervisealase rahvusvahelise õiguse seatud nõuetele. Eesti tervishoiusüsteem põhineb kohustuslikul, solidaarsuspõhimõttest lähtuval ravikindlustusel. Tervishoiuteenuste korraldamise seadusega on ette nähtud mitme tasandi ja spetsiifikaga tervishoiuteenused, sealhulgas on vältimatu abi ja kiirabi kättesaadav igale Eestis viibivale inimesele. Võlaõigusseadus näeb ette nii tervishoiuasutuse kui ka tervishoiutöötaja kohustused patsiendi ees. Nende seas on kohustus osutada tervishoiuteenust kedagi diskrimineerimata, anda patsiendile teavet ning saada tervishoiuteenuse osutamiseks teavitatud nõusolek, osutada tervishoiuteenust arstiteaduse üldisele tasemele vastava kvaliteediga, tervishoiuteenuse osutamine nõuetekohaselt dokumenteerida ning hoida patsiendi andmeid saladuses. Ravivigade puhul näeb seadus ette tsiviil- ja mõnel juhul ka karistusõigusliku vastutuse. Tervishoiuteenuse kvaliteeti aitavad tagada Terviseameti järelevalve ja tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni hinnangud üksikjuhtumitele.

Covid-19 pandeemia on tervishoiu kitsaskohana selgelt esile toonud tervisealase väärinfo levimise ja levitamise. Kui 2021. aasta alguses oli probleemiks vaktsiinide puudus, siis praegu on probleem selles, et osa inimesi ei soovi end vaktsineerida lasta, kuigi neil ei ole selleks meditsiinilisi vastunäidustusi. Proovikiviks on saanud tõhus teavitamine ja teaduse kui meetodi tööpõhimõtete selgitamine, aga ka osa inimeste suutmatuse või tahtmatuse hinnata informatsiooni allikakriitiliselt.

Ka Covid-19 põhjustava viiruse vastu vaktsineerimist arvestamata on Eestis huvi vaktsineerimise vastu vähenemas. Terviseameti andmete kohaselt on aastatel 2014–2019 laste immuniseerimisega hõlmatuse järk-järgult vähenenud.<sup>204</sup> Seega leian, et lähema viie aasta suurim ülesanne on mitte niivõrd ravimite ja tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamine, vaid tõese terviseinfo tõhus jagamine eri ühiskonnagruppidele. Esiletoomist väärib Terviseameti üldvaktsineerimise kampaania „Aitäh, ema! Aitäh, isa!“, millega on juhitud tähelepanu, et tänu vaktsineerimisele on minevikku jäänud mitu rasket nakkushaigust, nagu difteeria, teetanus ja tuberkuloos.<sup>205</sup>

Positiivse tulevikuvisionina on mul suured ootused ja lootused personaalmeditsiinile, mis tähendab, et geenandmete analüüsile tuginedes saab inimestele anda täpsemaid ravi- ning elustiilisooitusi. Muu hulgas tähendab see, et patsiendile saab mitme võimaliku ravimi seast valida just sellise ravimi, mis põhjustab talle võimalikult väikeseid kõrvaltoimeid. Mõistagi kaasnevad personaalmeditsiiniga eetilised ja juriidilised küsimused, kuna mitte kogu geenides sisalduv teave ei röömusta patsienti, vaid võib tekitada hoopis lootusetust ja hirmu. Tartu Ülikooli genoomika instituudi vallatav Eesti geenivaramu on ülimalt väärtuslik kõrge

<sup>204</sup> Õiguskantsleri kogumik. Lapsed Eesti ühiskonnas 2020, lk 62.

<sup>205</sup> Terviseameti üldvaktsineerimise kampaania „Aitäh, ema! Aitäh, isa!“, 2021. –

<https://ta.vaktsineeri.ee/et/terviseameti-uldvaktsineerimise-kampaania-aitah-ema-aitah-isa> (23.11.2021).

kvaliteediga geeni- ja terviseandmete kogum, millel on ka maailma mõistes suur potentsiaal saada uute ravimite, eelkõige harvikaiguste ravimite väljatöötamise aluseks, mis viib personaalmeditsiini uuele tasemele. Loodetavasti on võimalik lähima viie aasta jooksul olla tunnistajaks selle potentsiaali järkjärgulisele realiseerimisele.